

Instrumentos validados para medir la salud bucal en los niños

Validated instruments for measuring the oral health in children

Paulina Muñoz Mújica

Odontóloga, Cirujana Dentista, Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, Universidad Nacional Autónoma de México, León, Guanajuato, México

Fátima del Carmen Aguilar Díaz, Odontóloga, Maestra en Ciencias Odontológicas, Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, Universidad Nacional Autónoma de México, León, Guanajuato, México

Javier de la Fuente Hernández, Cirujano Dentista, Maestro en Ciencias, Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, Universidad Nacional Autónoma de México, León, Guanajuato, México

Harumi Shimada Beltrán, Bióloga, Doctora en Ciencias, Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, Universidad Nacional Autónoma de México, León, Guanajuato, México

Laura Susana Acosta Torres, Doctora en Ciencias Odontológicas, Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, Universidad Nacional Autónoma de México, León, Guanajuato, México

Acceda a este artículo en siicasalud


Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



www.siicasalud.com/dato/arsic.php/139632

Recepción: 19/12/2013 - Aprobación: 2/1/2014
Primera edición, www.siicasalud.com: 30/10/2014

Enviar correspondencia a: Paulina Muñoz Mújica, Blvd UNAM 2011, 36969, León, Guanajuato, México
paulinamm87@hotmail.com

 Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores.

Abstract

There is a growing interest in recognizing oral health as a component of quality of life. The dentistry is not only focusing on research for rehabilitating oral-dental diseases, but also in exploring the relationship between oral health status and quality of life, in order to evaluate, improve and maintain it. Oral diseases are the most common chronic diseases and remain a major public health problem. This is because of its prevalence and, the impact on individuals and society. For this reason have been developed questionnaires for children and their parents or caregivers to measure the impact of oral conditions on quality of life, with different domains including: pain and inability to perform normal functions of the mouth, sleep disturbances, loss of school days, degree of emotional, social well-being and the impact generated by these conditions in family life. Therefore, the aim of the present systematic review is to show a current overview of the concept of oral health-related quality of life in children and the different instruments that exist around the world for evaluate it.

Key words: dental public health, pediatric dentistry, validation of instruments, perception in oral health

Resumen

Existe un creciente interés en reconocer la salud bucal como un componente de la calidad de vida, por lo cual actualmente los esfuerzos en la investigación del sector odontológico no sólo se enfocan en rehabilitar padecimientos bucodentales, sino en explorar la relación existente entre el estado de salud bucal y la calidad de vida, para poder evaluarla, mejorarla y mantenerla. Las enfermedades bucales son las más comunes entre las enfermedades crónicas, y son un importante problema de salud pública debido a su prevalencia y al impacto que tienen sobre las personas y sobre la sociedad. Es por esto que han sido desarrollados cuestionarios dirigidos a la población infantil y a sus padres o cuidadores para medir el impacto de las afecciones bucales en la calidad de vida; estos indicadores comprenden diferentes dominios como el dolor y la incapacidad para realizar las funciones normales de la boca, trastornos del sueño, pérdida de días escolares, grado de bienestar emocional, bienestar social y el impacto que generan estas afecciones en la vida familiar. Es por esto que el objetivo de la presente revisión sistemática es mostrar un panorama actual sobre el concepto de calidad de vida relacionada con la salud bucal en los niños y los diferentes instrumentos que existen a nivel mundial para evaluarla.

Palabras clave: salud pública bucal, odontología infantil, validación de instrumentos, percepción en salud bucal

Introducción

En últimos años ha existido un creciente interés en reconocer la salud bucal como un componente de la calidad de vida (CV), por lo que ahora los esfuerzos en la investigación del sector odontológico se centran en rehabilitar padecimientos bucodentales y en explorar la relación existente entre el estado de salud bucal y la calidad de vida. Las enfermedades bucales son consideradas un importante problema de salud pública debido a su prevalencia y al impacto que tienen sobre los individuos y la sociedad.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que del 60% al 90% de los escolares de todo el mundo tienen caries dental, por lo cual el gasto en salud representa del 5% al 10% para los países de ingresos

altos.² Aunado a esto, el gasto que generan las afecciones bucales en los niños se traduce en ausentismo escolar, pérdidas de días laborales de los padres y gasto económico familiar.³

El término calidad de vida fue utilizado por primera vez por el economista británico Cecil Pingou en 1920. Más tarde, después de la Segunda Guerra Mundial, este término fue expandiéndose a otros ámbitos como la sociología, las ciencias políticas y la salud, entre otros campos.⁴ Dentro del área de la salud el concepto de CV es difícil de definir, ya que abarca un universo multidimensional, referido a eventos que son de carácter predominantemente subjetivo y están en constante evolución, lo que implica el uso de juicios personales y sociales.⁵ El concepto de CV fue introducido y estudiado por primera vez en el área de la salud en pacientes con enfermedades neoplásicas.⁶ De manera simple, la CV relacionada con la salud (CVrS) puede definirse como el impacto que una enfermedad y su tratamiento tienen sobre la percepción del paciente en su bienestar.⁷

Agradecimiento

Los autores del presente artículo agradecen al Lic. Luis Daniel González Espejel por su asesoramiento en lengua inglesa. A la Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, UNAM, por brindar su infraestructura para la búsqueda de información. Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México, por el apoyo financiero como becario.

En lo que concierne al área odontológica, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVrSB) se refiere al impacto de las principales afecciones bucales en la vida diaria de los individuos, así como las limitantes en las funciones normales del aparato estomatognático.⁸ Para evaluar esta condición, durante varias décadas se han elaborado indicadores que miden esta interacción, los cuales son cuestionarios diseñados principalmente para adultos mayores, mientras que son de desarrollo reciente los indicadores para los niños;⁹ estos indicadores comprenden diferentes dominios, entre ellos: el dolor y la incapacidad para realizar las funciones normales, los trastornos del sueño, la pérdida de días escolares y el bienestar emocional y social de los niños.¹⁰ Las afecciones bucales que han sido evaluadas por la CV son principalmente caries dental, maloclusión, traumatismos dentales⁹ y fluorosis.¹¹ La caries dental tiene un impacto negativo en los niños, ya que causa dolor, dificultad para masticar, disminución del apetito, pérdida de peso, trastornos del sueño, irritabilidad, baja autoestima y disminución del rendimiento escolar.¹² En lo que respecta a la maloclusión, su impacto en calidad de vida está relacionado principalmente con el ámbito psicosocial,¹³ en el cual los niños presentan dificultad para sonreír debido a la posición de sus dientes. La CV se ve afectada en los niños que han sufrido traumatismos dentales graves, debido a la presencia de dolor e incapacidad, así como cambios de coloración en los órganos dentales afectados. Estas alteraciones son limitantes para realizar sus actividades diarias de manera normal y comprometen el dominio de la autopercepción.¹⁴ La fluorosis dental causa alteraciones en la apariencia de los órganos dentales, lo cual trae consigo una alteración en la autopercepción, el bienestar social y emocional de los niños, generando sensaciones de incomodidad, así como dificultades para sonreír e interactuar con otros individuos.¹⁰ Evaluar el impacto de la CVrSB en los niños es de gran importancia para promover políticas públicas de salud que atiendan las necesidades de la población y concienticen a los padres o cuidadores sobre el impacto de las afecciones bucales en la CV de sus hijos. Es por esto que el objetivo de la presente revisión sistemática es mostrar un panorama actual sobre el concepto de CVrSB en los niños y los diferentes instrumentos que existen a nivel mundial para evaluarla.

Para la búsqueda de las fuentes bibliográficas que conforman la presente revisión sistemática se localizaron 100 artículos científicos, originales y de revisión de las bases de datos: Pubmed, *Sciencedirect* y *Research Gate*, usando las palabras clave: *oral health-related quality of life, measuring health-related quality of life, assessment of oral health related quality of life, oral health related quality of life in children*. De los artículos revisados, fueron seleccionados aquellos cuyo contenido hiciera referencia a la validación y adaptación a diferentes idiomas de instrumentos para evaluar la CVrSB en la población infantil, así como aquellos que dieran las bases conceptuales del tema de interés.

Calidad de vida y salud bucal: perspectiva de padres y niños

La relación de los niños con sus padres se forja desde antes del nacimiento, por lo cual, si los padres son partícipes en todo el proceso de aprendizaje de sus hijos, asumirán mejor sus funciones y responsabilidades desde las etapas más tempranas de la vida, teniendo un beneficio claro en la salud bucal de sus hijos.¹⁵ De

acuerdo con Rohr y Bagramian, la CV en niños difiere de la mayoría de los adultos en dos formas importantes: a) los niños no tienen una autorregulación del comportamiento en relación con la promoción de la salud y b) la atención sanitaria es responsabilidad de sus padres o cuidadores.¹⁶

Se ha informado que la autopercepción se forja en los niños escuchando y observando a sus padres o cuidadores. Para un niño, tener una buena autoestima y autopercepción significa:¹⁷ sentirse bien con su cuerpo; reconocer y estar orgulloso de su género; contar con un bienestar emocional adecuado, sintiéndose parte de su núcleo familiar; sentirse capaz de realizar cualquier actividad; tener la seguridad de que sus necesidades de cualquier tipo serán cubiertas.

Instrumentos y cuestionarios

Los instrumentos utilizados para medir la CVrSB son construidos como cuestionarios autoaplicados en la mayoría de los casos, compuestos por una serie de preguntas que abarcan las diferentes dimensiones de la CV, como la limitación funcional, el bienestar emocional, el bienestar social, la percepción de síntomas bucales, el ambiente en la escuela, trastornos del sueño, nivel de autopercepción y de autoestima.¹⁸

En el caso de los niños de 5 años de edad, los instrumentos que existen para medir la CVrSB son generalmente respondidos por los padres,¹⁹ los cuales detectan las afecciones bucales no necesariamente por la expresión de dolor de sus hijos, sino por el cambio en sus patrones de sueño y alimentación. Existen diversas problemáticas para medir el nivel de CVrSB de manera convencional en los niños pequeños, debido al dominio del idioma, la capacidad para establecer escalas de dolor, para detectar las limitaciones funcionales, el bienestar social y emocional, y para lograr identificar lo saludable de lo no saludable.²⁰ Debido a su dificultad para expresar el dolor y los síntomas bucales con precisión, dadas sus condiciones cognitivas, son los padres quienes interpretan el dolor en sus hijos.¹⁷ A medida que pasa el tiempo, los niños desarrollan rápidamente sus destrezas mentales, y aprenden mejores formas de describir sus experiencias sus ideas, sus sentimientos²¹ y su perspectiva de salud,²² pero necesitan del apoyo de sus padres para comprender y descifrar los síntomas bucales.

Child Perceptions Questionnaire

En 2002 Jokovic y colaboradores desarrollaron el *Child Perceptions Questionnaire* (CPQ), el primer instrumento que mide la CVrSB en los niños, con un rango de edad de 8 a 10 años,²³ y de 11 a 14 años;²⁴ ambos cuestionarios abarcan las dimensiones de: síntomas bucales, limitación funcional, bienestar social y bienestar emocional. La versión de 8 a 10 años consta de 29 preguntas y un tiempo de recuerdo de cuatro semanas, mientras que la versión de 11 a 14 años cuenta con 37 preguntas y un tiempo de recuerdo de tres meses. Las respuestas se registran en una escala Likert, donde 0 = nunca, 1 = una o dos veces, 2 = a veces, 3 = a menudo, y 4 = todos los días o casi todos los días. El puntaje máximo es de 100 y el mínimo de 0 para el CPQ8-10. Las respuestas para el CPQ11-14 se registran en una escala y tienen un rango posible de la suma de respuestas de 0 a 103; esto quiere decir que, a mayor puntaje, peor CV. El tiempo de recuerdo es de tres meses. Las respuestas se registran al igual que en el CPQ 8-10 y CPQ 11-14 en una escala de Likert de 0 a 4. El CPQ11-14 ha sido modificado a versiones cortas de 16 y 8 preguntas.²⁵

Tabla 1.

| Nombre | Acrónimo | Autores | País | Año | Preguntas | Dominios |
|--|----------------------|---------------------|-------------|------|-----------|---|
| <i>Child Perception Questionnaire 11-14</i> ²⁴ | CPQ ₁₁₋₁₄ | Jokovic A y col. | Canadá | 2002 | 37 | <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas bucales • Limitación funcional • Bienestar emocional • Bienestar social |
| <i>Child Perception Questionnaire 8-10</i> ²³ | CPQ ₈₋₁₀ | Jokovic A y col. | Canadá | 2002 | 29 | <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas bucales • Limitación funcional • Bienestar emocional • Bienestar social |
| <i>Child-Oral Impact Daily Performance</i> ²⁹ | Child-OIDP | Gherunpong S y col. | Tailandia | 2004 | 8 | <ul style="list-style-type: none"> • Comer • Hablar • Higiene bucal • Dormir • Emocional • Sonreír • Estudiar • Contacto social |
| <i>Child Oral Health Impact Profile</i> ²⁶ | COHIP | Slade D y col. | Australia | 2007 | 34 | <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas orales • Bienestar funcional • Bienestar emocional • Ambiente en la escuela • Auto percepción |
| <i>Family Impact Scale</i> ³⁰ | FIS | Stein y Riessman | EE.UU. | 1983 | 27 | <ul style="list-style-type: none"> • Carga económica • Impacto social • Impacto familiar • Tensión personal • Estrés causado por la enfermedad |
| <i>Parental Perceptions of Child Oral Health-related Quality of Life</i> ³⁵ | P-CPQ | Jokovic A y col. | Canadá | 2003 | 46 | <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas orales • Bienestar funcional • Bienestar emocional • Ambiente en la escuela • Auto percepción |
| <i>Early Childhood Oral Health Impact Scale</i> ³⁷ | EOHIS | Pahel BT y col. | EE.UU. | 2004 | 13 | <ul style="list-style-type: none"> • Condiciones funcionales psicológicas y sociales |
| <i>Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-old Children</i> ³⁹ | SOHO-5 | Tsakos G y col | Reino Unido | 2012 | 7 | <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para comer, beber, hablar, jugar, dormir, sonreír. • Apariencia de la sonrisa |

Child Oral Health Impact Profile

Slade y colaboradores desarrollaron el cuestionario *Child Oral Health Impact Profile* (COHIP), en Australia, en 2007.²⁶ El cuestionario consta de cinco dominios: la salud oral, el bienestar funcional, el bienestar social y emocional, el entorno escolar y la propia imagen. El COHIP fue diseñado para medir la CVrSB de los niños entre las edades de 8 y 15 años, utiliza ítems formulados tanto positiva como negativamente. Este instrumento se ha utilizado en Francia²⁷ y en los Estados Unidos.²⁸

Child Oral Impact Daily Performance

Gherunpong y colegas, en 2004, adaptaron el cuestionario *Oral Impact Daily Performance* (OIDP), desarrollado originalmente para adultos, a una versión para niños, conocida como *Child Oral Impact Daily Performance* (Child-OIDP);²⁹ en el cual se realizaron ajustes en el lenguaje, cambios en la secuencia de las preguntas, disminución del tiempo de recuerdo a tres meses, simplificación la escala de medición, optando por utilizar la escala Likert de 0-3, así como la incorporación de gráficos para hacer el cuestionario más amigable y atractivo a los niños. El Child-OIDP mide principalmente ocho áreas: comer, hablar, higiene bucal, dormir, emocional, sonreír, estudiar, contacto social.

Family Impact Scale

Stein y Riessman³⁰ desarrollaron el cuestionario *Family Impact Scale* (FIS) para medir el impacto de las afecciones bucales de los niños de 5 a 6 años en el sistema familiar, el cual es contestado por los padres de familia. El FIS comprende 27 ítems, toma aproximadamente 10 minutos

contestarlo, y puede ser utilizado como un cuestionario, cuando la capacidad de lectura es adecuada o cuando se aplica en forma de entrevista.³¹ Las dimensiones que evalúa el FIS son: 1) carga económica, o el grado en que la enfermedad cambia la situación económica de la familia; 2) el impacto social o la calidad y la cantidad de interacción con otras personas fuera de la familia inmediata; 3) el impacto familiar, que se refiere a la calidad de interacción dentro de la unidad familiar; 4) la tensión personal, la carga subjetiva experimentada por el cuidador principal, y 5) cómo hacer frente a las estrategias empleadas por la familia para dominar el estrés de una enfermedad o la discapacidad del niño. Todos los artículos tienen una escala de cuatro puntos estándar que van desde totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo. El valor total de la FIS se calcula mediante la suma de todos los puntajes de los ítems, el cual puede variar de 0 a 56, una mayor puntuación indica un mayor grado de impacto de las condiciones bucales del niño sobre el desempeño de los padres o cuidadores y la familia en su conjunto. El FIS ha sido utilizado en Brasil,³² Turquía³³ y China.³⁴

Parental Perceptions of Child Oral Health-related Quality of Life

En 2003 Jokovic y su equipo desarrollaron el *Parental Perceptions of Child Oral Health-related Quality of Life* (P-CPQ) como complemento de los cuestionarios CPQ8-10 y CPQ 11-14 que son dirigidos a los niños. El P-CPQ es respondido por los padres de familia con hijos en edades comprendidas de los 6 a los 14 años. El P-CPQ está conformado por 46 ítems y un tiempo de recuerdo de tres meses, abarca los dominios de: bienestar social, bienestar emocional, presencia de síntomas orales y limita-

Tabla 2.

| Cuestionario | Idioma | País | Año | Edad población | Consistencia interna (alfa de Cronbach) | Confiabilidad prueba reprobada |
|----------------------|-----------|----------------------------------|------|----------------|---|--|
| CPQ ₁₁₋₁₄ | Árabe | Arabia Saudita ⁴² | 2006 | 11-14 | 0.81 | 0.65 ^a |
| | Portugués | Brasil ⁴³ | 2008 | 11-14 | 0.86 | 0.85 ^a |
| | Portugués | Brasil ⁴⁴ | 2009 | 11-14 | 0.95 | 0.92 ^a |
| | Alemán | Alemania ⁴⁵ | 2012 | 11-14 | 0.87 | 0.83 ^a |
| | Inglés | Reino Unido ⁴⁶ | 2005 | 11-14 | 0.87 | 0.83 ^a |
| | Danés | Dinamarca ⁴⁷ | 2009 | 11-14 | 0.87 | NI |
| | Chino | China ⁴⁸ | 2008 | 11-14 | 0.79 | NI |
| | Chino | China ⁴⁹ | 2007 | 11-14 | 0.89 | 0.88 ^a |
| CPQ ₈₋₁₀ | Español | México ⁴⁹ | 2011 | 8-10 | 0.89 | 0.67 ^a |
| | Inglés | Reino Unido ⁵⁰ | 2006 | 8-10 | 0.90 | 0.65 ^a |
| | Portugués | Brasil ⁵¹ | 2009 | 8-10 | 0.95 | 0.96 ^a |
| | Danés | Dinamarca ⁴⁷ | 2009 | 8-10 | 0.82 | NI |
| | Bosnio | Bosnia-Herzegovina ⁵² | 2012 | 8-10 | NI | NI |
| Child-OIDP | Español | Perú ⁵³ | 2008 | 8-10 | 0.62-0.65 | 0.85 ^a |
| | Canarés | India ⁵⁴ | 2013 | 11-12 | 0.60 | 0.85 ^a |
| | Inglés | Reino Unido ⁵⁵ | 2006 | 10-11 | 0.58 | 0.82 kappa |
| | Portugués | Brasil ⁵⁶ | 2008 | 11-14 | 0.63 | 0.79 ^a |
| | Swahili | Tanzania ⁵⁷ | 2007 | 13 | 0.77 | 0.8 y 1 ^b |
| | Malayo | Malasia ⁵⁸ | 2012 | 11-12 | 0.80 | 0.84 ^b |
| | Francés | Francia ⁵⁹ | 2005 | 10 | 0.57 | 0.75 ^b |
| | Español | España ⁶⁰ | 2010 | 11-12 | 0.68 | 0.98 ^a |
| | Hebreo | Israel ⁶¹ | 2013 | 6-11 | NI | NI |
| COHIP | Persa | Iran ⁶² | 2013 | 13-18 | 0.89 | NI |
| | Coreano | Corea ⁶³ | 2012 | 8-15 | 0.88 | 0.88 ^a |
| ECOHIS | Inglés | Estados Unidos ⁶⁴ | 2007 | 5 | 0.95 | 0.84 |
| | Turco | Turquía ⁶⁵ | 2011 | 5-6 | 0.93 | 0.86 ^a |
| | Persa | Irán ⁶⁶ | 2010 | 2-5 | 0.93 | 0.82 ^a 0.81 ^b |
| | Chino | China ⁶⁷ | 2009 | 0-5 | 0.91 | 0.64 ^a |
| | Francés | Francia ⁶⁸ | 2008 | 0-5 | 0.82 | 0.95 ^a |
| | Lituano | Lituania ⁶⁹ | 2012 | 0-5 | 0.869 | 0.98 ^a |
| | Portugués | Brasil ⁷⁰ | 2012 | 2-5 | 0.86 | 0.94 ^a |
| SOHO-5 | Portugués | Brasil ⁷¹ | 2013 | 5-6 | 0.90 niños 0.77 padres | 0.92 niños 0.98 padres |
| | Turco | Turquía ⁷² | 2009 | 1-9 | 0.90 | 0.95 ^a |
| FIS | Chino | China ⁷³ | 2007 | NR | 0.82 | 0.87 ^a |
| | Portugués | Brasil ³⁷ | 2009 | 11-14 | 0.79 | 0.83 ^a |
| P-CPQ | Portugués | Brasil ⁷⁴ | 2007 | NR | 0.82 | 0.83 ^a |
| | Español | Perú ³⁶ | 2007 | NR | 0.82 | 0.83 ^a |

NI, no informada; ^a, coeficiente de correlación intraclase; ^b, kappa ponderada.

ción funcional. Las respuestas se registran en una escala Likert, donde 0 = nunca, 1 = una o dos veces, 2 = a veces, 3 = a menudo, y 4 = todos los días o casi todos los días. El puntaje máximo es de 80 y el mínimo de 0.³⁵ El P-CPQ ha sido utilizado en Perú³⁶ y Brasil.³⁷

Early Childhood Oral Health Impact Scale

En 2006, Pahel y colegas desarrollaron el *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS),³⁸ el cual consta de 13 preguntas diseñadas para evaluar el impacto de los problemas relacionados con las experiencias de tratamientos bucales en la CV de preescolares de 2 a 5 años y de su familia. Las respuestas tienen una escala Likert en la que: 1 = nunca, 2 = casi nunca, 3 = ocasionalmente, 4 = frecuentemente, 5 = muy frecuentemente. Un puntaje alto en el resultado de ECOHIS sugiere una calidad de vida desfavorable. El ECOHIS se ha utilizado en los Estados Unidos.³⁸

Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-Old Children

La *Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-Old Children* (SOHO-5) fue desarrollada por Tsakos y colaboradores en el Reino Unido en 2012,³⁹ este instrumento brinda información sobre el impacto que tienen las afecciones

bucales en la CVrSB de niños menores de 5 años, el SOHO-5 está conformado por una sección dirigida a los niños, la cual contiene siete ítems y evalúa la dificultad para comer, beber, hablar, jugar, dormir, sonreír y la apariencia de la sonrisa. Las respuestas se disponen en una escala numérica donde no = 0, un poco = 1, mucho = 2. Para facilitar la comprensión de las respuestas por parte de los niños, el SOHO-5 se apoya en una tarjeta que explica las respuestas por medio de una escala de dolor representada por imágenes de caras. Los ítems dirigidos a los padres son siete y evalúan la dificultad que tienen sus hijos para comer, jugar, hablar, dormir, evitar sonreír por dolor, por la apariencia de su sonrisa y la alteración en su autoconfianza. Las respuestas se disponen en una escala numérica en la cual nada = 0, un poco = 1, moderadamente = 2, mucho = 3, demasiado = 4; la respuesta "no sé" no se usa en la forma de autoaplicación, ésta es empleada cuando el cuestionario se aplica en modo de entrevista. Los resultados se obtienen sumando todas las respuestas. Un puntaje más alto indica un mayor impacto de las afecciones bucales sobre la CV de los niños.

Para facilitar la identificación de los diversos instrumentos que existen para evaluar la CVrSB en los niños, en la Tabla 1 se aprecia un resumen que abarca los autores, el número de preguntas y los dominios que evalúa cada instrumento. Los instrumentos usados para medir la CVrSB en los niños se

han desarrollado principalmente en los países angloparlantes, lo que genera la necesidad de validarlos y adaptarlos culturalmente al español.⁴⁰ Cada vez son más los instrumentos de CVrSB adaptados y validados en diferentes idiomas. Este proceso es importante, ya que una traducción insustancial de un cuestionario puede crear una interpretación errónea del fenómeno a estudiar debido a las diferencias culturales entre la población en la que fue creado el instrumento y en la población en la que será usado.⁴¹ En la Tabla 2 se presenta la lista de cuestionarios que han sido adaptados y validados a diferentes idiomas, así como los resultados de la consistencia interna y de prueba-reprueba, los cuales nos indican la confiabilidad que tienen estos instrumentos para poder ser aplicados en la población y obtener mediciones certeras que se aproximen a la realidad estudiada; con esto, investigadores de todo el mundo podrán tener conocimiento sobre los diversos instrumentos que ya puede ser aplicados en las distintas poblaciones.

Conclusión

La CVrSB es un área del conocimiento odontológico que se ha desarrollado rápidamente en los últimos años; en lo que respecta a la población infantil, la creación de

cuestionarios ha hecho posible obtener mediciones sobre el impacto de las enfermedades bucales en la CV y representa un instrumento importante para los profesionales de la salud. La adaptación y validación de los cuestionarios a otros idiomas ha brindado la posibilidad de evaluar la población infantil alrededor del mundo.

Otro de los grandes aportes que se han realizado en el campo de la investigación de CVrSB es la creación de cuestionarios aplicables a preescolares, al unir las perspectivas del niño y del padre de familia.

Los resultados obtenidos de estas mediciones son útiles para encaminar la toma de decisiones en la prestación de servicios de salud bucal, la cual no debe estar sólo encaminada a dar atención clínica, también debe considerar la integración de las necesidades sociales en salud bucal, tomando en cuenta el daño que las afecciones bucales causan en el desempeño de la vida diaria en los niños y sus familias.

Esto permitirá lograr una participación en la promoción de la salud bucal por parte de los profesionales de la odontología y de la sociedad, ya que las experiencias que adquieran los niños en la vida temprana pueden influir en sus futuras actitudes y el comportamiento relacionado con su salud bucal.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2014
www.siic.com

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Lista de abreviaturas y siglas

CV, calidad de vida; OMS, Organización Mundial de la Salud; CVrS, calidad de vida relacionada con la salud; CVrSB, concepto de calidad de vida relacionada con la salud bucal; CPQ, *Child Perceptions Questionnaire*; COHIP, *Child Oral Health Impact Profile*; OIDP, *Oral Impact Daily Performance*; Child-OIDP, *Child Oral Impact Daily Performance*; FIS, *Family Impact Scale*; P-CPQ, *Parental Perceptions of Child Oral Health-related Quality of Life*; ECOHIS, *Early Childhood Oral Health Impact Scale*; SOHO-5, *Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-Old Children*.

Cómo citar este artículo

Muñoz Mújica P, Aguilar Díaz FC, de la Fuente Hernández J, Shimada Beltrán H, Acosta Torres LS. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en niños. *Salud i Ciencia* 20(8):846-51, Oct 2014.

How to cite this article

Muñoz Mújica P, Aguilar Díaz FC, De la Fuente Hernández J, Shimada Beltrán H, Acosta Torres LS. Validated instruments for measuring the oral health in children. *Salud i Ciencia* 20(8):846-51, Oct 2014.

Autoevaluación del artículo

La calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVrSB) es un concepto multidimensional que mide el impacto de las enfermedades bucales en la vida diaria de las personas. Las mediciones se llevan a cabo mediante cuestionarios que abarcan diferentes dimensiones y son útiles para encaminar la toma de decisiones en la prestación de servicios de salud bucal.

¿Cuáles son las principales dimensiones que abarcan los cuestionarios que miden la CVrSB en niños?

A, Limitación funcional, bienestar emocional y social; B, Comportamiento escolar; C, Bienestar; D, Felicidad; E, Social, síntomas bucales, autopercepción, trastornos del sueño y el lenguaje.

Verifique su respuesta en www.siic.com/dato/evaluaciones.php/139632

Bibliografía

1. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization* 83(9):644-644, 2005.
2. Organización Mundial de la Salud. [Internet] Salud bucodental. Actualizado: Febrero de 2007; Consultado: Octubre 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es>.
3. Gift HC, Reisine TS, Larach DC. The social impact of dental problems and visits. *Am J Public Health* 82:1663-8, 1992.
4. Schawartzmann L. Calidad de vida relacionada a la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería* 9(2):9-21, 2003.
5. Slade GD. Measuring oral health and quality of life. En *Background and Rationale for the Conference*. 1997.
6. Leplege A, Hunt S. The problem of quality of Life in Medicine. *JAMA* 278:47-50, 1997.
7. Gift HC, Reisine TS, Larach DC. The social impact of dental problems and visits. *Am J Public Health*

(82):1663-8, 1992.

8. Al Shamrany M. Oral health-related quality of life: a broader perspective. *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale* 12:894-901, 2006.
9. Abanto JA, Bônecher M, Raggio DP. Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida de niños. *Rev Estomatol Herediana* 20:38-43, 2010.
10. Locker D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. *Measuring oral health and quality of life*. Pp. 11-24, 1997.
11. Do LG, Spencer A. Oral health-related quality of life of children by dental caries and fluorosis experience. *J Public Health Dent* 67:132-139, 2007.
12. Ayhan H, Suskan E, Yildirim S. The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference. *J Clin Pediatr Dent* 20:209-212, 1996.
13. O'Brien C, Benson PE, Marshman Z. Evaluation of a quality of life measure for children with malocclusion. *J Orthod* 34:185-93, 2007.
14. Alvarez JHA. Impacto das doenças e desordens

- bucais na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares e de seus pais [Doctoral dissertation]. Universidade de São Paulo. 95 p. 2009.
15. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. [Internet]. Desarrollo Psicosocial de los niños y las niñas. Actualizado: Julio de 2004; Consultado Octubre 2013. Disponible en: <http://www.unicef.org/colombia/conocimiento/desarrollopsico.htm>.
16. Rohr Inglehart M, Bagramian RA, editores. *Health-related quality of life*. Michigan: Quintessence Books, 2002.
17. Laporte D. Autoimagen, autoestima y socialización, guía práctica con niños de 0 a 6 años. Narcea S.A. de Ediciones, Madrid, España, 2006.
18. Wallander JL, Schmitt M. *Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments and applications*. *Journal of Clinical Psychology* 57(4):571-585, 2001.
19. Barbosa TS, Gavião MB. Oral health-related quality of life in children: part III. Is there agreement bet-

- ween parents in rating their children's oral health related quality of life? A systematic review. *Int J Dent Hyg* 6:108-13, 2008.
22. Rebok G, Riley A, Forrest C y col. Elementary school-aged children's reports of their health: A cognitive interviewing study. *Quality of Life Research* 10:59-70, 2001.
23. National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities. [Internet] Consejos de crianza positiva para el desarrollo saludable del niño. Actualizado: 18 de julio de 2014; Consultado Octubre 2013. Disponible en: <http://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/childdevelopment/positiveparenting/index.html>.
24. Harter S, Pike R. The pictorial scale of perceived competence and acceptance for young children. *Child Dev* 55:1969-1982, 1984.
25. Jokovic A, Locker D, Tompson B, Guyatt G. Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight- to ten-year-old children. *Pediatr Dent* 26:512-518, 2004.
26. Locker D, Jokovic A, Tompson B, Prakash P. Is the Child Perceptions Questionnaire for 11-14 year olds sensitive to clinical and self-perceived variations in orthodontic status? *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 35:179-185, 2007.
27. Jokovic A, Locker D, Guyatt G. Short forms of the Child Perceptions Questionnaire for 11-14-year-old children (CPQ11-14): development and initial evaluation. *Health Qual Life Outcomes* 1:4, 2006.
28. Slade GD, Reisine ST. The child oral health impact profile: current status and future directions. *Community Dent Oral Epidemiol* 35:50-53, 2007.
29. Tubert-Jeannin S, Pegon-Machet E, Gremeau-Richard C, Lecuyer MM, Tsakos G. Validation of a French version of the Child-OIDP index. *Eur J Oral Sci* 113:355-362, 2005.
30. Dunlow N, Phillips C, Broder HL. Concurrent validity of the COHIP. *Community Dent Oral Epidemiol* 35:41-49, 2007.
31. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the CHIL-ODIP. *Community Dent Health* 21:161-169, 2004.
32. Stein RE, Riessman CK: The development of an impact-on-family scale: preliminary findings. *Med Care* 18:465-472, 1980.
33. Stein RE, Jessop DJ: The impact on family scale revisited: further psychometric data. *J Dev Behav Pediatr* 24:9-16, 2003.
34. Barbosa TS, Duarte Gavião MB. Evaluation of the Family Impact Scale for use in Brazil. *J Appl Oral Sci* 17:397-403, 2009.
35. Bek N, Simsek EI, Erel S, Yakut Y, Uygun F. Turkish version of impact on family scale: a study of reliability and validity. *Health and Quality of Life Outcomes* 7:4, 2009.
36. McGrath C, Pang HN, Lo EC, King NM, Hägg U, Samman N. Translation and evaluation of a Chinese version of the Child Oral Health-related Quality of Life measure. *Int J Paediatr Dent* 18:267-74, 2008.
37. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Measuring parental perceptions of Child Oral Health-related Quality of Life. *J Public Health Dent* 63:67-72, 2003.
38. Albitres U, Abanto J, Bönecker M, Paiva SM, Aguilar-Gálvez D, Castillo JL. Parental-caregiver perceptions of child oral health-related quality of life (P-CPQ): Psychometric properties for the Peruvian Spanish language. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 19:e220, 2014.
39. Goursand D, Paiva SM, Zarzar PM, Pordeus IA, Allison PJ. Measuring Parental-Caregiver Perceptions of Child Oral Health-Related Quality of Life: psychometric properties of the Brazilian version of the P-CPQ. *Braz Dent J* 20:169-174, 2009.
40. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECHOHS). *Health Qual Life Outcomes* 30:6, 2007.
41. Tsakos G, Blair YI, Yusuf H, Wright W, Watt RG, L Macpherson L. Developing a new self-reported scale of oral health outcomes for 5-year-old children (SOHO-5). *Health and Quality of Life Outcomes* 10:62, 2012.
42. Rajmil L, Estrada MD, Herdman M, Serra-Sutton V, Alonso J. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gaceta Sanitaria* 15:34-43, 2001.
43. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública Mex* 55:57-66, 2013.
44. Brown A, Al-Khayal Z. Validity and reliability of the Arabic translation of the child oral-health-related quality of life questionnaire (CPQ11-14) in Saudi Arabia. *Int J Paediatr Dent* 16:405-411, 2006.
45. Goursand D, Paiva SM, Zarzar PM, Ramos-Jorge ML, Cornacchia GM, Pordeus IA, Allison PJ. Cross-cultural adaptation of the Child Perceptions Questionnaire 11-14 (CPQ11-14) for the Brazilian Portuguese language. *Health Qual Life Outcomes* 14(6):2, 2008.
46. Barbosa TS, Tureli MC, Gavião MB. Validity and reliability of the Child Perceptions Questionnaires applied in Brazilian children. *BMC Oral Health* 18:9-13, 2008.
47. Bekes K, John MT, Zyriax R, Schaller HG, Hirsch C. The German version of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ-G11-14): translation process, reliability, and validity in the general population. *Clin Oral Invest* 16:165-171, 2012.
48. Marshman Z, Rodd H, Stern M, Mitchell C, Locker D, Jokovic A, Robinson PG. An evaluation of the Child Perceptions Questionnaire in the UK. *Community Dent Health* 151-155, 2005.
49. Wogelius P, Gjørup H, Haubek D, Lopez R, Poulsen S. Development of Danish version of child oral-health-related quality of life questionnaires (CPQ8-10 and CPQ11-14). *BMC Oral Health* 2:9-11, 2009.
50. Li XJ, Huang H, Lin T, Huang GM. Validation of a Chinese version of the child perception questionnaire. *Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi* 26:267-70, 2008.
51. McGrath C, Pang HN, Lo EC, King NM, Hägg U, Samman N. Translation and evaluation of a Chinese version of the Child Oral Health-related Quality of Life measure. *Int J Paediatr Dent* 18:267-274, 2008.
52. Del Carmen Aguilar-Díaz F, Irigoyen-Camacho ME. Validation of the CPQ8-10ESP in Mexican school children in urban areas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 1:e430-435, 2001.
53. O'Brien K, Wright J. The Child Perception Questionnaire is valid for malocclusion in the United Kingdom. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 129:536-540, 2006.
54. Martins MT, Ferreira FM, Oliveira AC y col. Preliminary validation of the Brazilian version of the Child Perceptions Questionnaire 8-10. *Eur J Paediatr Dent* 10:135-140, 2009.
55. Hadzipsic-Nazdrjic A. Validation of the Child Perceptions Questionnaire 8-10 in Bosnia and Herzegovina. *Mater Sociomed* 24:157-161, 2012.
56. Bernabé E, Sheiham A, Tsakos G. A comprehensive evaluation of the validity of Child-OIDP: further evidence from Peru. *Community Dent Oral Epidemiol* 36:317-325, 2008.
57. Agrawal N, Pushpanjali K, Garg AK. The cross cultural adaptation and validity of the child-OIDP scale among school children in Karnataka, South India. *Community Dent Health* 30:124-126, 2013.
58. Yusuf H, Gherunpong S, Sheiham A, Tsakos G. Validation of an English version of the Child-OIDP index, an oral health-related quality of life measure for children. *Health Qual Life Outcomes* 1:4:38, 2006.
59. Castro R, Cortes M, Leão A y col. Child-OIDP index in Brazil: Cross-cultural adaptation and validation. *Health and Quality of Life Outcomes* 6:68, 2008.
60. Mtaya M, Aström AN, Tsakos G. Applicability of an abbreviated version of the Child-OIDP inventory among primary schoolchildren in Tanzania. *Health Qual Life Outcomes* 13(5):40, 2007.
61. Yusuf ZY, Jaafar N, A Malay version of the Child Oral Impacts on Daily Performances (Child-OIDP) index: assessing validity and reliability. *Health Qual Life Outcomes* 8(10):63, 2012.
62. Tubert-Jeannin S, Pegon-Machet E, Gremeau-Richard C, Lecuyer MM, Tsakos G. Validation of a French version of the Child-OIDP index. *Eur J Oral Sci* 113:355-62, 2005.
63. Cortés-Martínicorena FJ, Rosel-Gallardo E, Artazcoz-Osés J, Bravo M, Tsakos G. Adaptation and validation for Spain of the Child-Oral Impact on Daily Performance (C-OIDP) for use with adolescents. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 15:e106-111, 2010.
64. Kushnir D, Natapov L, Ram D, Shapira J, Gabai A, Zusman SP. Validation of a Hebrew version of the Child-OIDP index, an oral health-related quality of life measure for children. *Oral Health Prev Dent* 4:323-330, 2013.
65. Asgari I, Ahmady AE, Broder H, Eslamipour F, Wilson-Genderson M. Assessing the oral health-related quality of life in Iranian adolescents: validity of the Persian version of the Child Oral Health Impact Profile (COHIP). *Oral Health Prev Dent* 11:147-54, 2013.
66. Ahn YS, Kim HY, Hong SM, Patton LL, Kim JH, Noh HJ. Validation of a Korean version of the Child Oral Health Impact Profile (COHIP) among 8- to 15-year-old school children. *Int J Paediatr Dent* 22:292-301, 2012.
67. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECHOHS). *Health Qual Life Outcomes* 30:36, 2007.
68. Peker K, Uysal Ö, Bermeck G. Cross - cultural adaptation and preliminary validation of the Turkish version of the early childhood oral health impact scale among 5-6-year-old children. *Health Qual Life Outcomes* 22:9-118, 2011.
69. Jabarifar SE, Golkari A, Ijadi MH, Jafarzadeh M, Khadem P. Validation of a Farsi version of the early childhood oral health impact scale (F-ECHOHS). *BMC Oral Health* 6:10-14, 2010.
70. Lee GH, McGrath C, Yiu CK, King NM. Translation and validation of a Chinese language version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECHOHS). *Int J Paediatr Dent* 19:399-405, 2009.
71. Li S, Veronneau J, Allison PJ. Validation of a French language version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECHOHS). *Health Qual Life Outcomes* 22:6-9, 2008.
72. Jankauskienė B, Narbutaitė J, Kubilius R, Gleiznys A. Adaptation and validation of the early childhood oral health impact scale in Lithuania. *Stomatologija* 14:108-113, 2012.
73. Martins-Júnior PA, Ramos-Jorge J, Paiva SM, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Validations of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECHOHS). *Cad Saude Publica* 28:367-374, 2012.
74. Abanto J, Tsakos G, Paiva MS, Goursand D, Raggio PD, 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). *Quality of Life Outcomes* 11:16, 2013.
75. Bek N, Simsek EI, Erel S, Yakut Y, Uygun F. Turkish version of impact on family scale: a study of reliability and validity. *Health and Quality of Life Outcomes* 7:4, 2009.
76. McGrath C, Pang HN, Lo EC, King NM, Hägg U, Samman N. Translation and evaluation of a Chinese version of the Child Oral Health-related Quality of Life measure. *Int J Paediatr Dent* 18:267-274, 2008.
77. Goursand D, Paiva SM, Zarzar PM, Pordeus IA, Allison PJ. Family Impact Scale (FIS): psychometric properties of the Brazilian Portuguese language version. *Eur J Paediatr Dent* 10:141-146, 2009.

Curriculum Vitae abreviado de la autora



Paulina Muñoz Mújica. Cirujana Dentista por la Universidad de Guanajuato, Guanajuato, México. Equipo editorial del sitio web Conocimientosweb.net. Desarrolladora del sitio web Edukativos.com.