



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLÓGÍA RESTAURADORA
ÁREA DE CARIOLOGÍA

“Relación entre scale of oral health outcomes for five year old children (SOHO-5) versión en español y locus de control parental en prevención de caries dental, en niños pre-escolares de la zona norte de la región Metropolitana”

Rodrigo Gabriel Silva Pavez

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN REQUISITO PARA OPTAR A TÍTULO DE
CIRUJANO-DENTISTA**

TUTOR PRINCIPAL

Dr. Rodrigo Cabello I.

TUTORES ASOCIADOS

Dra. Lorena Coronado V.

**Adscrito a proyecto FONIS “Validación de la versión en español del
instrumento SOHO-5 para evaluar calidad de vida relacionada con salud
bucal en niños preescolares”**

Santiago – Chile 2018



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA RESTAURADORA
ÁREA DE CARIOLOGÍA**

“Relación entre scale of oral health outcomes for five year old children (SOHO-5) versión en español y locus de control parental en prevención de caries dental, en niños pre-escolares de la zona norte de la región Metropolitana”

Rodrigo Gabriel Silva Pavez

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN REQUISITO PARA OPTAR A TÍTULO DE
CIRUJANO-DENTISTA**

TUTOR PRINCIPAL

Dr. Rodrigo Cabello I.

TUTORES ASOCIADOS

Dra. Lorena Coronado V.

**Adscrito a proyecto FONIS “Validación de la versión en español del
instrumento SOHO-5 para evaluar calidad de vida relacionada con salud
bucal en niños preescolares”**

Santiago – Chile 2018

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por su apoyo incondicional, por creer en mí y acompañarme en todo este proceso, sin ellos esto no hubiera sido posible.

A todos mis compañeros y amigos que hicieron de estos años una gran experiencia.

Al Dr. Cabello, Rafa, Bego y todo el departamento de Odontología Restauradora, por su cálida acogida.

Javiera Ignacia Carreño Pérez por creer en mí y apoyarme.

ÍNDICE

Resumen.....	6
Marco Teórico.....	8
Hipótesis.....	19
Objetivo General.....	19
Objetivo Específico.....	19
Materiales y Métodos.....	20
Resultados.....	26
Discusión.....	37
Conclusiones.....	41
Bibliografía.....	42
Anexos.....	46

RESUMEN

Introducción: La calidad de vida relacionada a la salud oral (CVRSO) es un concepto que engloba aspectos funcionales, sociales y emocionales relacionados con el sistema estomatognático, tomando una perspectiva más global e integral, y no solo tomando en cuenta aspectos como el dolor o la alteración funcional. Se entiende como el impacto que tiene la salud oral en las actividades diarias de los individuos. El concepto de Locus de Control hace referencia a la creencia de un sujeto, en relación a la responsabilidad que tiene sobre su propio actuar y al grado con que el individuo cree controlar los acontecimientos que ocurren en su vida, este puede ser interno o externo según su medición.

SOHO-5 es una herramienta para medir CVRSO. Que a diferencia de otras herramientas de medición, esta se caracteriza por recopilar el reporte no solo de los padres, sino que también el de los niños. La herramienta de Locus de Control Parental en Prevención de Caries Dental, por otro lado, se encarga de medir las creencias y responsabilidades de los padres respecto al control que tienen sobre la salud de sus hijos. El objetivo de este estudio es establecer si existe una correlación entre los resultados del instrumento SOHO-5 y Locus de Control Parental en Prevención de Caries Dental en padres (o tutores) y niños de 5 años que asisten a colegios municipales de la zona norte de la Región Metropolitana.

Materiales y Métodos: Este estudio observacional de corte transversal, evalúa a 186 niños en etapa pre-escolar y sus padres o tutores. Todos pertenecientes a 7 colegios de la zona norte de la Región Metropolitana. Las encuestas fueron realizadas por distintos alumnos de la Facultad de Odontología de Universidad de Chile. Los apoderados firmaron un consentimiento informado y posteriormente respondieron la encuesta SOHO-5 y Locus de Control Parental en Prevención de Caries Dental, a modo de entrevista. Tanto la CVRSO y locus de control se midieron a través de puntajes. La correlación se realizó a través del método de Spearman.

Resultados: Los resultados arrojados en la encuesta SOHO-5, el dominio con mayor puntaje es la “dificultad para comer”, tanto en padres como en niños. Y a lo menos un 84% de los padres no percibe un deterioro de la calidad de vida de sus hijos en relación a sus piezas dentarias.

De acuerdo a los resultados de la encuesta de Locus de Control Parental en Prevención de Caries Dental, se obtuvo un puntaje promedio de 49,39, esto se entiende como una tendencia a un locus de control interno.

Conclusiones: SOHO-5 y Locus de Control Parental en Prevención de Caries Dental se correlacionan de forma inversa y débil.

MARCO TEÓRICO

Concepto de calidad de vida

El concepto de calidad de vida (CV) se remonta entre los años 1945 y 1950 en EEUU, posterior a la Segunda Guerra Mundial. Este concepto causó mucho interés en los investigadores de ese periodo con el fin de conocer la percepción de las personas respecto a su seguridad financiera y el estado de su vida, pero más importante, para establecer resultados en distintas investigaciones relacionadas con la salud (1).

Desde un principio este concepto se ha enfocado en medir el bienestar de las personas y se ha vinculado con distintas variables del ámbito de la psicología, es por esto que la claridad con la cual se abarca el concepto de CV no es óptima. Esto último es porque a través de los años se han introducido distintos términos que ha generado un entorpecimiento para su definición, como por ejemplo: estado de salud, felicidad, bienestar subjetivo, salud mental, etc. (2).

A partir del año 1997 la Organización Mundial de la Salud (OMS) incorpora directrices que permitirán una evaluación de carácter más multidimensional, estableciendo la definición de CV como: “la percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de los sistemas culturales y de valores en los cuales éste vive, y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”, definición que engloba distintos caracteres del individuo, los cuales se pueden diferenciar en distintos dominios: físico, psicológico, creencias personales y espirituales, interacción con el entorno y nivel de independencia (3). En el caso de los niños y adolescentes el concepto de CV se centra en aspectos que se relacionan con habilidades cognitivas, aspecto emocional, relación con sus pares y su entorno, realización de actividades diarias y la percepción de sí mismo (4).

A través de los años se ha descrito el concepto de calidad de vida relacionado a la salud oral (CVRSO), concepto que engloba aspectos funcionales, sociales y emocionales relacionados con el sistema estomatognático, tomando una perspectiva más global e integral, y no solo tomando en cuenta aspectos como el dolor o la alteración funcional (5). En la actualidad no existe un consenso de acuerdo a la definición de CVRSO, como también cuales son los factores o dominios principales para su evaluación. Distintos autores han tratado de definir este término. Por un lado Sánchez-García y cols en el año 2007 la definen como “el bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado de la dentición, así como de tejidos duros y blandos de la cavidad bucal” (6). En la literatura más actual encontramos a Velázquez-Olmedo y cols que en el año 2014 definen este concepto como “la autopercepción que tiene el individuo respecto a su estado de salud oral en relación con su vida diaria al masticar, al relacionarse con otras personas, además de cumplir con su satisfacción estética” (7). Estas definiciones reúnen en su propio modo los aspectos relevantes y necesarios para enfocarse en la medición de la CVRSO.

Calidad de vida relacionada a salud oral en niños

Según la OMS en el año 1997, la salud bucal forma parte de la salud general, siendo un componente en la calidad de vida. Las investigaciones vinculan a las enfermedades bucodentales con un impacto negativo en la calidad de vida afectando diversos aspectos del diario vivir. En el año 2002 se ha estimado a la caries dental como la enfermedad más común en el periodo de infancia, y declara que entre un 60% y 90% de todos los escolares que viven en países industrializados están afectados por esta enfermedad. Además, se observa un aumento directamente proporcional de la prevalencia en relación a la edad (8).

En la actualidad los niños chilenos en etapa pre-escolar pueden presentar varios problemas de salud oral, como por ejemplo gingivitis, dolor, caries dental y traumatismos dentoalveolares, entre otros. Los datos epidemiológicos en nuestro

país sugieren que el principal problema de salud bucal en este grupo de edad corresponde a la enfermedad de caries dental. En edades tempranas se observa que a los 2 años el 83% de los preescolares están libres de caries, cifra que baja a un 50% a los 4 años, y posteriormente a un 30% en niños/as de 6 años. La severidad de esta patología va en aumento con la edad, pues a los 2 años el promedio de dientes afectados por caries es de 0,5 piezas, mientras que a los 6 años presentan 3,7 piezas dentarias afectadas (9, 10).

La caries dental es una de las enfermedades crónicas no transmisibles más prevalentes, y a la cual los individuos son susceptibles durante toda su vida. Esta se inicia en la infancia temprana, la que en ausencia de tratamiento progresa hasta la destrucción de los dientes. Su compleja etiología multifactorial determina la interacción de componentes genéticos, medioambientales y conductuales, que pueden jugar un rol protector o predisponer al riesgo (11, 12). Los factores etiológicos determinantes, que tradicionalmente se describen en el desarrollo de esta enfermedad, son la presencia de bacterias o microbiológicamente inducidas, dieta cariogénica y hábitos de higiene, las cuales se ven afectadas directamente en relación a la vulnerabilidad de la población (13-15). El progreso *in-situ* de la enfermedad y la consecuente destrucción localizada de los tejidos duros dentales es debido a una desmineralización que se determina por la pérdida del equilibrio fisiológico entre la fase mineral del diente y el biofilm, esto es microbiológicamente inducido por bacterias endógenas al generar productos ácidos derivados de la fermentación de los carbohidratos, provenientes de una dieta alta en azúcares, en conjunto a la influencia de diversos factores como la variación en el flujo y la composición salival, la exposición a fluoruros, entre otros (16).

La alta prevalencia de patologías bucodentales en la población chilena, el consecuente daño acumulativo producido por la caries dental y enfermedades periodontales, y que ambas sean prevenibles, posiciona a los problemas de salud bucal como un problema de salud pública (17). Por lo mismo en el año 2007 la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud elevaron un documento

que establece la prevalencia de enfermedades bucodentales en la Región Metropolitana, haciendo referencia a la enfermedad de caries, anomalías dentomaxilares, patologías periodontales y lesiones traumáticas, estableciendo que:

- a. Aproximadamente un 20% de niños de 2 años de edad, se encuentra afectado por lesiones de caries con un promedio de copd 0,5. A los 4 años un 50% se encuentra con lesiones de caries con un promedio de copd de 2,32.
- b. En lesiones traumáticas en la dentición primaria, se muestra una prevalencia de entre un 11% a un 30% en niños entre las edades 0 a 6 años
- c. Con respecto a la salud gingival, se reporta en niños una prevalencia de gingivitis de 2,6 % a la edad de dos y de 6,2% a la edad de 4 años.
- d. Se informa que existe aproximadamente un 49% de anomalías dentomaxilares en niños de 2 y 4 años de edad (18).

Se conocen los efectos de la enfermedad de caries dental (sobre todo en sus estados severos) a través de distintas investigaciones, aspectos que abarcan la masticación, presencia de dolor, problemas en la nutrición, irritabilidad, problemas de autoestima, problemas para dormir, entre otros. Sin embargo el estudio del impacto de la enfermedad de caries en la calidad de vida no ha sido bien estudiado. Sin duda es necesario desarrollar el conocimiento en esta área, que engloba el aspecto físico, emocional y social, y representan gran parte del diario vivir y bienestar de cada individuo (19).

Aspectos psicológicos en la medición de calidad de vida relacionada a la salud oral en niños pre-escolares

En el área de la salud, se propone el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud, en el sentido de identificar los factores que inciden de una enfermedad o con el tratamiento de esta. Su evaluación también sirve de apoyo para la toma de decisiones en el tratamiento de los pacientes, al poder evaluar el potencial beneficio de los nuevos tratamientos o de tratamientos de experimentación de una manera subjetiva, referido por el propio paciente (20). En Chile han existido esfuerzos para medir el estado de salud oral y la CV de la población. En el año 2006 la Encuesta Nacional de Calidad de Vida en Chile, encontró que el 37% de los mayores de 15 años perciben que su salud bucal afecta su CV (17).

Sin duda el interés actual es medir la calidad de vida de los niños tomando en consideración aspectos funcionales, psicológicos y sociales. Pero por lo general este se obtiene a través del reporte de los padres o tutores. Esto se debe a que los niños pre-escolares no poseen las habilidades cognitivas y/o comunicacionales para establecer con claridad un reporte en relación a su propia salud (21). Actualmente se ha demostrado con distintos instrumentos desarrollados, que con técnicas apropiadas se puede obtener información precisa, confiable y válida a través de las respuestas entregadas por los niños en relación a su calidad de vida. Esto último respaldado por estudios psicológicos que establecen a los seis años (luego de un desarrollo cognitivo, emocional y social a través de la edad) el inicio de un autoconcepto y pensamientos abstracto, que los sumerge en una etapa en la cual realizan juicios sobre su apariencia y al mismo tiempo se comparan con sus pares, además con una mayor percepción de emociones (22). La literatura describe una baja concordancia entre lo que reportan los tutores versus lo que reportan los niños. Por otro lado, otros estudios demuestran una concordancia positiva entre los dos reportes, esto va a depender

de los dominios que se evalúan. Existiría concordancia en aspectos funcionales y al contrario en aspectos más abstractos como el bienestar y lo emocional (23).

Calidad de vida relacionada a la salud oral y su medición

Para medir la CVRSO es necesario entender en primer lugar como ha evolucionado el modelo de salud en relación a salud oral. Inicialmente apoyado por un modelo biomédico, la salud de la cavidad oral era entendida como: “un estado libre de dolor crónico, cáncer oral, lesiones orales, defectos de nacimiento (como fisura palatina o labial), enfermedad periodontal, pérdida de dientes y otros desordenes asociados a la cavidad oral”. Este predominante enfoque “salud-enfermedad” que ha tenido la odontología, falla en capturar las múltiples facetas de las disfunciones orales y de la contribución de los dientes en el diario vivir, y tampoco reconoce los comportamientos adaptativos a las distintas situaciones que enfrenta cada individuo día a día.

Esto ha cambiado en los últimos 30 años, tomando otra perspectiva, donde indicadores socio-dentales emergen para revelar aspectos psicosociales en relación a los desórdenes orales. Esto va de la mano con el cambio de concepto que tenemos de salud oral. La ventaja principal de esta visión más biopsicosocial es su habilidad de analizar respuestas individuales de la misma enfermedad con una perspectiva más multifactorial sobre la salud. Esto ilustra que las discapacidades e impedimentos físicos son una parte integral del contexto social, cultural y psicológico de las vidas de las personas, revelando al mismo tiempo que existen respuestas individuales a la misma enfermedad (24).

Los métodos tradicionales para medir la CVRSO están basados en estándares clínicos, no considerando aspectos psicosociales y funcionales que se enmarcan dentro del concepto de CV. Puesto que algunos de los factores de calidad de vida no pueden ser observados en forma directa, se evalúan por medio de cuestionarios conformados por un conjunto de preguntas. La mayoría de las

encuestas utilizadas, hasta ahora, subestiman o no abordan la percepción individual de la CVRSO, y por lo tanto, no logran capturar la real dimensión de las consecuencias experimentadas por los niños afectados y sus familias (25).

Estos cuestionarios permitirían al encuestado responder acorde a una percepción psicológica y física de sí mismo. Con el fin de simplificar la complejidad de las preguntas se hacen referencias a aspectos culturales, psicológicos y sociales fáciles de entender (26). Cada una de las preguntas que conforma el cuestionario, corresponde a una variable a medir, y a la cual se le asignará un valor específico que sumará a una calificación final para un factor o dominio. De esta forma se podría evaluar el impacto de distintas intervenciones de salud en la población (27)

Instrumentos de medición de CVRSO en pre-escolares

Medir la calidad de vida conforme al estado bucodental resulta subjetivo al estar influenciado por distintos factores, que no pueden ser observados de manera directa, motivo por el cual se han desarrollado instrumentos de medición representando dimensiones que pretenden valorar la percepción psicosocial personal de cada individuo, utilizados para estimar y complementar la evaluación física.

A través de los años han aparecido instrumentos que permiten conseguir estos objetivos en niños. A pesar que la mayoría de ellos comprenden instrumentos dirigidos a niños de 6 a 14 años de edad, existen disponibles en la literatura dos instrumentos de valoración de la calidad de vida en niños preescolares de 2 a 5 años de edad:

- a. Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS): este instrumento consiste en 13 preguntas y posee dos partes principales: la primera parte es la sección de impacto en el niño y la segunda se refiere al

impacto en la familia. Este instrumento evalúa la condición del niño a través de las respuestas que dan sus padres o tutores (28).

Se describen versiones de ECOHIS validadas en latino américa, en un estudio del año 2011 en el distrito de Hualmay, en Lima, Perú, donde se realizó la adaptación cultural y pruebas sicométricas (validación y consistencia interna) de la encuesta ECOHIS en 128 niños de entre 3 a 5 años y sus padres. La encuesta logró medir el impacto y/o las experiencias en el ámbito dental de ambos, y mostro que un 80-100% de los encuestados entendió las preguntas (29).

- b. Scale of oral health outcomes for 5-year-old children (SOHO-5), este instrumento consiste en 7 ítems para el reporte del niño y otros 7 ítem de reporte para los padres, ha sido desarrollado su versión en inglés y recientemente se ha validado una versión en portugués. La principal ventaja de este instrumento es que se basa en respuestas directas de los niños (30).

Sin embargo en el grupo de niños preescolares chilenos no existe un instrumento debidamente validado que nos permita evaluar la calidad de vida relacionada con salud bucal. A nivel de la investigación epidemiológica la disponibilidad de este instrumento permitiría disponer de una herramienta validada para la medición de resultado de intervenciones poblacionales o a nivel individual. Esto amplía la mirada al momento de evaluar los resultados de una intervención y no solo se observan indicadores tradicionales como los índices ceo-d o ceo-s, o las diferencias de incidencias en los estudios prospectivos.

Problemática en la evaluación de salud bucal en pre-escolares

Las evaluaciones y encuestas utilizadas normalmente para la evaluación de caries dental y la salud oral en los niños pre-escolares no nos permiten visualizar más allá de los resultados obtenidos, puesto que no es posible capturar la real

dimensión y las consecuencias que experimentan los niños y sus familias debido a la enfermedad de caries. Tenemos por ejemplo índices epidemiológicos tales como el índice ceo-d (dientes cariados, obturados y perdidos) o también índices que miden estado gingival o prevalencia de anomalías dentomaxilares, los cuales no permiten medir del todo el impacto que tiene la caries dental, gingivitis o anomalías del desarrollo en los niños, familias, sociedades y los sistemas de salud.

La enfermedad de caries, tomando como ejemplo a un individuo enfermo, podría llegar a afectar las actividades cotidianas debido a sintomatología dolorosa, o la imposibilidad de masticar podría traer como consecuencia efectos como la pérdida de apetito y baja de peso, también otros efectos como dificultad para dormir, problemas psicológicos y emocionales tales como la baja autoestima, irritabilidad, dificultad de relacionarse con otras personas, entre otros. Por lo tanto la caries es una enfermedad que no solo perturba la salud oral, sino que también puede llegar a afectar otras dimensiones en la calidad de vida del individuo y de quienes lo rodean (31).

Concepto de locus de control y su relación con la caries dental

Considerando la importancia que las actitudes de los padres tienen sobre la salud bucodental de sus hijos, resulta relevante observar la influencia que estas características tienen en aspectos relacionados con conductas preventivas, y el posterior desarrollo de caries dental en la población infantil. Es además de consideración que la salud oral está fuertemente asociada con los estilos de vida de cada individuo, además, estos se ven muy influenciados por factores sociales, ya que los hábitos se aprenden en la familia, el colegio y la comunidad, observándose grandes diferencias según nivel de pobreza, educación, nivel socioeconómico y condición urbano rural (32).

Existen dos variables sicosociales que se han utilizado para explicar el proceso de conductas en relación a la salud. La autoeficacia en la Teoría del Aprendizaje Social o Social Cognitiva de Albert Bandura, y el Locus de Control, que Julian Rotter introduce basándose en la Teoría del Aprendizaje Social.

El concepto de locus de control se define por la creencia de un sujeto, en relación a la responsabilidad que tiene sobre su propio actuar. Se refiere al grado con que el individuo cree controlar los acontecimientos que ocurren en su vida. Aplicado a la salud se define como el conjunto de creencias que una persona tiene sobre la propia influencia sobre su salud. El locus de control puede ser “interno” o “externo”; en un locus de control interno el individuo tiene la creencia que el control sobre los eventos que ocurren en su vida reside en sí mismo, mientras que un individuo con locus de control externo cree que los eventos ocurridos en su vida están controlados por fuerzas externas a él (33).

En el ámbito de preescolares, la evidencia dice que si hay un elevado locus de control interno por parte de los padres, es decir, conductas favorables en salud oral, implicaría una mayor probabilidad de que sus hijos se encuentren libres de caries. Podemos decir entonces que todos estos aspectos relacionados a la actitud que tienen los padres en relación a conductas preventivas tienen un impacto positivo en la prevención de caries dental en la población infantil. Es importante recalcar que esto está ligado también al acceso a salud dental (34).

A edades tempranas, se hace importante la formación de hábitos favorables a la salud, ya que estos tienden a dar resultados positivos en el tiempo, especialmente si se involucra y motiva a los padres y/o cuidadores de los menores. Durante el período preescolar se debe dar énfasis a este tipo de acciones para fomentar el autocuidado y responsabilidad en el cuidado de la salud oral con el fin de mejorar y/o mantener su salud, como su calidad de vida.

Problemática actual con la percepción de salud oral

Nos encontramos en un escenario donde se necesita hacer un cambio en la percepción de salud la salud oral, donde no solo se pesquise un diagnóstico bucodental con el objetivo de un tratamiento específico, sino que entender el contexto de calidad de vida del paciente, en donde se considere la importancia de las actitudes que tienen sus padres respecto a la salud oral de sus hijos. De esta forma intervenir de manera que el paciente y sus padres o tutores desarrollen habilidades que sean compatibles con un estado bucodental saludable, donde el impacto de la salud oral sobre la calidad de vida pueda generar grandes beneficios al informar sobre aspectos tales como sentimientos y percepciones a nivel individual y colectivo. Siguiendo la línea de exploración, podemos ir más allá de los aspectos fundamentales de las enfermedades orales y CV. Se propone medir otras variables que se puedan asociar a la CVRSO, con el fin de abordar de forma más integral los problemas del paciente, lo que favorece una comunicación efectiva entre profesionales/pacientes, resultando en mejores tratamientos, y como herramienta para medir los resultados, resumiéndose en un acercamiento más integral a la población a través de distintas aristas.

Dicho esto se podría usar el instrumento que mida locus de control para evaluar aspectos psicosociales en padres o tutores, y como estos influirían en la conducta que tienen con sus hijos. Por lo tanto si un padre tiene un locus de control más interno, podría favorecer conductas saludables, y así resultaría en una mejor calidad de salud oral en niños pre-escolares.

HIPÓTESIS

- Existe una relación directa o indirecta entre la calidad de vida en niños pre-escolares y locus de control en padres o tutores

OBJETIVO GENERAL

- Establecer si existe una relación entre calidad de vida en niños pre-escolares y locus de control de los tutores en niños pre-escolares de la zona norte de la región Metropolitana

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar calidad de vida en relación a salud bucodental en niños pre-escolares en el año 2017.
2. Determinar locus de control en relación a la salud bucodental en tutores de pre-escolares en el año 2017.
3. Determinar la correlación entre calidad de vida en niños pre-escolares y locus de control en tutores de pre-escolares en el año 2017.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este es un estudio observacional de corte transversal descriptivo, con el que a través de la herramienta “Scale of oral health outcomes for 5-year-old children” (SOHO-5) se recolectó información respecto de la calidad de vida relacionada con salud bucal en niños pre-escolares de aproximadamente 5 años, mediante la valoración de las características métricas del instrumento. Del mismo modo se aplicó la encuesta de “Locus de Control Parental en Prevención de Caries Dental” a los padres o tutores de los niños pre-escolares, con el fin de medir locus de control. Posteriormente los resultados de cada instrumento se someterán a una correlación a través del método de Spearman.

Población de estudio

Este estudio se llevó a cabo en niños en etapa pre-escolar de establecimientos municipales y sus tutores, en las comunas de Huechuraba, Independencia y Quilicura, todas pertenecientes a la Región Metropolitana. La selección de la muestra que representa parte de la zona norte de la RM se explica debido a que esta representa una población más vulnerable y por ende es más probable encontrar caries y observar este fenómeno. Además es posible tener un mejor alcance a la población por el carácter territorial que tiene la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile y su compromiso con la salud oral de la comunidad. Los criterios de inclusión fueron niños y niñas que no hayan recibido atención odontológica en los últimos 6 meses, que no posean enfermedades sistémicas y que vivan al menos con uno de sus padres o tutores. Para este estudio es necesaria una muestra de aproximadamente 50 a 200 individuos según indican los estudios recomendados para la validación de instrumentos de medición, lo que corresponde a la muestra original de validación del instrumento (19). Se utilizaron 186 niños pre-escolares y 202 padres o tutores en esta muestra, de los niveles de transición mayor de colegios de las comunas de la zona norte

Gran Santiago, que aceptaron firmar el consentimiento informado previo a la participación del estudio.

Instrumentos de medición

a. Encuesta Scale of Oral and Health Outcomes for 5-year-old Children (SOHO-5)

El SOHO-5 es un instrumento que evalúa la historia de salud bucal del niño mediante el auto reporte y el reporte de los padres. Esta encuesta fue creada y desarrollada en Inglaterra en el año 2012 por G. Tsakos y cols, y ha sido traducida y validada en Brasil por J. Abanto en el año 2013. La aplicación del instrumento será en su versión piloto, que pertenece al proyecto FONIS SA 15I20022 “Validación de la versión en español del instrumento SOHO-5 para evaluar calidad de vida relacionada con salud bucal en niños preescolares.”

Cada una de las secciones, la destinada a los niños y aquella destinada a los padres y tutores, cuenta con siete ítems o dominios asociados a distintas actividades que realizan los pre-escolares diariamente. Respecto de la sección destinada a los niños, las cuales son: comer (I), beber (II), hablar (III), jugar (IV), sonreír debido a dolor (V), sonreír debido a la apariencia de los dientes (VI) y dormir (VII). En el cuestionario las respuestas a cada ítem son: NADA, UN POCO O MUCHO, esto con ayuda de expresiones faciales que representan una emoción acorde a la respuesta que el niño identifica con su sentir (Card A y Card B) respecto a cada pregunta. Asimismo se les asigna un valor de 0, 1 y 2 respectivamente. Obteniéndose un puntaje total que oscila entre los 0 a 14 puntos (Anexo 2).

Las preguntas referidas a los padres y tutores incluyeron dificultades para: comer, jugar, hablar, dormir, evitar sonreír debido al dolor o la apariencia y deterioro de la auto-confianza. Las opciones de respuesta a cada ítem son: NO

EN ABSOLUTO, UN POCO, MODERADAMENTE, MUCHO, MUCHISIMO y NO SÉ, a las cuales se les asigna un puntaje de 0, 1, 2, 3 y 4 respectivamente. El resultado final del instrumento corresponde a la suma de los códigos, oscilando entre 0 y 28. Mientras más alto es este valor, hay una calidad de vida disminuida en relacionada a salud bucal (Anexo 3).

Locus de Control Parental en Prevención de Caries Dental

La escala de “Locus de Control Parental en Prevención de Caries Dental”, es un cuestionario de 13 ítems, 5 relacionados con el locus de control interno, 3 relacionados con el locus de control externo y 5 relacionadas con la suerte. Cada ítem se puntuó de 1 (Totalmente de acuerdo) a 5 (Totalmente en desacuerdo) en una escala Likert, con valores crecientes en función del autocontrol. El puntaje de aquellas afirmaciones que apuntaban a Locus de Control Interno fueron recodificadas de forma que un mayor puntaje reflejara un mayor control interno (Anexo 4). La puntuación de los ítems se sumó para obtener una puntuación total, que podía oscilar entre 13 y 65 puntos (Tabla 1). Un mayor puntaje indica un locus de control más interno, y un menor puntaje, un locus de control más externo.

Tabla 1. Dimensiones de evaluación del instrumento Locus de Control Parental en Prevención de Caries Dental

Preguntas	Dimensión
I. Como familia, estamos convencidos de que podemos reducir la probabilidad de que nuestro niño/a tenga caries dental.	Locus de Control Interno
II. Es nuestra responsabilidad como padres prevenir que nuestro niño/a tenga caries dental.	
V. Podemos prevenir la caries dental en nuestro niño/a, reduciendo alimentos y bebidas azucaradas entre comidas.	
VII. Podemos prevenir que nuestro niño/a tenga caries dental, si cepillamos o ayudamos a cepillar sus dientes dos veces al día.	

XI. Como familia intentamos controlar la frecuencia con que nuestro niño/a consume alimentos o líquidos azucarados entre comidas.	
III. Es responsabilidad del dentista prevenir que nuestro niño/a tenga caries dental	
IX. El que ayudemos a nuestro niño/a a cepillarse todos los días, no cambiará el hecho de que tenga caries dental.	Locus de Control Externo
XIII. El dentista es la persona más adecuada para prevenir la caries dental en nuestro niño/a.	
IV. Independiente de lo que hagamos, nuestros niño/a es propenso a tener caries dental.	
VI. Sucede que los niños tienen caries dental porque sí.	
VIII. Si nuestro niño/a tiene caries dental, es por azar.	Azar
X. Sucede que algunas personas tienen naturalmente dientes más débiles.	
XII. Si nuestro niño tiene caries dental, es por mala suerte.	

Este instrumento fue previamente validado por un equipo de investigadores del área de la odontología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. Tras la fase de validación de contenidos se generó una versión que fue utilizada para la validación de convergencia, discriminación, estabilidad temporal y consistencia interna del instrumento. La adaptación cultural fue realizada a través del método de traducción- retrotraducción por un equipo de investigadores que desarrollaron un instrumento de detección de riesgo de caries dental en preescolares. Dos traductores bilingües cuya lengua materna era el castellano, tradujeron independientemente los cuestionarios. Los traductores y el equipo investigador revisaron conjuntamente ambas traducciones hasta llegar a una primera versión en castellano mediante consenso. Esta versión inicial fue retro-traducida al inglés independientemente por otros 2 traductores bilingües de lengua materna inglesa, con lo que se obtuvieron 2 retro-traducciones que el equipo investigador, con consulta a los traductores, se comparó con la versión original para valorar la equivalencia conceptual (35). En esta fase se realizó además la validación de contenido a través de la consulta a un panel compuesto por 2 Odontopediatras, 2 Cariólogos, 2 Psicólogos y 1 Antropólogo Médico,

obteniéndose una versión preliminar del instrumento. Con esta versión se realizó una prueba piloto en 30 padres de preescolares, para evaluar la comprensión lingüística. Tras esta fase, se elaboraron las versiones en español definitivas que se utilizaron este estudio de validación en la población de la zona norte de la Región Metropolitana.

Análisis estadístico de datos

Se construyó una base de datos recolectando la información de la encuesta SOHO-5 y locus de control parental en prevención de caries dental en una planilla Excel 2010. Posteriormente se revisó para asegurar el correcto ingreso de los datos. Se utilizaron proporciones y medias para determinar los parámetros de la calidad de vida y locus de control. Para la determinación de normalidad de la distribución de datos se utilizó el test Shapiro Wilk. Se estimaron coeficientes de correlación según las distribución que presentaron los datos con su respectivo nivel de significancia (valor p), utilizando el programa STATA 12.0.

Para establecer la correlación se utilizó el coeficiente de Spearman, la cual es una medida de la relación entre dos variables aleatorias cuantitativas de distribución no normal. Se representa por el signo ρ (rho) de Spearman. El valor del índice de correlación varía en el intervalo $[-1,1]$, indicando el signo el sentido de la relación:

- Si $\rho = 1$, existe una correlación positiva perfecta. El índice indica una relación directa lo que significa que cuando una de las variables aumenta, la otra también lo hace en proporción constante.
- Si $0 < \rho < 1$, existe una correlación positiva.
- Si $\rho = 0$, no existe relación lineal entre las variables.

- Si $-1 < \rho < 0$, existe una correlación negativa.
- Si $\rho = -1$, existe una correlación negativa perfecta. El índice indica una relación inversa. Si una de ellas aumenta, la otra disminuye en proporción constante.

Consideraciones éticas del estudio

El presente proyecto está adscrito al FONIS SA15I20015 “Validación de la versión en español del instrumento SOHO 5 (en su versión para padres/tutores y niños) para medir calidad de vida relacionada con salud bucal en niños preescolares”. Y ha sido evaluado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile (Anexo 5).

Todos los padres o tutores de los niños que participaron en el estudio, como también los miembros del comité revisor y el panel de expertos firmaron el consentimiento informado en el que se explica oral y de forma escrita los propósitos y riesgos del proyecto. Todos estos consentimientos fueron revisados por el comité de ética (Anexo 1).

Toda la información recolectada durante este estudio fue desvinculada de la identificación de los sujetos participantes, y se utilizó solo para el cumplimiento de los objetivos planteados en el protocolo. Al mismo tiempo ésta no se divulgó en algún otro espacio que sea ajeno al de este estudio.

RESULTADOS

El instrumento SOHO-5 fue aplicado a 186 niños/as de entre 4 a 6 años de edad durante el año 2017, con un promedio de 5,6 años de edad. Todos ellos asisten a un establecimiento educacional pre-escolar municipal. Los instrumentos de Locus de Control Parental y SOHO padres fueron aplicados a una muestra de 202 apoderados de niño/as a los cuales se les aplicó la encuesta SOHO-5 previamente. Se establece que el 92,1% de los cuidadores principales de los niños estudiados son los padres. Respecto a estos últimos, al menos un 71,2% ha finalizado la educación media. Además un 83,3% forma parte del sistema público de salud en lo que respecta la atención dental. (Tabla 2).

Tabla 2. Caracterización sociocultural del grupo de estudio

Características		
Niños pre-escolares		
Evaluados	186	
Promedio en años (DE)	5.6	0.72
Edad Mínima	4	
Edad Máxima	6	
Proporción Hombre/Mujer (DE)	0.47/0.53	0.36
	n	%
Cuidador Principal		
Evaluados	202	
Padre/Madre	93	92,1
Tío/Tía	8	7,9
Abuelo/Abuela	0	0
Otro	0	0
Nivel Educativo del cuidador		
Básica incompleta	5	4,9
Básica completa	10	9,9
Media incompleta	14	13,9
Media completa	45	44,6
Técnico incompleta	3	2,9
Técnico completa	13	12,9
Universitaria incompleta	4	3,9
Universitaria completa	7	6,9
Post grado	0	0
Otro	0	0

Atención dental del niño		
Consulta privada	11	10,9
Consultorio o Centro de Salud	84	83,3
Hospital	1	0,9
No se realiza	5	4,9

A. Determinar calidad de vida en relación a salud bucodental en niños pre-escolares en el año 2017.

En primer lugar se debe establecer si los datos de la encuesta SOHO-5 se distribuyen normalmente usando el test de Shapiro-Wilk (Tabla 3).

Tabla 3. Test de Shapiro-Wilk para SOHO-5

Variable	Obs	W	V	z	Prob>z
SOHO-5 Niños	186	0.94637	7.547	4.635	0.00000
SOHO-5 Padres	202	0.56964	64.763	9.601	0.00000
SOHO-5 Total	186	0.81999	25.331	7.411	0.00000

Como se puede observar, los datos no se distribuyen normalmente, y no existe una simetría alrededor de la media. Por lo tanto es necesario establecer medianas (Tabla 4).

Tabla 4. Medianas encuesta SOHO-5 e Intervalo de Confianza

Variable	Observados	Percentil	Centil	Intervalo de Confianza 95%	
SOHO-5 Niños					
I	186	50	1	1	1
II	186	50	1	1	1
III	186	50	1	1	1
IV	186	50	1	1	1
V	186	50	1	1	1
VI	186	50	1	1	1

VII	186	50	1	1	1
SOHO-5 Padres					
I	202	50	1	1	1
II	202	50	1	1	1
III	202	50	1	1	1
IV	202	50	1	1	1
V	202	50	1	1	1
VI	202	50	1	1	1
VII	202	50	1	1	1
SOHO-5 Niños	186	50	2	1	2
SOHO-5 Padres	202	50	0	0	0
SOHO-5 Total	186	50	2	1	2.418549

Como se observa en la tabla 4, cada dominio de la encuesta SOHO-5 se describe como: comer (I), beber (II), hablar (III), jugar (IV), sonreír debido a dolor (V) y sonreír debido a la apariencia de los dientes (VI) y dormir (VII) en el caso de los niños. para los padres los dominios se describen como: comer (I), hablar (II), jugar (III), sonreír debido a dolor (IV) y sonreír debido a la apariencia de los dientes (V), dormir (VI) y deterioro de la auto-confianza (VII).

La tabla 5 muestra los promedios del puntaje de cada uno de los dominios obtenidos por el instrumento SOHO-5 en niños.

Tabla 5. Puntajes promedios obtenidos en cuestionario SOHO-5 en niños

ITEM (n=186)	SOHO-5 Niños	
	X	Desviación Estándar
I	0,52	0,69
II	0,37	0,65
III	0,37	0,63
IV	0,27	0,57
V	0,33	0,65
VI	0,25	0,54
VII	0,35	0,68

El valor más alto se da en el dominio I, que se traduce en la dificultad para comer (0,52). Y el menos puntaje se adjudica al dominio VI, que indica la dificultad

para sonreír debido a la apariencia de los dientes. En general se observan puntajes promedio inferiores al valor 1, que corresponde entre la respuesta NADA y UN POCO. Cabe destacar que los puntajes pueden oscilar entre los valores 0 y 2, en congruencia con los puntajes asignados a cada respuesta.

En la tabla 6 se aprecia los distintos dominios desglosados en cada respuesta elegida en forma proporcional.

Tabla 6. Proporción en base a las respuestas de la encuesta SOHO-5 niños

ITEM (n=186)	Respuesta	SOHO-5 Niños	
		Proporción	Desviación Estándar
I	1	0,60	0,04
	2	0,28	0,03
	3	0,12	0,02
II	1	0,73	0,03
	2	0,17	0,02
	3	0,10	0,02
III	1	0,72	0,03
	2	0,19	0,03
	3	0,09	0,02
IV	1	0,80	0,03
	2	0,14	0,03
	3	0,06	0,02
V	1	0,76	0,03
	2	0,14	0,03
	3	0,10	0,02
VI	1	0,81	0,03
	2	0,14	0,03
	3	0,05	0,02
VII	1	0,76	0,03
	2	0,12	0,02
	3	0,12	0,02

En la tabla 7 se exponen los puntajes promedios de cada dominio de la encuesta SOHO-5 para padres.

Tabla 7. Puntajes promedios obtenidos en cuestionario SOHO-5 en padres

ITEM (n=202)	SOHO Padres	
	X	Desviación Estándar
I	0,30	0,77
II	0,11	0,47
III	0,10	0,50
IV	0,13	0,63
V	0,10	0,59
VI	0,23	0,72
VII	0,15	0,60

El puntaje promedio más alto se obtuvo en el dominio I que corresponde a la dificultad para comer (0,30), por otro lado el menor puntaje se obtuvo en el dominio III y V, correspondiente a la dificultad para jugar y sonreír debido a la apariencia.

En la tabla 8 al igual que la encuesta de los niños se expone para cada uno de los dominios la proporción a la respuesta elegida.

Tabla 8. Proporción en base a respuestas de la encuesta SOHO-5 para padres

ITEM (n=202)	Respuesta	SOHO-5 Padres	
		Proporción	Desviación Estándar
I	1	0,84	0,03
	2	0,07	0,02
	3	0,04	0,01
	4	0,05	0,01
	5	0	0
II	1	0,94	0,02
	2	0,02	0,01
	3	0,03	0,01
	4	0,01	0,01
	5	0	0
III	1	0,96	0,01
	2	0	0
	3	0,02	0,01
	4	0,02	0,01
	5	0	0

IV	1	0,95	0,02
	2	0,01	0,01
	3	0,02	0,01
	4	0	0
	5	0,02	0,01
V	1	0,97	0,01
	2	0	0
	3	0,01	0,01
	4	0	0
	5	0,02	0,01
VI	1	0,89	0,02
	2	0,04	0,01
	3	0,02	0,01
	4	0,05	0,02
	5	0	0
VII	1	0,93	0,02
	2	0,02	0,01
	3	0,03	0,01
	4	0,01	0,01
	5	0,01	0,01

En la tabla 9 se muestra la sumatoria de los promedios obtenidos en las encuestas SOHO-5 para padres y niños. SOHO-5 total representa la suma de SOHO-5 niños y SOHO-5 padres. Los rangos de puntaje son: 0-42 para SOHO-5 total, 0-28 para SOHO-5 padres y 0-14 para SOHO-5 niños.

Tabla 9. Promedio de puntaje en respuestas de encuesta SOHO-5, padres y niños

	n	X	Desviación Estándar
SOHO-5 niños	186	2,40	2,91
SOHO-5 padres	202	1,12	3,38
SOHO-5 total	186	3,52	4,71

B. Determinar locus de control en relación a la salud bucodental en tutores de pre-escolares en el año 2017

La encuesta de Locus de Control para padres consta de distintas preguntas que se distribuyen en 3 dominios: Locus de Control Interno, Locus de Control Externo y Azar, no necesariamente agrupadas. Las respuestas entregadas por los padres o tutores a cada una se catalogan en: TOTALMENTE DE ACUERDO, DE ACUERDO, NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO, EN DESACUERDO y TOTALMENTE EN DESACUERDO, a las cuales se les otorgan puntajes 1, 2, 3, 4 y 5 respectivamente. De esta forma se medirá la creencia y responsabilidad en cuanto a la salud oral de sus hijo/as de nivel pre-escolar.

En la tabla 10 se muestra el test de Shapiro-Wilk para distribución normal de datos en la encuesta Locus de Control Parental en Prevención de Caries Dental.

Tabla 10. Test de Shapiro-Wilk para Locus de Control Parental en Prevención de Caries Dental

Observados: 198	W	V	z	Prob>z
I	0.92485	11.113	5.538	0.00000
II	0.96893	4.594	3.507	0.00023
III	0.93529	9.570	5.194	0.00000
IV	0.94955	7.461	4.622	0.00000
V	0.80274	29.173	7.757	0.00000
VI	0.84343	23.154	7.226	0.00000
VII	0.90890	13.473	5.981	0.00000
VIII	0.90320	14.189	6.097	0.00000
IX	0.94163	8.632	4.957	0.00000
X	0.96426	5.285	3.829	0.00006
XI	0.94380	8.311	4.870	0.00000
XII	0.93253	9.978	5.290	0.00000
XIII	0.96277	5.506	3.923	0.00004
Locus	0.99175	1.220	0.458	0.32354

En el caso de la encuesta de locus de control los datos se distribuyen normalmente.

En la tabla 11 se muestran los promedios a cada una de las preguntas de la encuesta de Locus de Control Parental en Prevención de Caries Dental, cada promedio se encuentra entre 1 y 5. Luego se describe la sumatoria de todos los promedios en un total al pie de la tabla.

Tabla 11. Puntajes promedios obtenidos en la encuesta de Locus de Control Parental en Prevención de Caries Dental

ITEM (N:198)	Locus de Control	
	Promedio	Desviación Estándar
I	4,28	0,57
II	4,48	0,52
III	3,75	0,83
IV	3,04	1,00
V	4,41	0,74
VI	4,01	0,81
VII	3,98	0,96
VIII	3,94	0,85
IX	3,66	0,93
X	2,35	0,78
XI	4,16	0,66
XII	4,21	0,70
XIII	3,11	1,17
Total	49,39	4,62

Dentro de las 13 preguntas que establece el instrumento de locus de control, de un rango posible de 13 a 65 puntos, se obtuvo un valor promedio es 49,39. Mientras más alto sea este valor, se marcará una tendencia a un locus de control más interno, y mientras más bajo, un locus de control más externo. En la tabla 12 se expresan la lección de cada respuesta, esto en un cuadro de porcentaje, destacando los dos resultados más altos.

Tabla 12. Porcentajes acordes a las respuestas entregadas por los padres en la encuesta de Locus de Control Parental en Prevención de Caries Dental

	Alternativas (%)				
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
I. Como familia, estamos convencidos de que podemos reducir la probabilidad de que nuestro niño/a tenga caries dental.	32,65	65,30	0	2,04	0
II. Es nuestra responsabilidad como padres prevenir que nuestro niño/a tenga caries dental.	50,00	48,97	1,02	0	0
III. Es responsabilidad del dentista prevenir que nuestro niño/a tenga caries dental	0	15,30	4,08	70,40	10,20
IV. Independiente de lo que hagamos, nuestros niño/a es propenso a tener caries dental.	2,04	40,81	8,16	47,95	1,02
V. Podemos prevenir la caries dental en nuestro niño/a, reduciendo alimentos y bebidas azucaradas entre comidas.	50,00	46,93	0	1,02	2,04
VI. Sucede que los niños tienen caries dental porque sí.	1,20	6,12	3,06	68,36	21,42
VII. Podemos prevenir que nuestro niño/a tenga caries dental, si cepillamos o ayudamos a cepillar sus dientes dos veces al día.	28,57	57,14	1,02	11,22	2,04
VIII. Si nuestro niño/a tiene caries dental, es por azar.	2,04	8,16	2,04	68,36	19,38

IX. El que ayudemos a nuestro niño/a a cepillarse todos los días, no cambiará el hecho de que tenga caries dental.	2,04	15,30	8,16	63,26	11,22
X. Sucede que algunas personas tienen naturalmente dientes más débiles.	6,12	65,30	15,30	13,26	0
XI. Como familia intentamos controlar la frecuencia con que nuestro niño/a consume alimentos o líquidos azucarados entre comidas.	27,55	65,30	3,06	4,08	0
XII. Si nuestro niño tiene caries dental, es por mala suerte.	0	5,10	1,02	61,22	32,65
XIII. El dentista es la persona más adecuada para prevenir la caries dental en nuestro niño/a.	8,16	32,65	7,14	44,89	7,14

C. Establecer una correlación entre calidad de vida en niños pre-escolares y locus de control en tutores de pre-escolares en el año 2017

En la tabla 13 se muestra una tabla de correlación entre SOHO-5 niños, SOHO-5 padres, SOHO-5 total y Locus de Control Parental en Prevención de Caries Dental. Para establecer una correlación se usa el método no paramétrico de Spearman para examinar la fuerza de asociación entre dos variables cuantitativas

Tabla 13. Correlación de Spearman

	SOHO Niños (Significancia)	SOHO Padres (Significancia)	SOHO Total (Significancia)	Locus de Control
SOHO Niños	1.0000			
SOHO Padres	0.2183 (0,003)	1.0000		
SOHO Total	0.8908 (0,000)	0.5279 (0,000)	1.000	
Locus de Control	-0.0980 (0,1871)	-0.1008 (0,1745)	-0.0961 (0,1957)	1.000

En cuanto al valor de correlación obtenido en el test de Spearman, de un rango que va entre -1 y 1, se muestra que entre SOHO-5 niños y SOHO-5 padres es 0,2183. Entre Locus de Control y SOHO-5 niños es -0.0980. Entre Locus de Control y SOHO-5 padres es -0.1008. Entre Locus de Control y SOHO-5 total es -0.0961. Entre SOHO-5 padres y SOHO-5 niños es estadísticamente significativa al nivel 0,01, en el caso de Locus de Control y SOHO-5 (en todas sus variantes) no es estadísticamente significativa.

DISCUSIÓN

El instrumento Scale of oral health outcomes for five year-old children (SOHO-5) interroga, tanto a padres como a niños pre-escolares, sobre el estado de la calidad de vida respecto a la salud oral de estos últimos. De esta forma se da cuenta de su percepción acerca de la CVRSO. Esta encuesta fue creada en el año 2012 por Tsakos y cols. (26), y ha sido traducida y validada en Brasil por Abanto y cols. (36).

El instrumento Locus de Control Parental en Prevención de Caries Dental tiene como objetivo captar a través de escalas de puntaje las creencias y responsabilidades de los padres respecto al control que tienen sobre la salud de sus hijos. El concepto de Locus de Control fue introducido por Rotter en el año 1966 y aplicado posteriormente en varias áreas de salud, entre ellas la odontología.

Esta tesis forma parte del proyecto FONIS SA15I20015: “Validación de la versión en español del instrumento SOHO-5 para evaluar calidad de vida relacionada con salud bucal en niños preescolares” y tiene como principal objetivo traducir, adaptar y validar esta encuesta en Chile. Este estudio se planteó por objetivo realizar un proceso de correlación de dos instrumentos que abordan variables sicosociales, Locus de Control Parental en Prevención de Caries Dental y Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-old Children (SOHO-5). Para esto se aplicaron ambas encuestas en establecimientos de educación pre-escolar del Gran Santiago, específicamente en las comunas de Huechuraba, Quilicura e Independencia. En la entrega de resultados no hubo apoderados que no supieran contestar o no contestaran los items a evaluar, esto debido a que la encuesta se hizo a modo de entrevista, contando con el apoyo del evaluador para resolver eventuales dudas.

En la aplicación de SOHO-5 versión niños, la distribución general de las respuestas arrojan un puntaje promedio que va entre 0,25 a 0,52, correspondiente al dominio VI (dificultad para sonreír por dolor) y al dominio I (dificultad para comer) respectivamente. Cabe destacar que el mayor impacto en la salud oral en niños se da en dominio “dificultad para comer”, le siguen los dominios II y III (dificultad para beber y hablar). Según los estudios de Abanto J. y cols en el año 2013, se obtuvo que el grupo de niños sin caries la respuesta más frecuente se da en “la dificultad para jugar”, seguido por “dificultad para comer”. Por otro lado en el grupo de niños con caries la respuesta más frecuente fue “dificultad para comer” seguido por “dificultad para dormir” (36). Por lo tanto los dos reportes establecen que la “dificultad para comer” es uno de los aspectos que más impacta en la CVRSO.

En el análisis de respuestas de la encuesta SOHO-5, versión para padres, los valores promedios se distribuyen entre 0,10 a 0,30, correspondientes al dominio V y III en conjunto (dificultad para sonreír a causa de dolor y beber) y al dominio I (dificultad para comer) respectivamente. Es de notar que la mayoría de los padres y tutores tiende a subestimar el impacto en la calidad de vida de sus niños por causas odontológicas. Según el estudio de Abanto J y cols el mayor impacto de la calidad de vida según los padres se da en “dificultad para comer” y luego “afección de la autoconfianza” en niños sin caries. En niños con caries la “dificultad para comer” seguido por “dificultad para dormir” fueron los resultado de mayor puntaje (36). Mientras que en este estudio el “dificultad para comer” tiene el mayor puntaje, y le sigue “dificultad para dormir”.

Es importante destacar la diferencia que existe entre los dos reportes, tomando en consideración que el reporte de los padres es considerablemente bajo en todos sus dominios comparados con el reporte de los niños. También que según las proporciones de las respuestas a lo menos 84% de los padres no percibe un deterioro en la calidad de vida de sus hijos en relación a sus piezas dentarias.

La diferencia en las respuestas entregadas según Rebok y cols. (2001) puede deberse a la etapa de desarrollo la cual están pasando los niños pre-escolares, ya que estos recién se encuentran en una etapa de desarrollo emocional y cognitiva. Y la elaboración de pensamientos más abstractos y desarrollo del autoconcepto se alcanza a los 6 años aproximadamente. Es posible que existan ciertas dificultades por parte del niño, como en la comprensión y en la capacidad de responder preguntas que impliquen relación con la salud y la enfermedad, incluso en captar la atención de este.

Bajo este sistema de medición es posible establecer en base a las respuestas entregadas por padres y niños que, el “consumir alimentos” es una de las actividades que más causa impacto en la CVRSO cuando hay aparición de caries dental.

En el caso de la encuesta de Locus de Control Parental en Prevención de Caries Dental la cual tiene como objetivo percibir las creencias y responsabilidades de salud oral en relación a sus hijos, los puntajes promedio de la encuesta en general (49,39), tomando en cuenta que en la escala de puntaje el valor mínimo y máximo son 13 y 65 respectivamente, hacen referencia a una tendencia a un Locus de Control Interno. Cabe destacar que a pesar de que este puntaje es alto, existen creencias por una parte no menor de los padres y tutores que hablan sobre la calidad disminuida de los dientes desde el momento de su erupción y la consideración de la caries como un evento azaroso, como se observa en el ítem X. Siguiendo la misma línea, se observa también que en el ítem IV se expone que un 40,81% de los padres cree que independiente de las medidas que tomen, sus hijos serán propensos a tener caries dental.

Otro aspecto relevante es la percepción de los padres y tutores respecto a la forma de prevenir la aparición de caries, ya que como se observa en el ítem III, el 15,30% de los padres cree que es responsabilidad del odontólogo prevenir la aparición de estas últimas. De la misma forma en el ítem IX un 15,30% cree que el

cepillado diario no cambiará el hecho de que aparezcan caries. Todo lo expuesto en los resultado puede ser un llamado a la comunidad odontológica para educar a la población respecto a mitos y realidades de cavidad oral y aparición de caries dental, como también respecto a los roles y responsabilidades sobre el cuidado de la salud oral de los niños pre-escolares.

El objetivo principal de este estudio es medir la correlación existente entre estos dos instrumentos. De acuerdo a los resultados se encontró una correlación inversa y débil entre Locus de Control y SOHO-5 total (-0.10) y no es estadísticamente significativa. Del mismo modo se obtuvo la misma correlación inversa y débil en SOHO-5 niños (-0.10) y SOHO-5 padres (-0.10) con Locus de control y estas no eran estadísticamente significativas.

Al observar SOHO-5 padres y SOHO-5 niños, se encontró una correlación directa y débil, con un coeficiente de 0.22. Se puede establecer que hay una debilidad en la relación de las variables. Esto podría explicarse a la falta de desarrollo emocional y cognitivo de los niños encuestados, que acorde a su edad, está en un promedio de 5.6 años.

Los resultados dejan en evidencia que existe una relación inversa y débil entre estos dos instrumentos. Cabe enfatizar que la literatura respecto a la correlación de estos dos instrumentos es inexistente, por lo cual este estudio deja muchas aristas abiertas para ser estudiadas, tales como correlacionarlos con prevalencia de caries, severidad, COPD y otras variables psicosociales para determinar su validez. También se sugiere un estudio con muestras que aborden otros contextos sociales.

CONCLUSIONES

- a. La aplicación del cuestionario SOHO-5 entrega medidas de la calidad de vida asociada a salud oral de niños pre-escolares, sin embargo, como el reporte de niños y padres difieren en las respuestas entregadas, es necesario profundizar en su estudio incluyendo otras variables para así alcanzar mayor validez.
- b. La aplicación del cuestionario de Locus de Control Parental para Prevención de Caries Dental entrega medidas válidas de locus de control en cuidadores de niño/as preescolares.
- c. Se encontró una correlación inversa y débil entre el instrumento Locus de Control Parental para Prevención de Caries Dental y SOHO-5.

BIBLIOGRAFÍA

1. Campbell, A. "*The sense of well-being in america*". McGraw-Hill, New York. 1981
2. Meeberg, G.A. (1993). *Quality of life: A concept analysis*. Journal of Advanced Nursing, 18, 32 – 38.
3. World Health Organization. *WHOQOL - measuring quality of life*. The World Health Organization quality of life instruments. Geneva: World Health Organization; 1997.
4. Pane S, Solans M, Gaité L col. *Instrumento de calidad de vida relacionada con la salud en la edad pediátrica*. Revisión sistemática de literatura: Actualización. Agénciad'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mediques. Barcelona, enero de 2006.
5. Locker, D. & Quiñonez, C. *To what extent do oral disorders compromise the quality of life?* Community Dent. Oral Epidemiol., 39(1):3-11, 2011.
6. Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Reyes-Morales H, De la Fuente-Hernández J, Solórzano-Santos F, García-Peña C. *Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales*. Salud Publica Mex. 2007; 49:173-81.
7. Velázquez-Olmedo L., Ortíz-Barrios, L., Cervantes-Velazquez, A. *Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación*. RevMedInstMex Seguro Soc. 2014;52(4):448-56.
8. World Health Organization. *WHO Oral Health Data Bank*. Geneva: World Health Organization; 2002.
9. Ministerio de Salud, Departamento de Salud Bucal. *Informe Consolidado Diagnóstico Nacional de Salud Bucal de los niños y niñas de 2 y 4 años que participan en la educación parvularia, 2007-2010*. . Santiago, Chile; 2012.
10. Ministerio de Salud. *Diagnóstico Nacional de salud bucal de los niños de 6 años*. Santiago, Chile; 2007.
11. Marsh P, Martin MV, *Adquisition, adherence, distribution and metabolism of the oral microflora*. Oral Microbiology. Oxford. Wright. 1999. p. 35-57.

12. Fejerskov O, *Changing Paradigms in Concepts on Dental Caries: Consequences for Oral Health Care*. Caries Res 2004;38:182-191
13. Kanasi E, Johansson I, Lu SC, Kressin NR, Nunn ME, Kent R, Jr., et al. *Microbial risk markers for childhood caries in pediatricians' offices*. J Dent Res. 2010 Apr; 89(4):378-83.
14. Warren JJ, Weber-Gasparoni K, Marshall TA, Drake DR, Dehkordi-Vakil F, Kolker JL, et al. *Factors associated with dental caries experience in 1-year-old children*. J Public Health Dent. 2008 Spring; 68(2):70-5.
15. Palmer CA, Kent R, Jr., Loo CY, Hughes CV, Stutius E, Pradhan N, et al. *Diet and caries-associated bacteria in severe early childhood caries*. J Dent Res. 2010 Nov;89(11):1224-9.
16. Fejerskov, O., & Kidd, E. A. M. *Dental caries: The disease and its clinical management*. Oxford: Blackwell Munksgaard. P. 7-60, 2008.
17. MINSAL Chile. *II Encuesta de Calidad de Vida y Salud Chile, 2006*.
18. MINSAL., Ceballos M, Acevedo C. *Diagnóstico en Salud Bucal de niños de 2 y 4 años que asisten a la educación preescolar*. Región Metropolitana Santiago; 2007.
19. Feitosa S, Colares V, Pinkham J. *The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil*. CadSaude Publica, 2005 Sep-Oct; 21(5): 1550-1556.
20. Díaz Reissner, C. V.; Casas García, I.; Roldán Merino, J. *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, 2017.
21. Theunissen NC, Vogels TG, Koopman HM et al. *The proxy problem: child report versus parent report in health-related quality of life research*. QualLife Res 1998; 7: 387–397.
22. Hetherington EM, Parke RD, Locke VO. *Child Psychology: A contemporary Viewpoint*. New York: The McGraw-Hill Companies; 1999

23. Sawyer M, Antoniou G, Toogood I, Rice M. *A comparison of parent and adolescent reports describing the health-related quality of life of adolescents treated for cancer*. Int J Cancer 1999; 12(Suppl): S39–S45.
24. Brondani, M., MacEntee M. “*Thirty years of portraying oral health through models: what have we accomplished in oral health-related quality of life research?*”. Qual Life Res (2014) 23:1087–1096. Oct. 2014.
25. Locker D, Jokovic A. Three-year changes in selfperceived oral health status in an older Canadian population. J Dent Res 1997; 76:1292-7.
26. McGrath C, Broder H, Wilson-Genderson M. Assessing the impact of oral health on the quality of life children: implications for research and practice. CommunityDent Oral Epidemiol2004; 32:81-5.
27. Minayo MC, Hartz ZM, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. CiencSaúdeColet2000; 5:7-18.
28. Bordoni Noemí, Ciaravino Octavio, Zambrano Olga, Villena Rita, Beltran-Aguilar Eugenio, Squassi Aldo. *Early childhood oral health impact scale (ECOHIS): Translation and validation in spanish language*. Acta odontol. latinoam.
29. López Ramos RP, García Rupaya CR, Villena-Sarmiento R, Bordoni NE. *Cross cultural adaptation and validation of the Early Childhood Health Impact Scale (ECOHIS) in Peruvian preschoolers*. Dentistry School, Cayetano Heredia University, Lima, Perú. 2013.
30. Tsakos, G., Blair, Y. I., Yusuf, H., Wright, W., Watt, R. G., & Macpherson, L. M. D. (2012). *Developing a new self-reported scale of oral health outcomes for 5-year-old children (SOHO-5)*.
31. Marró Freitte ML, Candiales de Castillo YM, Cabello Ibacache R, Urzúa Araya I, Rodríguez Martínez G. *Aspectos sobre la medición del impacto de la caries dental en la calidad de vida de las personas: Artículo de revisión*. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 2013
32. Baelum V. *Dentistry and population approaches for preventing dental diseases*. J Dent. 2011 Dec; 39 Suppl 2:S9-19.

33. Reisine S, Litt M. *Social and psychological theories and their use for dental practice*. . Int Dent J. 1993; 43:279-87.
34. Lencova E, Pikhart H, Broukal Z, Tsakos G. *Relationship between parental locus of control and caries experience in preschool children - cross-sectional survey*. BMC Public Health. 2008; 8:208.
35. Coronado L., "Validación de instrumentos para evaluar autoeficacia y locus de control en cuidadores primarios de preescolares relacionado con el desarrollo de caries dental". Biblioteca digital Facultad de Medicina, Univ. De Chile. 2016
36. Abanto J, Tsakos G, Martins S, Goursand D, Procida D, Bönecker M. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Brazilian version of the scale of oral health outcomes for 5-year-old children (SOHO-5). Health and Quality of Life Outcomes 2013; 11:16

ANEXOS

1. Consentimiento informado
2. Cuestionario SOHO-5 en su versión español versión para niños
3. Cuestionario SOHO-5 en su versión español versión para padres
4. Cuestionario Locus de Control Parental en Prevención de Caries Dental

Anexo 1



CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIGIDO A LOS PADRES O TUTORES DE LOS PRE-ESCOLARES (edición ENERO 2016)

Proyecto de investigación: **“Validación de la versión en español del instrumento SOHO 5 para evaluar calidad de vida relacionada con salud bucal en niños preescolares”**

Este estudio es dirigido por la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, ubicada en Sergio Livingstone 943, de la comuna de Independencia en Santiago. **El objetivo es validar la versión en español de una encuesta diseñada en inglés para la recolección de información respecto de la calidad de vida relacionada con salud bucal en niños de 5 años.** En este estudio podrán participar padres y niños y niñas de 5 años de edad que no hayan recibido atención odontológica por los últimos 6 meses, que no posean enfermedades generales y que vivan con uno de sus padres al menos. La participación de su hijo (a) permitirá conocer la utilidad de esta encuesta para la futura construcción de políticas públicas que beneficien a los niños y niñas de nuestro país. **La participación es totalmente voluntaria**, no se recibe dinero por participación y **una vez aceptada la inclusión en el estudio se puede retractar y retirar sin consecuencia absoluta.** Los riesgos de la participación, dado los procedimientos, son muy bajos y se pueden controlar. Se realizarán algunas preguntas. Los niños que participen del estudio serán sometidos a un examen bucal en el jardín infantil mediante el uso de instrumental de examen convencional cumpliendo todas las normas de bioseguridad para procedimientos de este tipo y este examen será realizado por un odontólogo calibrado. La información recolectada será desvinculada de la identificación del niño, por lo tanto será información anónima y

los resultados serán utilizados estrictamente para el cumplimiento del objetivo del estudio. Quienes sean identificados como portadores de problemas de salud bucal recibirán un informe de su estado de salud bucal, orientación y derivación en función de la política pública y/o servicio correspondiente para resolver los posibles problemas.

Cualquier consulta del proyecto por favor contactar a **Dr. Rodrigo Cabello Ibacache (rcabello@odontología.uchile.cl)** al teléfono 2-9781742. Este trabajo ha sido aprobado por el comité de ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile que es presidido por el Dr. Eduardo Fernández F. (cec.fouch@odontologia.uchile.cl).

Yo estoy dispuesto(a) a que mi hijo(a) pueda participar en el estudio. He leído la información descrita y mis preguntas acerca del estudio han sido respondidas satisfactoriamente. Al firmar esta copia, indico que tengo un entendimiento claro del proyecto.

Firma

.....

Al representante del sujeto de investigación he entregado información sobre el estudio, y en mi opinión esta información es precisa y suficiente para que el padre o madre entienda completamente la naturaleza, los riesgos y beneficios del estudio, y los derechos que tiene en tanto sujeto de investigación. No ha existido coerción ni ha actuado bajo influencia alguna.

Nombre del Investigador: _____

Firma del Investigador: _____ Fecha: _____

Anexo 2

SOHO 5: INSTRUMENTO PARA DETERMINAR LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD BUCAL.

CUESTIONARIO: VERSIÓN PARA NIÑO

ENTREVISTADOR: “Te haré algunas preguntas sobre tus dientes y sobre cualquier problema con ellos. Por favor dime si es que no entiendes una pregunta

Preguntas de dolor de dientes

ENTREVISTADOR: “Comenzaré con preguntas sobre si tus dientes duelen o están dañados”.

ENTREVISTADOR: Por favor muestre la tarjeta A y B de explicaciones

A para las preguntas 1-3, mientras explica la forma de marcar y da un ejemplo (Luego, marque con un *tick* la respuesta relevante para cada pregunta a continuación). *En las instrucciones siguientes, diga “adolorido” o “dañado”, lo que parezca adecuado para cada niño/a en particular*

“Para cada pregunta, te mostraré una tarjeta con tres caras. Si no has tenido problemas o no has tenido dientes adoloridos, entonces elige la cara feliz. Si has tenido un pequeño problema o tu diente ha dolido un poco, entonces puedes elegir la cara intermedia. Si has tenido un gran problema, o tu diente ha estado muy adolorido, entonces elige la cara triste. Indica la cara que muestre cuánto duelen tus dientes.”

¿Te dolieron los dientes cuando te estaban apareciendo en la boca?

- NO
- UN POCO
- MUCHO

¿Te duelen los dientes **ahora** (distinto al dolor de cuando te aparecieron los dientes en la boca)?

- NO
- UN POCO
- MUCHO

¿Te han dolido los dientes alguna vez?

- NO
- UN POCO
- MUCHO

Preguntas sobre Actividades diarias

ENTREVISTADOR: “Ahora, te preguntaré sobre tus dientes y las cosas que haces todos los días como jugar, comer, hablar”.

ENTREVISTADOR: Por favor muestre la tarjeta B para las preguntas 4 a 12, mientras explica cómo marcarlas y da un ejemplo:

“Para cada pregunta, te mostraré una tarjeta con tres caras. Si no has tenido problema, entonces elige la cara feliz, si has tenido un pequeño problema entonces puedes elegir la cara intermedia y si has tenido un gran problema, entonces elige la cara triste. Quiero saber qué cara es la que mejor muestra cómo te sientes en relación a tus dientes”.

¿Ha sido **alguna vez** difícil para ti **comer** por causa de tus dientes?

- NO
- UN POCO
- MUCHO

¿Ha sido **alguna vez** difícil para ti **beber** por causa de tus dientes?

- NO
- UN POCO
- MUCHO

¿Ha sido **alguna vez** difícil para ti **hablar** por causa de tus dientes?

- NO
- UN POCO
- MUCHO

¿Ha sido **alguna vez** difícil para ti **jugar** por causa de tus dientes?

- NO
- UN POCO
- MUCHO

¿Has dejado de **sonreír** alguna vez porque tus dientes te dolieran?

- NO
- UN POCO
- MUCHO

¿Ha sido **alguna vez** difícil para ti **dormir** por causa de tus dientes?

- NO
- UN POCO
- MUCHO

¿Cuán contento (feliz) estás con tus dientes?

- Nada de contento
- Un poco contento
- Muy contento

¿Tienes algún hoyo en tus dientes?

- SI
- NO
- No lo se

CARD A

En las instrucciones siguientes, diga “adolorido” o “dañado”, lo que parezca adecuado para cada niño/a en particular.

Instrucciones para las preguntas 1-4

“Para cada pregunta, te mostraré una tarjeta con tres caras. Si no has tenido problemas o no has tenido dientes adoloridos, entonces elige la cara feliz. Si has tenido un pequeño problema o tu diente ha dolido un poco, entonces puedes elegir la cara intermedia. Si has tenido un gran problema, o tu diente ha estado muy adolorido, entonces elige la cara triste.”

Indica la cara que muestre cuánto duelen tus dientes.



NO



UN POCO



MUCHO

CARD B

Instrucciones para las preguntas 4-12

“Para cada pregunta, te mostraré una tarjeta con tres caras. Si no has tenido problema, entonces elige la cara feliz, si has tenido un pequeño problema entonces puedes elegir la cara intermedia y si has tenido un gran problema, entonces elige la cara triste. Quiero saber qué cara es la que mejor muestra cómo te sientes en relación a tus dientes”.



NO



UN POCO



MUCHO

Anexo 3

SOHO 5: INSTRUMENTO PARA DETERMINAR LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD BUCAL.

CUESTIONARIO: VERSIÓN PARA PADRES O TUTORES

Muchas gracias por aceptar participar en este estudio.

Sería de gran ayuda si usted pudiera contestar algunas preguntas sobre de los dientes de su hijo/hija y acerca de cómo estos afectan su capacidad para desempeñar actividades básicas del día a día. A continuación de estas preguntas, seguirán otras más acerca de cómo la salud dental de su hijo/hija afecta a la familia.

Por favor, tenga en cuenta que no existen respuestas correctas o incorrectas.

Preguntas sobre el dolor dental de su hijo/hija.

Esta sección contiene preguntas acerca de si su hijo/hija ha experimentado dolor dental y acerca de cuan fuerte fue el dolor. Por favor, marque la respuesta más apropiada en la escala a continuación.

1.- ¿Su hijo/a experimentó algún dolor o molestia mientras le salían sus dientes?

Si

No

2.a.-¿Su hijo/a ha tenido dolor dental en el pasado (Que no sea aquel relacionado con el dolor asociado a la erupción dentaria)?

Si (dirijase a pregunta 2b) No (dirijase a pregunta 3a)

2.b.- Si fue así, ¿qué tan fuerte cree usted que fue ese dolor?

Dolor leve

Dolor moderado

Dolor severo

Dolor muy severo

3.a.-¿Su hijo/a tiene actualmente dolor dental (Que no sea aquel relacionado con el dolor asociado a la erupción dentaria)?

Sí (diríjase a pregunta 3.b)

No (diríjase a pregunta 4)

3.b.- Si es así, ¿qué tan fuerte cree usted que es ese dolor?

Dolor leve

Dolor moderado

Dolor severo

Dolor muy severo

Preguntas sobre la salud dental de su hijo y el efecto que tienen sus dientes en su vida diaria.

Ahora nos gustaría saber más acerca de los dientes y la boca de su hijo/a y cómo éstos afectan su vida diaria. Por favor marque la respuesta que considere más apropiada en las escalas a continuación.

4.- Su hijo/a, ¿ha tenido alguna vez alguna dificultad para comer debido a sus dientes?

No, en absoluto

Un poco

Moderadamente

Mucho

Muchísimo

No sé

5.- Su hijo/a, ¿ha tenido alguna vez alguna dificultad para hablar debido a sus dientes?

No, en absoluto

Un poco

Moderadamente

Mucho

Muchísimo

No sé

6.- Su hijo/a, ¿ha tenido alguna vez alguna dificultad para jugar debido a sus dientes?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo	No sé

7.- Su hijo/a, ¿ha evitado alguna vez sonreír debido a la apariencia de sus dientes?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo	No sé

8.- Su hijo/a, ¿ha evitado alguna vez sonreír debido al estado de sus dientes (agujeros en sus dientes, dolor)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo	No sé

9.- ¿Alguna vez se ha visto afectada la auto-confianza de su hijo/a, por causa de sus dientes?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo	No sé

10.- ¿Alguna vez se ha visto afectada la auto-confianza de su hijo/a, por causa de sus dientes?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo	No sé

Preguntas sobre el efecto de la salud dental de su hijo/a sobre usted y su familia.

Nos gustaría saber más acerca de la forma en que los dientes y la boca de su hijo puedan haber afectado la vida familiar. Por favor, coloque una marca en la casilla correspondiente

En relación a la salud dental de su hijo/a, con qué frecuencia.....	Nunca	Una o dos veces	A veces	A menudo	Todos los días o casi todos los días	No sé
11.- ¿Ha tenido usted, o el otro apoderado, que tomarse días libres del trabajo?						
12.- ¿La salud dental de su hijo/hija ha causado dificultades económicas para su familia?						
13.- ¿Ha requerido su hijo/hija más atención suya o de su otro apoderado?						
14.- ¿Usted o el otro padre han tenido menos tiempo para sí mismos o para los otros miembros de la familia?						
15.-¿ Se ha visto interrumpida su hora de dormir o la del otro apoderado?						
16.- ¿Se han visto interrumpidas sus actividades familiares normales?						
17.- ¿Se ha sentido molesto/a usted, o el otro apoderado?						
18.- ¿ Se ha sentido culpable Ud. o el otro apoderado?						
19.- ¿Se ha sentido estresado/a o inquieto/a usted o el otro apoderado?						
20.- ¿Se ha sentido usted incomodo/a en lugares públicos?						
21.- ¿Ha discutido su hijo/hija con usted o con el otro apoderado?						
22.- ¿Ha estado celoso/a su hijo/hija de usted o de otro miembro de la familia?						
23.- ¿El estado de su hijo/hija ha causado discusiones o conflictos en la familia?						
24.- Le ha culpado su hijo/hija a usted o al otro apoderado?						

Finalmente, quisiéramos hacerle algunas preguntas generales sobre la salud dental de su hijo/a.

25.- En general, ¿cómo calificaría la salud dental de su hijo?

- Pobre
- Regular
- Buena
- Muy buena
- Excelente

26.- En general, ¿cuán contento está con la salud dental de su hijo?

- Muy infeliz
- Infeliz
- Ni feliz ni infeliz
- Feliz
- Muy feliz

27.- Usted cree que su hijo/a necesita algún tipo de tratamiento dental debido al estado de sus dientes (agujeros en los dientes, dolor)?

- Sí
- No
- No sé

Anexo 4

Locus de Control Riesgo de Caries en Pre-escolares					
A continuación se le entregara una serie de aseveraciones, donde usted debe responder que tan de acuerdo está respecto a ellas.					
	Alternativas				
Preguntas	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Como familia, estamos convencidos de que podemos la probabilidad de que nuestro niño/a tenga caries dental.					
2. Es nuestra responsabilidad como padres prevenir que nuestro niño/a tenga caries dental.					
3. Es responsabilidad del dentista prevenir que nuestro niño/a tenga caries dental					
4. Independiente de lo que hagamos, nuestros niño/a es propenso a tener caries dental.					
5. Podemos prevenir la caries dental en nuestro niño/a, reduciendo alimentos y bebidas azucaradas entre comidas.					
6. Sucede que los niños tienen caries dental porque sí.					
7. Podemos prevenir que nuestro niño/a tenga caries dental, si cepillamos o ayudamos a cepillar sus dientes dos veces al día.					
8. Si nuestro niño/a tiene caries dental, es por azar.					
9. El que ayudemos a nuestro niño/a a cepillarse todos los días, no cambiará					

el hecho de que tenga caries dental.					
10. Sucede que algunas personas tienen naturalmente dientes más débiles.					
11. Como familia intentamos controlar la frecuencia con que nuestro niño/a consume alimentos o líquidos azucarados entre comidas.					
12. Si nuestro niño tiene caries dental, es por mala suerte.					
13. El dentista es la persona más adecuada para prevenir la caries dental en nuestro niño/a.					

Anexo 5



ACTA DE APROBACION DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Aprobación del comité de ética

Acta De Aprobación De Protocolo De Estudio 2015/14

“Validación de la versión en español del instrumento SOHO 5 para evaluar calidad de vida relacionada con salud bucal en niños preescolares”.

1. Miembros del Comité Ético-Científico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile participantes en la aprobación del Proyecto:

Dr. Eduardo Fernández Godoy
Presidente CEC

Dr. Marco Cornejo O.
Vicepresidente CEC

Sra. Paulina Navarrete C.
Secretaria Ejecutiva CEC

Dr. Alfredo Molina B.
Miembro Alterno

Dr. Roberto La Rosa H.
Miembro permanente del CEC

Dr. Mauricio Baeza Paredes
Miembro permanente del CEC

2. Fecha d Aprobación: 23 -12-2015

Titulo completo del proyecto: “Validación de la versión en español del instrumento SOHO 5 para evaluar calidad de vida relacionada con salud bucal en niños preescolares”.

3. Investigador responsable: Rodrigo Cabello Ibacache

4. Institución Patrocinante: Universidad de Chile

5. Documentación Revisada:

- Proyecto
- Consentimiento Informado (CI)
- Currículo del investigador responsable y Coinvestigadores
- Nómina de los coinvestigadores y colaboradores directos de la investigación.
- Material que se utilizará como por ejemplo: encuestas, métodos de reclutamiento de participantes, material que se entregará a los participantes, entre otros.
- Carta de aceptación de la autoridad o autoridades administrativas de los establecimientos donde se realizará el estudio.

7.- Carácter de la población: Corresponde a 216 niños de 5 años y a sus respectivos padres y apoderados.

8.- Fundamentación de la aprobación

El proyecto fue revisado por el Comité Ético Científico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile y no presenta reparos éticos, todos los miembros declararon no tener conflictos de intereses, se ajusta a las normas de investigación en seres humanos. El formulario del consentimiento informado cumple con los requisitos exigidos y los antecedentes curriculares del investigador principal garantizan la ejecución del estudio clínico dentro de los marcos éticamente aceptables. Este estudio hace referencia a la utilidad de la información obtenida a partir de los datos del estudio y su aporte social que podría ser relevante en las políticas públicas de salud nacional.

En consecuencia, el Comité Ético Científico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, Aprueba por unanimidad de sus miembros el estudio: **“Validación de la versión en español del instrumento SOHO 5 para evaluar calidad de vida relacionada con salud bucal en niños preescolares”**; bajo la conducción del Dr. Rodrigo Cabello Ibacache del Depto. Odontología Restauradora. Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

El Dr. Rodrigo Cabello ha tomado compromiso de enviar a este Comité las cartas de compromiso de los Directores de los colegios reclutados en el estudio, así como los documentos de encuesta a realizar en los estudiantes.

El Dr. Rodrigo Cabello asume el compromiso de enviar a este Comité cualquier enmienda realizada durante la ejecución del protocolo y una copia del Informe final de resultados. Este Comité se reserva el derecho de monitorear este proyecto si lo considera necesario y el investigador deberá, bajo mutuo acuerdo, presentar los antecedentes solicitados.

Este Comité se reserva el derecho de monitorear este proyecto si lo considera necesario y el investigador deberá, bajo mutuo acuerdo, presentar los antecedentes solicitados

Dicho estudio se llevará a cabo en establecimientos educacionales, bajo la supervisión del Dr. Rodrigo Cabello, como Investigador Principal.

C/C.
Investigador
Principal.
Secretaría C.E.C.


Dr. Eduardo Fernández Godoy
Presidente CEC

