

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA**  
**ESCUELA DE POSTGRADO**  
**MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA E INNOVACIÓN**



**VALIDACIÓN Y PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE *SHORT FORM***  
***OF THE CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE FOR CHILDREN***  
***AGED 11 TO 14 YEARS* EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICA**  
**DE TACNA, 2024**

**TESIS**

**Presentada por:**

**Bach. José André Vidal Arias**  
**ORCID: 0009-0008-3502-5079**

**Asesor:**

**Dr. Gilber Chura Quispe**  
**ORCID: 0000-0002-3467-2695**

**Para obtener el grado académico de:**  
**MAESTRO EN INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA E INNOVACIÓN**  
**TACNA – PERÚ**  
**2026**



**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA**  
**ESCUELA DE POSTGRADO**  
**MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA E INNOVACIÓN**



**VALIDACIÓN Y PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE *SHORT FORM***  
***OF THE CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE FOR CHILDREN***  
***AGED 11 TO 14 YEARS* EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICA**  
**DE TACNA, 2024**

**TESIS**

**Presentada por:**

**Bach. José André Vidal Arias**  
**ORCID: 0009-0008-3502-5079**

**Asesor:**

**Dr. Gilber Chura Quispe**  
**ORCID: 0000-0002-3467-2695**

**Para obtener el grado académico de:**  
**MAESTRO EN INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA E INNOVACIÓN**  
**TACNA – PERÚ**

**2026**

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA**  
**ESCUELA DE POSTGRADO**  
**MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA E INNOVACIÓN**

**Tesis**

“VALIDACIÓN Y PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE *SHORT FORM OF THE CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE FOR CHILDREN AGED 11 TO 14 YEARS* EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICA DE TACNA, 2024”

Presentada por:

Bach. José André Vidal Arias

Tesis sustentada y aprobada el 12 de enero del 2026; ante el siguiente jurado examinador:

**PRESIDENTA:** **Dra. Cecilia Claudia Montesinos Valencia**

**SECRETARIO:** **Mag. Fernando Joel Rosario Quiroz**

**VOCAL:** **Mag. Hugo Javier Rivera Herrera**

**ASESOR:** **Dr. Gilber Chura Quispe**

## DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, José André Vidal Arias, en calidad de Egresado de la Maestría en Investigación Científica e Innovación de la Escuela de Postgrado de la Universidad Privada de Tacna, identificado con DNI 70081725.

Soy autor de la tesis titulada:

VALIDACIÓN Y PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE *SHORT FORM OF THE CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE FOR CHILDREN AGED 11 TO 14 YEARS* EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICA DE TACNA, 2024, con asesor: Dr. Gilber Chura Quispe.

DECLARO BAJO JURAMENTO

Ser el único autor del texto entregado para obtener el grado académico de Maestro en Investigación Científica e Innovación, y que tal texto no ha sido entregado ni total ni parcialmente para obtención de un grado académico en ninguna otra universidad o instituto, ni ha sido publicado anteriormente para cualquier otro fin. Así mismo, declaro no haber trasgredido ninguna norma universitaria con respecto al plagio ni a las leyes establecidas que protegen la propiedad intelectual.

Declaro, que después de la revisión de la tesis con el software Turnitin se declara 01% de similitud, además que el archivo entregado en formato PDF corresponde exactamente al texto digital que presento junto al mismo.

Por último, declaro que para la recopilación de datos se ha solicitado la autorización respectiva a la empresa u organización, evidenciándose que la información presentada es real y soy conocedor de las sanciones penales en caso de infringir las leyes del plagio y de falsa declaración, y que firmo la presente con pleno uso de mis facultades y asumiendo todas las responsabilidades de ella derivada.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a LA UNIVERSIDAD cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra o invención presentada. En consecuencia, me hago responsable frente a LA UNIVERSIDAD y a terceros, de cualquier daño que pudiera ocasionar, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar como causa del trabajo presentado, asumiendo

todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello en favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontrasen causa en el contenido de la tesis, libro o invento. De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Privada de Tacna.

Lugar y fecha: Tacna, 12 de enero del 2026



---

José André Vidal Arias

70081725

**DEDICATORIA**

A mis queridos padres, pilares eternos en mi vida, cuyo apoyo inagotable, sabias enseñanzas y ejemplo constante de entrega y perseverancia han sido fundamentales en cada etapa de mi formación. A mi hermana, por ser siempre luz y alegría en los momentos más desafiantes. A mi pareja, quien, con amor paciente, fortaleza y comprensión, supo acompañarme en cada paso hacia esta importante meta. Este triunfo es también suyo, pues sin su cariño y aliento no lo hubiese alcanzado.

### **AGRADECIMIENTOS**

Al Dr. Gilber Chura, cuya invaluable orientación académica y rigor metodológico fueron esenciales para culminar con éxito este camino.

Al Mag. Fernando Rosario, por despertar en mi la pasión por la investigación en psicometría y brindarme las herramientas necesarias para desarrollarla con rigor.

A mis amigos, quienes brindaron alegría, comprensión y compañerismo durante toda esta etapa.

A todos ustedes, infinitas gracias por haber hecho posible este logro.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA .....	vii
AGRADECIMIENTOS .....	viii
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	ix
ÍNDICE DE TABLAS .....	xii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiii
ÍNDICE DE APÉNDICES .....	xiv
RESUMEN .....	xv
ABSTRACT .....	xvi
INTRODUCCIÓN .....	17
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA .....	19
1.1 Planteamiento del problema.....	19
1.2 Formulación del problema .....	22
1.2.1 Interrogante principal.....	22
1.2.2 Interrogantes secundarias .....	22
1.3 Justificación de la investigación .....	22
1.4 Objetivos de la investigación .....	24
1.4.1 Objetivo general .....	24
1.4.2 Objetivos específicos .....	24

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....	26
2.1    Antecedentes de la investigación.....	26
2.2    Bases Teóricas .....	30
2.2.1    Calidad de vida.....	30
2.2.2    Salud Oral.....	32
2.2.3    Calidad de vida y salud oral .....	34
2.2.4    Modelos teóricos de calidad de vida relacionada con la salud.....	35
2.2.5    Cuestionario de percepciones infantiles.....	47
2.3    Definición de conceptos.....	50
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO .....	53
3.1    Hipótesis.....	53
3.1.1    Hipótesis general .....	53
3.1.2    Hipótesis específicas.....	54
3.2    Operacionalización de variables.....	55
3.3    Tipo de investigación.....	56
3.4    Nivel de investigación.....	56
3.5    Diseño de investigación .....	56
3.6    Ámbito y tiempo social de la investigación .....	56
3.7    Población y muestra.....	56
3.7.1    Unidad de estudio .....	56
3.7.2    Población.....	56
3.7.3    Muestra .....	57
3.8    Procedimiento, técnicas e instrumentos .....	58
3.8.1    Procedimiento.....	58
3.8.2    Técnicas .....	59

3.8.3 Instrumentos .....	59
CAPÍTULO IV: RESULTADOS .....	62
4.1 Descripción del trabajo de campo .....	62
4.2 Diseño de la presentación de los resultados .....	63
4.3 Resultados .....	64
4.4 Comprobación de hipótesis .....	96
4.5 Discusión de resultados.....	100
CONCLUSIONES .....	111
RECOMENDACIONES .....	113
REFERENCIAS .....	115
APÉNDICE .....	128

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> <i>Operacionalización de calidad de vida relacionada con la salud oral ..</i>	55
<b>Tabla 2</b> <i>Análisis cualitativo de la validación a través de juicio de expertos .....</i>	64
<b>Tabla 3</b> <i>Análisis cuantitativo de la validación a través de juicio de expertos .....</i>	73
<b>Tabla 4</b> <i>Análisis descriptivo de los ítems .....</i>	77
<b>Tabla 5</b> <i>Matriz de correlaciones policóricas de los ítems .....</i>	82
<b>Tabla 6</b> <i>Índices de ajuste del análisis factorial confirmatorio .....</i>	84
<b>Tabla 7</b> <i>Cargas factoriales de los modelos analizados .....</i>	87
<b>Tabla 8</b> <i>Análisis de consistencia interna de los modelos declarados .....</i>	91
<b>Tabla 9</b> <i>Validez convergente mediante análisis de correlación de Pearson .....</i>	93
<b>Tabla 10</b> <i>Validez discriminante por criterio de Fornell &amp; Larcker .....</i>	93
<b>Tabla 11</b> <i>Validez discriminante a través de enfoque Heterotrait-Monotrait .....</i>	94
<b>Tabla 12</b> <i>Puntos de corte obtenidos a partir de los percentiles .....</i>	95

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> <i>Representación gráfica del modelo de Wilson y Cleary</i> .....	35
<b>Figura 2</b> <i>Representación gráfica del modelo teórico de Sischo y Broder</i> .....	40
<b>Figura 3</b> <i>Dimensiones del modelo teórico de Sischo y Broder</i> .....	42
<b>Figura 4</b> <i>Análisis cuantitativo de la validación a través de juicio de expertos</i> ....	75
<b>Figura 5</b> <i>Distribución de respuestas por ítem</i> .....	79
<b>Figura 6</b> <i>Distribución de media, desviación estándar, asimetría y curtosis</i> .....	79
<b>Figura 7</b> <i>Índice de homogeneidad corregido, comunalidades y consistencia</i> .....	80
<b>Figura 8</b> <i>Representación gráfica de las correlaciones policóricas</i> .....	83
<b>Figura 9</b> <i>Representación gráfica análisis factorial confirmatorio modelo 1</i> .....	88
<b>Figura 10</b> <i>Representación gráfica análisis factorial confirmatorio modelo 2</i> .....	88
<b>Figura 11</b> <i>Representación gráfica análisis factorial confirmatorio modelo 3</i> .....	89
<b>Figura 12</b> <i>Representación gráfica análisis factorial confirmatorio modelo 4</i> .....	89

## ÍNDICE DE APÉNDICES

<b>APÉNDICE 1:</b> MATRIZ DE CONSISTENCIA .....	129
<b>APÉNDICE 2:</b> INSTRUMENTO CPQ 11-14 ISF:16.....	132
<b>APÉNDICE 3:</b> INSTRUMENTO SWFLS .....	134
<b>APÉNDICE 4:</b> INSTRUMENTO CPQ 11-14 ISF:8.....	135
<b>APÉNDICE 5:</b> PERMISOS PARA EL USO DE INSTRUMENTOS .....	136
<b>APÉNDICE 6:</b> INFORMES DE OPINIÓN DE EXPERTOS .....	138
<b>APÉNDICE 7:</b> CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	160
<b>APÉNDICE 8:</b> ASENTIMIENTO INFORMADO .....	161
<b>APÉNDICE 9:</b> CARTA DE PRESENTACIÓN A LA UGEL TACNA.....	162
<b>APÉNDICE 10:</b> AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LA UGEL TACNA.....	163
<b>APÉNDICE 11:</b> CERTIFICADO DE APROBACIÓN POR PARTE DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA.....	164
<b>APÉNDICE 12:</b> CONSTANCIA DE EJECUCIÓN POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EMBLEMÁTICA CORONEL BOLOGNESI .	165
<b>APÉNDICE 13:</b> CONSTANCIA DE EJECUCIÓN POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SANTÍSIMA NIÑA MARÍA .....	166

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar las evidencias de validez y propiedades psicométricas del instrumento CPQ 11-14 ISF:16 para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud oral en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024. Inicialmente se realizó una validación de contenido por juicio de expertos, empleando una evaluación cualitativa que permitió ajustar aspectos semánticos y una evaluación cuantitativa ( $V$  de Aiken global = 0,94). Posteriormente, el cuestionario fue aplicado a una muestra de 665 estudiantes de educación básica. Los análisis psicométricos incluyeron evaluación descriptiva de ítems, análisis factorial confirmatorio (AFC), consistencia interna y validez convergente y discriminante. Los resultados del AFC indicaron un óptimo ajuste del modelo original de cuatro dominios ( $\chi^2/g1 = 2,75$ ; RMSEA = 0,051; SRMR = 0,051; CFI = 0,989; TLI = 0,986; PNFI = 0,803). La consistencia interna se evaluó a través de  $\alpha$  ordinal,  $\alpha$  Cronbach y  $\omega$  de McDonald, obteniendo resultados entre 0,80 y 0,86. La validez en relación con otras variables se abordó desde la perspectiva convergente, mediante un análisis de correlación con la versión abreviada CPQ 11-14 ISF:8 ( $r = 0,918$ ;  $p < 0,001$ ), y desde la perspectiva discriminante, empleando los criterios de Fornell y Larcker (raíces cuadradas del AVE superiores a las correlaciones interdimensiones) y el análisis HTMT (valores entre 0,103 y 0,149, inferiores al criterio de 0,85). Finalmente, se concluyó que el CPQ 11-14 ISF:16 posee sólidas evidencias de validez y propiedades psicométricas adecuadas, justificando su uso en el contexto peruano.

**Palabras clave:** calidad de vida relacionada con la salud, salud bucal, psicometría, análisis factorial, confiabilidad y validez, encuestas de salud bucal.

## ABSTRACT

The objective of this research was to determine the validity evidence and psychometric properties of the CPQ 11-14 ISF:16 instrument, assessing oral health-related quality of life among elementary school students in Tacna, 2024. Initially, a content validation process was conducted through expert judgment, employing both a qualitative assessment for semantic adjustments and a quantitative evaluation (global Aiken's  $V = 0.94$ ). Subsequently, the questionnaire was administered to a sample of 665 school students. Psychometric analyses included descriptive item analysis, confirmatory factor analysis (CFA), internal consistency, and convergent and discriminant validity assessments. The CFA results showed optimal fit indices for the original four-domain model ( $\chi^2/df = 2.75$ ; RMSEA = 0.051; SRMR = 0.051; CFI = 0.989; TLI = 0.986; PNFI = 0.803). Internal consistency was assessed through ordinal alpha, Cronbach's alpha, and McDonald's omega, yielding values ranging from 0.80 to 0.86. Validity evidence concerning relationships with other variables included convergent validity assessed by correlation analysis with the short version, CPQ 11-14 ISF:8 ( $r = 0.918$ ;  $p < 0.001$ ), and discriminant validity using Fornell-Larcker criteria (square roots of AVE greater than inter-dimension correlations) and the HTMT approach (values between 0.103 and 0.149, below the 0.85 criterion). In conclusion, the CPQ 11-14 ISF:16 demonstrated robust validity evidence and suitable psychometric properties, supporting its use within the Peruvian context.

**Key words:** quality of life, oral health, psychometrics, factor analysis, statistical, reproducibility of results, health surveys.

## INTRODUCCIÓN

La calidad de vida se entiende como una construcción subjetiva moldeada por los sistemas culturales y de valores, reflejando metas, expectativas y estándares personales<sup>1,2</sup>. En este contexto, han surgido herramientas orientadas a la evaluación de la calidad de vida vinculada al estado de salud, conocidas como medidas de resultado informadas por el paciente, destinadas a capturar el impacto psicosocial de una condición de salud o tratamiento desde la perspectiva del paciente, en contraposición al enfoque clínico convencional<sup>3</sup>. Dada la limitación de la evaluación exclusivamente clínica de la salud bucal para capturar el verdadero impacto de los problemas bucales en la vida cotidiana, ha aumentado el interés en el desarrollo y uso de instrumentos evaluadores de calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL) para contextos de investigación<sup>4</sup>.

Mayormente, estos cuestionarios diseñados para evaluar la OHRQoL se centran en adultos, lo que presenta un desafío considerable al intentar medir este aspecto en niños<sup>5,6</sup>. Considerando la variedad de trastornos bucales que pueden afectar negativamente a los niños, específicamente en el ámbito de su calidad de vida, resulta fundamental disponer de herramientas para su medición que capturen adecuadamente los resultados de salud oral en la población infantil y adolescente<sup>7</sup>. Sin embargo, la aplicabilidad de muchos de estos instrumentos se ve comprometida debido a su desarrollo en contextos diferentes al de Perú, principalmente en países anglófonos, lo que subraya la necesidad de una validación psicométrica antes de su implementación en dicho contexto.

Las pautas establecidas para la validación de estos instrumentos delinean un proceso estructurado que incluye diversas etapas diseñadas para asegurar la equivalencia y preservar la calidad. Además, es crucial que estos instrumentos

respalden la exactitud de sus resultados mediante evidencias psicométricas sólidas, estableciéndose, así como estándares para la calidad de las mediciones.

Por lo expuesto anteriormente, la presente investigación fue desarrollada con el propósito de establecer las propiedades psicométricas de *Short Form of the Child Perceptions Questionnaire for Children aged 11 to 14 years* de 16 ítems desarrollado por el método de impacto del ítem (CPQ 11-14 – ISF:16) en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024.

A continuación, se procede a detallar el contenido a abordar en cada una de las secciones que constituyen este estudio.

El Capítulo I, denominado El Problema, aborda la formulación del problema de investigación, los objetivos propuestos, y se expone la relevancia científica que sustenta el desarrollo del presente estudio.

El Capítulo II, denominado Marco Teórico, ofrece los estudios previos de mayor pertinencia vinculados a la temática investigada, junto con una presentación de teorías, conceptos y temas que fundamentan científicamente el trabajo.

El Capítulo III, denominado Marco Metodológico, está orientado a la definición operativa y sistemática de la variable principal analizada en el estudio y a los aspectos metodológicos, detallando el diseño, nivel y tipo de estudio, la muestra seleccionada a partir de una determinada población y las estrategias destinadas a la recopilación y análisis de información.

El Capítulo IV, denominado Resultados, incluye una detallada narrativa secuencial del trabajo de campo realizado, así como el análisis de la data recopilada con su respectiva interpretación, contribuyendo al logro de los objetivos planteados.

Por último, se incluyen las conclusiones de la investigación, recomendaciones, referencias bibliográficas y los apéndices pertinentes, en aras de enriquecer la comprensión del trabajo investigativo presentado.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1 Planteamiento del problema**

Cuando se habla respecto a calidad de vida se debe tener en cuenta el concepto propuesto en el marco conceptual de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que hace referencia al término como la valoración personal subjetiva de una persona sobre su realidad personal, interpretada a partir de los marcos culturales y sociales que configuran su entorno de vida, además del conjunto de principios vinculados a sus aspiraciones, inquietudes y normas<sup>8</sup>. La calidad de vida mantiene un vínculo sustancial con las condiciones de salud bucodental, y existe variedad de instrumentos disponibles para su evaluación. Sin embargo, algunos de ellos como CPQ 11-14 – ISF:16 no cuentan con una versión adaptada para la lengua española en el contexto peruano ni propiedades psicométricas para su adecuada aplicación.

A través del tiempo, diversos investigadores crearon una variedad de instrumentos autoinformados con el objetivo de estimar el nivel de calidad de vida asociada a las condiciones de salud oral, los cuales funcionan como complemento para los resultados de los indicadores clínicos ya establecidos. Entre ellos podemos destacar que el empleado con mayor frecuencia para la población infantil y adolescente es *Child Perceptions Questionnaire for Children aged 11 to 14 years* (CPQ 11-14), el cual ha sido adaptado y validado en diferentes lenguas y poblaciones<sup>9</sup>.

En Canadá, Jokovic et al. (2002) destacaron que las herramientas diseñadas para medir calidad de vida relacionada con el bienestar oral están centradas principalmente en adultos, por lo que se decidió generar un instrumento que esté específicamente dirigido a adolescentes y niños situados en el rango etario de 11 a 14 años, conocido como CPQ 11-14. Dicho instrumento fue sometido a validez,

obteniendo como resultado asociaciones significativas con los puntajes obtenidos en los ítems generales de salud oral y bienestar.

Por lo anteriormente mencionado se afirma que el CPQ 11-14 es válido y confiable para ser utilizado<sup>7</sup>. Sin embargo, debido a que la muestra con la que se trabajó fue netamente conformada por participantes de Canadá, este instrumento solo podía ser aplicado en su país de origen.

En Arabia, Brown y Al-Khayal (2006) adaptaron y validaron a la lengua árabe el CPQ 11-14 en una población de Arabia Saudita. Se obtuvieron relaciones altamente significativas entre las puntuaciones de la escala y las calificaciones globales del mismo instrumento. Los autores concluyen que la adaptación del instrumento es adecuado y fiable para ser aplicado en Arabia Saudita, sin embargo, recomiendan la elaboración de una versión más breve debido a que la mayoría de los participantes recalcaron que el cuestionario era demasiado largo<sup>10</sup>.

En Brasil, Goursand et al. (2008) adaptaron transculturalmente y validaron a la lengua portuguesa la versión completa del CPQ 11-14. Se obtuvo asociaciones significativas entre las dimensiones del instrumento adaptado y el estado de caries, así como también presenta correlaciones de gran magnitud y significativas con los reactivos globales tanto para la escala total como para los cuatro dominios. Los autores concluyen con que dicho instrumento es aplicable en niños de Brasil puesto que la adaptación del instrumento a su realidad presenta satisfactorias propiedades psicométricas<sup>11</sup>. Un año más tarde, Torres et al. (2009) adaptaron transculturalmente y validaron al portugués la versión abreviada del CPQ 11-14 en una población de niños brasileños, en dicho estudio se obtuvieron asociaciones estadísticamente significativas entre los hallazgos orales encontrados y las subescalas de los cuestionarios mencionados, concluyendo así que dichas versiones brasileñas del instrumento abreviado presentan propiedades psicométricas similares a las del instrumento original<sup>12</sup>. A pesar de que existe una adaptación y validación de la versión original y corta del instrumento en una muestra perteneciente a un país latinoamericano, la lengua no se asemeja a la nuestra, por lo que la evidencia resultante de dicho estudio no contribuye a la utilización del instrumento en nuestra realidad.

En Perú, Abanto et al. (2013) realizó una adaptación transcultural del CPQ 11-14 y desarrolló las evidencias métricas del mismo. Las evidencias fueron determinadas mediante la validez de consistencia interna, constructo y fiabilidad con resultados satisfactorios. Se concluyó con que el instrumento presenta buenas propiedades psicométricas por lo que es aplicable en niños peruanos. Sin embargo, en el estudio se destaca también una recomendación similar a la brindada por Brown y Al-Khayal<sup>10</sup>, ya que la autora resalta que se requiere promover y llevar a cabo investigaciones adicionales destinadas a validar la versión más concisa y sencilla de la escala en un contexto poblacional<sup>9</sup>.

En Chile, Franz et al. (2015) realizó una adaptación para la lengua española de CPQ 11-14 así como también el proceso de validación a través de las evidencias métricas de las cuatro versiones abreviadas del instrumento en una población comunitaria chilena. En dicho estudio mediante un AFC se logró confirmar la estructura del cuestionario en las versiones de 16 y 8 ítems. Se concluyó así que las versiones abreviadas permiten evaluar de una manera efectiva la OHRQoL en niños chilenos<sup>13</sup>. Los participantes de este estudio tienen algunas características similares a las de nuestro entorno, sin embargo, existen todavía algunas diferencias culturales por lo que las evidencias psicométricas halladas no son suficiente sustento para poder aplicar el instrumento en nuestra realidad.

En la actualidad, en sur del Perú y específicamente en Tacna se realizan escasas investigaciones orientadas al análisis de la OHRQoL en la población de adolescentes y niños que comprenden edades de 11 a 14 años, lo cual podría deberse quizás a que el instrumento más adecuado para evaluar dichos aspectos ha sido descrito por los participantes en otras investigaciones como muy extenso por lo que resulta difícil su llenado por parte de los niños. En la búsqueda de simplificar dicho instrumento, los autores originales desarrollaron una versión más corta de 16 y 8 ítems. Sin embargo, aún no puede ser aplicado en nuestro ámbito local puesto que hasta la fecha no se ha encontrado una validación de dicha versión para nuestra realidad.

Por lo tanto, se decide tomar la recomendación dada por Brown y Al-Khayal<sup>10</sup> y Abanto<sup>9</sup>, quienes destacan la necesidad de una versión más corta del

instrumento para mejorar su aplicación en contextos poblacionales, puesto que el instrumento original es considerado demasiado largo por los participantes ya que consta de 37 ítems y 2 preguntas globales lo que dificulta su llenado. En respuesta a lo anteriormente planteado, se realizó este estudio con el propósito de establecer las evidencias de validez y propiedades psicométricas de CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024 para así poder cubrir una de las posibles causas que evitan el desarrollo de ciertas investigaciones como se detalló anteriormente.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Interrogante principal**

¿Cuáles son las evidencias de validez y propiedades psicométricas del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024?

### **1.2.2 Interrogantes secundarias**

a. ¿Cuáles son las evidencias de validez basadas en el contenido del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024?

b. ¿Cuáles son las evidencias estadísticas del análisis de ítems del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024?

c. ¿Cuáles son las evidencias de validez basadas en la estructura interna del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024?

d. ¿Cuáles son las evidencias de validez basadas en la consistencia interna del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024?

e. ¿Cuáles son las evidencias de validez en relación con otras variables del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024?

f. ¿Cuáles son los puntos de corte del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024?

## **1.3 Justificación de la investigación**

Existen diversos factores por los cuales la calidad de vida de los individuos se puede ver afectada, y uno de ellos es el estado de salud bucal, que a menudo no

recibe la atención adecuada en nuestra sociedad. A pesar de tratarse de afecciones que pueden prevenirse, las enfermedades bucodentales continúan presentando una alta prevalencia en la población en general, lo que origina también diferentes efectos negativos a lo largo de sus vidas más allá de las afecciones físicas<sup>14</sup>.

La OMS reconoce que las afecciones bucales ejercen una influencia notable sobre la autopercepción que los individuos tienen sobre su propia calidad de vida y el aumento de morbilidad en este contexto genera considerables repercusiones económicas a la población de bajos recursos<sup>15</sup>. Asimismo, la OMS destaca que las actividades estudiantiles y cotidianas de niños y adolescentes podrían verse afectadas hasta 12 veces más debido a una mala salud oral en comparación con niños que presentan una buena salud oral<sup>16</sup>.

A diario se evidencia una alta prevalencia de enfermedades bucodentales en la comunidad de Tacna y los menores con edades entre 11 a 14 años de edad no están exentos a padecerlas. Por lo tanto, es necesario investigar las posibles repercusiones que puedan tener en su calidad de vida, para lo cual utilizamos el CPQ 11-14, el cual ya fue adaptado y validado para Perú. Sin embargo, dicho instrumento ha sido calificado como muy extenso por algunos investigadores, por lo que se hace necesaria la validación de una versión más corta para nuestra realidad.

En este sentido, el estudio presenta relevancia teórica puesto que profundiza y recopila conocimientos actuales acerca de las evidencias psicométricas que presenta el CPQ 11-14, en su versión abreviada de 16 ítems, en Perú, el cual fue desarrollado basado en el fundamento teórico de calidad de vida vinculada con el estado de salud planteado por Wilson y Cleary.

Asimismo, el presente estudio posee relevancia práctica puesto que, luego de un proceso de validación de dicho instrumento, este podrá ser aplicado por los odontólogos en general para estudiar cómo es que la salud bucal afecta a este grupo etario en términos de calidad de vida, con el fin de que en base a sus resultados pueda brindarse una atención integral resaltando no solo los aspectos físicos sino también mentales y emocionales.

También podemos afirmar que presenta relevancia metodológica ya que, si bien es cierto que el instrumento en cuestión ya existe, este no ha sido adaptado ni validado a la realidad peruana y por ello no puede aplicarse en la actualidad; en este sentido, luego de la validación correspondiente se facilitará un instrumento listo para ser aplicado en el contexto correspondiente, constituyéndose así, una alternativa metodológica viable para futuras investigaciones.

Finalmente podemos afirmar que también presenta relevancia social, ya que se justifica dentro del marco del Objetivo de Desarrollo Sostenible N° 3, el cual está centrado en asegurar un estado de salud óptimo y fomentar condiciones ideales para lograrlo en cada una de las fases del curso de vida humano. Luego de alcanzar los objetivos establecidos, esta investigación se convertirá en una herramienta que ayudará en la promoción de la prevención y el manejo de afecciones bucodentales, además de la atención integral de la salud mental de este grupo demográfico, lo cual se refleja en una notable mejora en su calidad de vida, así como también en su bienestar general.

## **1.4 Objetivos de la investigación**

### **1.4.1 Objetivo general**

Identificar las evidencias de validez y propiedades psicométricas del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

a. Evaluar las evidencias de validez basadas en el contenido del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024.

b. Realizar análisis estadísticos de los ítems del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024.

c. Identificar las evidencias de validez basadas en la estructura interna del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024.

d. Evaluar las evidencias de validez basadas en la consistencia interna del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024.

- e. Evaluar las evidencias de validez en relación con otras variables del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024
- f. Establecer los puntos de corte del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes de la investigación

Torres et al. (2009), en su artículo titulado *Psychometric properties of the Brazilian version of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ11–14) – short forms* tuvo como objetivo traducir y adaptar transculturalmente a la lengua portuguesa las medidas ISF:8 e ISF:16 del CPQ 11–14, así como evaluar la confiabilidad y validez de estas versiones para su uso en niños brasileños de entre 11 y 14 años. Este estudio empleó un enfoque cuantitativo y se clasifica como investigación básica, caracterizada por su nivel descriptivo y diseño instrumental. El instrumento fue evaluado en 136 niños, los cuales tenían edades que variaban entre 11 y 14 años, en Brasil, ciudad de Belo Horizonte. Se concluye que las versiones brasileñas del CPQ11–14 ISF:8 e ISF:16 presentan satisfactorias evidencias psicométricas en dicha población, las cuales vienen siendo similares a las obtenidas por el instrumento original. Se evidenciaron resultados adecuados en cuanto a la estabilidad y fiabilidad de test-retest, los cuales fueron medidos por el alfa de Cronbach, con resultados de 0,84 y 0,70 para las versiones ISF:16 e ISF:8 respectivamente, y coeficientes de correlación intraclase (ICC), obteniendo 0,97 y 0,98 para las versiones ISF:16 e ISF:8 respectivamente<sup>12</sup>.

Salinas-Martínez et al. (2013), en su artículo titulado *Psychometric properties of the Spanish version of the short-form Child Perceptions Questionnaire for 11-14-year-olds for assessing oral health needs of children* tuvo el propósito central de evaluar las propiedades psicométricas del CPQ 11-14 en su versión reducida, adaptada para la lengua española, destinado a medir la OHRQoL

en niños pertenecientes al grupo etario de 11 a 14 años. El trabajo empleó un enfoque cuantitativo y se clasifica como investigación básica, caracterizada por su nivel descriptivo y diseño instrumental. El estudio se realizó con una muestra de 303 escolares de Monterrey, México. Se concluye que la adaptación a la lengua española de la versión abreviada de CPQ 11–14 presenta propiedades psicométricas aceptables en dicha población. La validez concurrente tuvo como resultado la correlación de la calificación obtenida al relacionar el CPQ 11–14 con los puntajes generales de bienestar global y salud oral autopercebida, obteniendo valores de 0,51 y 0,40 respectivamente (con un  $p < 0,001$  para ambas correlaciones). La confiabilidad mediante el alfa de Cronbach tuvo como resultado 0,85<sup>17</sup>.

Bhayat & Ali (2014), en su artículo titulado *Validity and reliability of the Arabic short version of the child oral health-related quality of life questionnaire [CPQ 11–14] in Medina, Saudi Arabia* propuso identificar las propiedades métricas fundamentales y el grado de consistencia interna del cuestionario CPQ 11-14 en su versión abreviada para ser adaptada y validada a la lengua árabe en la población general de Medina, Arabia Saudita. Este estudio empleó un enfoque cuantitativo y se clasifica como investigación básica, caracterizada por su nivel descriptivo y diseño instrumental. La investigación se desarrolló con un total de 268 escolares en la ciudad anteriormente mencionada. Se concluye que la versión corta del CPQ11–14 adaptada a la lengua árabe es fiable y válida para dicha población general de niños. Se tuvo una validez de constructo aceptable para los puntajes generales de bienestar global y salud oral, obteniendo  $p=0,37$  y  $p=0,40$  respectivamente, asimismo se obtuvo 0,78 y 0,82 en las pruebas de fiabilidad test-retest y alfa de Cronbach respectivamente<sup>18</sup>.

Franz et al. (2015), en su artículo titulado «Adaptación y validación al español del cuestionario de percepción infantil CPQ-Esp11-14 en población comunitaria chilena» tuvo como propósito principal llevar a cabo el proceso de adaptación y validación CPQ 11-14 para su utilización en la población chilena, además de corroborar las cuatro dimensiones del mismo en todas sus variantes,

tanto la versión completa como la abreviada de 16 ítems y de 8 ítems. Este estudio empleó un enfoque cuantitativo y se clasifica como investigación básica, caracterizada por su nivel descriptivo y diseño instrumental. Se concluye que los ítems de las versiones reducidas posibilitan la medición de la OHRQoL oral en la población infantil de Chile. Antes de su implementación, el instrumento fue sometido a un proceso de adaptación y traducción al español. Posteriormente, fue administrado a un grupo de 288 jóvenes con 12 años de edad que pertenecían a Establecimientos Educativos Municipalizados (EEM) tanto en áreas urbanas como rurales de la Región del Maule, en Chile. Al evaluar la organización de las dimensiones del CPQ 11-14 original, se encontraron índices que no se ajustaban al modelo, mientras que las versiones reducidas mostraron valores que se alinearon con los parámetros de ajuste deseables. En cuanto a la consistencia interna, evaluada mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, tanto el instrumento completo como las versiones reducidas obtuvieron valores superiores a 0.6. Adicionalmente, se observaron valores que superaban los 0,81 en cuanto a los coeficientes de correlación interclase para cada una de las versiones, a excepción del instrumento en su versión abreviada de 16 ítems, más específicamente en su dominio limitaciones funcionales. Se observó un valor estadísticamente significativo para el coeficiente de correlación entre el puntaje obtenido en cada una de las versiones del instrumento y el índice CAOD, a excepción del instrumento en su versión completa, más específicamente en su dominio síntomas orales y la escala de 16 ítems, más específicamente en sus versiones a y b, según el análisis de correlación de Rho de Spearman<sup>13</sup>.

Thomson et al. (2016), en su artículo titulado *Psychometric assessment of the short-form Child Perceptions Questionnaire: an international collaborative study* tuvo como objetivo examinar la estructura factorial y otras características psicométricas de la medida de OHRQoL infantil más comúnmente utilizada (el CPQ 11-14 de formato abreviado de 16 ítems) en un gran número de niños (N = 5804) de diferentes entornos y que tenían una variedad de experiencias de caries e impactos asociados. Este estudio empleó un enfoque cuantitativo y se clasifica

como investigación básica, caracterizada por su nivel descriptivo y diseño instrumental. El estudio se llevó a cabo en muestras de niños de 11 a 14 años en Australia (372), Nueva Zelanda (tres muestras: 429, 352, 202), Camboya (244), Brunei (423), Hong Kong (542), Malasia (439), Tailandia (dos muestras: 325, 220), Inglaterra (dos muestras: 374, 88), Alemania (1055), Brasil (404) y México (335). Se concluye que el CPQ11–14 en su forma corta tiene un excelente desempeño con propiedades psicométricas sólidas y consistentes en casi su totalidad. El Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) mostró dos factores con autovalores mayores que 1 en todas las muestras, uno que involucra a los dominios bienestar social y emocional, mientras que el otro abarca los dominios limitaciones funcionales y síntomas orales, los cuales revelaron valores de 0,84 y 0,72 en el alfa de Cronbach respectivamente<sup>19</sup>.

Dimberg et al. (2019), en su artículo titulado *Validity and reliability of the Swedish versions of the short-form Child Perceptions Questionnaire 11–14 and Parental Perceptions Questionnaire* propuso examinar las evidencias de validez y consistencia interna de las versiones adaptadas a la lengua sueca del Cuestionario de Percepciones Infantiles y del *Parental Perceptions Questionnaire* (P-CPQ) que son utilizados para evaluar la OHRQoL en niños. Este estudio empleó un enfoque cuantitativo y se clasifica como investigación básica, caracterizada por su nivel descriptivo y diseño instrumental. La investigación tuvo una muestra compuesta por 247 menores, junto con sus padres. Se concluye que las adaptaciones suecas del CPQ 11-14, en su versión reducida, y P-CPQ están validadas y pueden emplearse en adolescentes y niños de 11 a 14 años del ambiente geográfico estudiado. Respecto al proceso de validación basada en el constructo, encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre los puntajes obtenidos en el cuestionario y las calificaciones globales de bienestar general (0,37 y 0,36 para CPQ y P-CPQ respectivamente) y salud oral (0,41 y 0,32 para CPQ y P-CPQ respectivamente). En el análisis de la confiabilidad del instrumento, a través del Alfa de Cronbach, se declaró un coeficiente de 0,81 y 0,77 para el instrumento aplicado en los niños y sus padres respectivamente. La confiabilidad a través del

test-retest tuvo como resultados 0,77 y 0,63 para el instrumento aplicado en los niños y sus padres respectivamente<sup>20</sup>.

Baherimoghadam et al. (2022), en su artículo titulado *Validity and reliability of the Persian version of the short-form child perceptions questionnaire 11–14-year-old children (CPQ11–14)* tuvo como objetivo traducir CPQ11–14 ISF-16 a la lengua persa, adaptarlo culturalmente y evaluarlo inicialmente entre la población adolescente. Este estudio empleó un enfoque cuantitativo y se clasifica como investigación básica, caracterizada por su nivel descriptivo y diseño instrumental. En este estudio se aplicó el instrumento en 318 participantes (175 niñas y 143 niños), que tenían edades comprendidas entre 11 y 14 años, en Shiraz, Irán. Se concluye que la adaptación a la lengua persa del CPQ11-14 ISF-16 tiene validez y confiabilidad óptimas para poder aplicarse en niños persas pertenecientes al grupo etario de 11 a 14 años. En el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) se obtuvieron dos factores con cargas entre 0,423 y 0,837; la confiabilidad, evaluada a través del alfa de Cronbach, tuvo como resultado un coeficiente de 0,854 y la evidencia de validez de criterio reveló un excelente resultado con PIDAQ ( $\rho=0,731$ ;  $p<0,001$ ). Se revelaron correlaciones moderadas significativas estadísticamente entre el instrumento y sus dos factores y las dos preguntas globales, obteniendo  $\rho=0,439$ ;  $p<0,001$  y  $\rho=0,457$ ;  $p=0,035$  para la primera y segunda pregunta global respectivamente<sup>21</sup>.

## **2.2 Bases Teóricas**

### **2.2.1 Calidad de vida**

El término es conceptualizado como la percepción que las personas tienen sobre sus circunstancias de vida, considerando el entorno cultural y los valores que definen su contexto<sup>22</sup>.

Aquellos que hayan intentado examinar la bibliografía relacionada con la calidad de vida notarán que existen distintos enfoques en este campo, numerosas definiciones que pueden ser tanto objetivas como subjetivas, y diversas maneras de llevar a la práctica y evaluar el concepto<sup>23</sup>. La ausencia de un acuerdo uniforme en

cuanto a la definición y la evaluación, a pesar de cincuenta años de investigación y una cantidad considerable de artículos académicos, además de la influencia crucial de los valores en el análisis de la calidad de vida, conduce a la inevitable conclusión de que este concepto únicamente adquiere significado a nivel individual<sup>24</sup>.

El Centro para la Promoción de la Salud de la Universidad de Toronto estableció hace algunos años una definición de calidad de vida que se adhiere a esta perspectiva y se alinea con las teorías y prácticas dirigidas a la promoción de la salud. Esta definición sostiene que la calidad de vida alude al nivel en el cual un individuo experimenta y aprecia las oportunidades significativas que la vida le ofrece<sup>25</sup>. Locker describe que esta definición se puede resumir de manera concisa como "¿Qué tan buena es tu vida para ti?". En contraste con enfoques más objetivos o centrados en atributos que definen calidad de vida a partir de la existencia de atributos o condiciones específicas que la configuran, como ingresos suficientes, apoyo social y empleo significativo, esta definición marca una diferencia significativa. Se caracteriza por respetar la autonomía individual y reconocer que los pacientes pueden ofrecer información sobre lo que consideran beneficioso para sus propios intereses<sup>24</sup>.

De acuerdo con la OMS, calidad de vida se concibe como un constructo que hace referencia a una apreciación subjetiva que la persona percibe de sí mismo respecto a su lugar dentro del contexto social, cultural y de valores que configuran su entorno existencial. Además, también hace referencia al conjunto de principios vinculados a sus aspiraciones, inquietudes y normas<sup>8</sup>. Sin embargo, en los últimos años hubo un amplio debate acerca de la conceptualización de la salud, específicamente respecto a la definición establecida por la OMS, que describe al término como una situación de bienestar integral, abarcando tanto dimensiones físicas como mentales y sociales. Hasta entonces los sistemas normativos para evaluar las necesidades de salud habían pasado por alto consideraciones socioconductuales, y no habían dado importancia a aspectos tales como la calidad de vida o la influencia que los problemas bucales podrían tener en las personas respecto a su vida cotidiana<sup>26</sup>.

### 2.2.2 Salud Oral

Este concepto, según la OMS, se caracteriza por ser un estado en el que una persona no experimenta dolor crónico en la boca o el rostro, no padece de cáncer en la cavidad oral o la garganta, está libre de infecciones bucales y anginas, no sufre de enfermedades periodontales, no presenta caries dental, conserva sus dientes en buen estado y no tiene trastornos que limiten su capacidad para morder, masticar, sonreír o hablar, todo esto contribuyendo a su bienestar psicosocial<sup>27</sup>. La noción de salud, según la OMS, se caracteriza por ser un nivel óptimo de salud que abarca aspectos físicos, mentales y sociales, y no se reduce simplemente a la falta de enfermedad. Dentro del campo investigativo de los servicios sanitarios, se ha adoptado una perspectiva que concibe la salud como un constructo multidimensional. Este enfoque integral de la condición de salud considera el modelo biopsicosocial, el cual engloba aspectos como los signos y síntomas, desempeño funcional y estado emocional y social<sup>28</sup>.

La salud oral, como definición inicial, hacía referencia a la preservación a lo largo de la vida de una dentadura funcional, estéticamente satisfactoria y natural, con un mínimo de 20 dientes y sin necesidad de prótesis. Esta definición centraba la salud oral en la ausencia de enfermedad. Sin embargo, tras la expansión por parte de la OMS de la concepción de "salud" para abarcar el bienestar social, también se amplió la definición de salud bucal<sup>29</sup>. La Federación Dental Mundial ha propuesto una conceptualización más actualizada de este término, la cual pone énfasis en la habilidad óptima de una persona para llevar a cabo funciones importantes de manera efectiva, así como en una sólida integración con su entorno circundante<sup>30</sup>.

El concepto que hoy se tiene de salud oral ha variado con el pasar del tiempo, lo cual se debe a un cambio de paradigma. Para contextualizar esta situación, que es fundamental entender que el desarrollo de indicadores de salud que ponen el foco en el paciente, tanto para el ámbito médico como en el odontológico, se debe a un cambio de paradigma en la prestación de atención sanitaria. Este cambio implica una redefinición o incluso una sustitución del tradicional "modelo médico" por el "modelo socioambiental" de salud. El enfoque socioambiental sienta las bases teóricas y prácticas de la promoción de la salud y

conlleva una reconfiguración en nuestra concepción de lo que constituye la salud, así como en las estrategias necesarias para fomentarla<sup>31</sup>.

Locker destaca que las corrientes de pensamiento convencionales tienen sus fundamentos en el modelo médico, el cual exhibe las siguientes características distintivas. Este modelo tiene sus raíces filosóficas en el dualismo mente-cuerpo, en el cual mente y cuerpo se consideran entidades separadas. Además, adopta una metáfora de corte mecánico en la que el cuerpo se asocia a menudo con una máquina. Este enfoque se caracteriza por su reduccionismo, ya que concibe la salud y la enfermedad de manera exclusivamente biológica. En este contexto, se enfatiza que la tecnología avanzada y los servicios de atención médica son la solución fundamental para restablecer y mejorar la salud tanto a nivel poblacional como individual. Esta perspectiva conlleva a una desconexión entre el cuerpo y la persona, desestimando las experiencias subjetivas de salud y enfermedad del paciente. Cuando se aplica este paradigma en el campo de la odontología, se observa una inclinación a abordar la cavidad oral bajo una concepción aislada, considerándola como una estructura anatómica autónoma, ubicada dentro del organismo, pero sin una conexión sustancial ni relevante con el cuerpo o la persona. En otras palabras, la boca, cuando se aborda desde una perspectiva tradicional, generalmente se ha tratado de manera aislada, separada tanto del cuerpo en su conjunto como de la experiencia del individuo. El enfoque tradicional, representado por el modelo médico, ha enfrentado un creciente desafío por parte del modelo socioambiental de salud. En este enfoque, la salud ya no se define únicamente en términos de la ausencia de enfermedad, sino que se conceptualiza en función del óptimo funcionamiento y el bienestar tanto social como psicológico. Como resultado, hemos experimentado un cambio de prioridades, pasando de centrarnos en un enfoque exclusivo de enfermedad hacia una mayor atención a las intervenciones preventivas y fomento de salud, así como dar énfasis a los sistemas de provisión de cuidados médicos, a considerar los entornos físicos y sociales en los que vivimos como determinantes primordiales del estado de salud. Al mismo tiempo, la noción del paciente ha evolucionado de ser vista como un mero cuerpo a ser considerado como una persona, lo que ha llevado a un aumento en la

importancia otorgada a las experiencias y percepciones subjetivas del individuo acerca de la salud y la enfermedad<sup>24</sup>.

Durante un extenso período en el ámbito odontológico se han limitado los indicadores clínicos a los síntomas que las personas experimentan, como el dolor, la incomodidad y los cambios en la apariencia estética. Aún no es una práctica habitual que la formulación de políticas de salud bucal tome en cuenta cómo estas alteraciones afectan a las personas en términos de calidad de vida<sup>32</sup>. Actualmente, además de los parámetros clínicos, se considera que los indicadores sociodentales, como la OHRQoL, los cuales son valorados por la población en general, son también importantes para evaluar el estado de salud oral<sup>24</sup>.

### **2.2.3 Calidad de vida y salud oral**

Establecer las definiciones de estos dos términos es una tarea bastante compleja y está destinada a suscitar discusiones y divergencias de opinión. Patrick plantea que esto se debe a cinco principales razones.

En primer lugar, cabe señalar que los conceptos calidad de vida y salud en el ámbito odontológico presentan una naturaleza elusiva y abstracta. Aunque se perciben de manera intuitiva, su definición precisa resulta compleja. En segundo lugar, estos conceptos se relacionan con eventos que son multidimensionales y complejos, careciendo de fronteras claramente delimitadas. En tercer lugar, se refieren en gran medida a experiencias subjetivas, donde la percepción personal juega un papel preponderante. En cuarto lugar, es importante resaltar que tanto la noción de salud como la de calidad de vida están sujetos a una evolución constante, lo que significa que la interpretación de estos términos hoy puede diferir de su interpretación en el futuro. Por último, resulta esencial comprender que las definiciones de salud y calidad de vida son constructos dinámicos que pueden adoptar distintas formas dependiendo los contextos sociales, culturales, políticos y prácticos en los que se apliquen y midan estos conceptos. Esto implica que estas definiciones involucran juicios personales y sociales sobre lo que se considera normal o valioso, y están profundamente influenciadas por valores y creencias<sup>33</sup>.

Cabe destacar también que los debates sobre el concepto de salud se ven complicados por la gran variedad de términos empleados para describir la salud y sus componentes, los cuales suelen ser ambiguos, carecen de una definición precisa o son utilizados de manera intercambiable<sup>24</sup>.

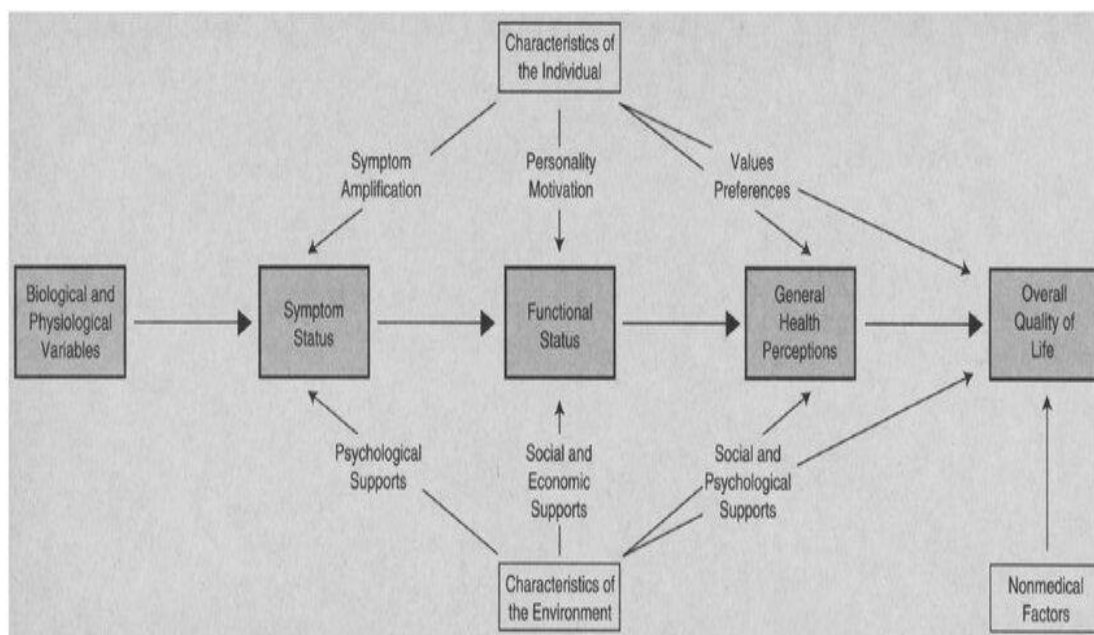
## 2.2.4 Modelos teóricos de calidad de vida relacionada con la salud

**2.2.4.1 Modelo de Wilson y Cleary.** Cuando se intenta definir el término salud, se hace evidente la diferencia con la conceptualización de calidad de vida, sin embargo, hay una conexión entre ambos. Se podría argumentar que las medidas de salud se sitúan en un contexto que abarca desde aspectos biológicos hasta elementos sociales y psicológicos de creciente complejidad. En un extremo de este contexto se encuentran medidas biomédicas como los resultados de un análisis sanguíneo, mientras que en el extremo opuesto se hallan mediciones más integradas y complejas, como el funcionamiento físico y las percepciones de salud general<sup>34</sup>.

El modelo de Wilson y Cleary<sup>34</sup> describe cinco niveles los cuales se plasman en la Figura 1 y serán descritos a continuación de este:

**Figura 1**

*Representación gráfica del modelo de Wilson y Cleary<sup>34</sup>*



**Aspectos de naturaleza biológica y fisiológica.** Los factores más cruciales que influyen en la salud comprenden desde aspectos moleculares y genéticos hasta los biológicos y fisiológicos. No obstante, se optó por iniciar el análisis con estos últimos debido a su arraigada conceptualización, facilidad de medición y aplicación en el ámbito clínico convencional. Este enfoque se dirige a la evaluación de la funcionalidad de procesos, tejidos y estructuras corporales, incluyendo diagnósticos comunes como tuberculosis pulmonar, enfermedad inflamatoria intestinal o cáncer de pulmón de células pequeñas, junto con valores de laboratorio como hemoglobina sérica o creatinina, pruebas de función pulmonar y observaciones del examen físico como soplos cardíacos, sibilancias pulmonares o agrandamiento del bazo. Además, en esta categoría se incorporan factores cuyos efectos sobre la salud están primordialmente asociados a cambios en la función de células, órganos o sistemas corporales.

**Síntomas.** Cuando se examinan los síntomas, la atención se desplaza de las células y órganos específicos al organismo en su totalidad. Los síntomas han sido categorizados en varias clases, desde los físicos, definidos como percepciones o sensaciones relacionadas con el cuerpo, hasta los psicofísicos, que están asociados principalmente con la salud mental o no tienen un origen claro físico o psicológico. Los síntomas emocionales o psicológicos, como el miedo o la preocupación, también son considerados, aunque su conceptualización es menos clara. Las emociones y los síntomas físicos tienden a estar correlacionados empíricamente, y las relaciones causales pueden ser bidireccionales. Se define un síntoma como la interpretación que el paciente realiza de una condición física, emocional o cognitiva inusual, incluyendo una gama de fenómenos diversos. Cuando un paciente presenta un síntoma y busca atención médica, se desencadenan varios procesos, desde la percepción de la sensación hasta la toma de decisiones para buscar ayuda médica, y estos procesos están influenciados por factores demográficos y culturales. Los informes de síntomas son expresiones de experiencias subjetivas que integran datos de diversas fuentes. La relación entre variables biológicas o fisiológicas y los síntomas es compleja, ya que ciertas variables críticas pueden estar anormalmente alteradas sin que el paciente manifieste síntomas, mientras que otras condiciones

pueden presentar una amplia variedad de síntomas sin anomalías biológicas o fisiológicas identificables. Los estudios ilustran la complejidad de estas relaciones, lo que subraya la necesidad de precaución en la interpretación de las medidas biológicas y fisiológicas. Los síntomas informados por los pacientes no solo impulsan la búsqueda de atención médica, sino que también pueden influir en el uso y los costos de la atención médica posterior. Considerando que los tratamientos enfocados exclusivamente en aspectos biológicos y fisiológicos podrían no lograr una eficacia total en el alivio de los síntomas a causa de la relación inconsistente entre estos factores y los síntomas, los estudios que indagan otros posibles determinantes de los síntomas, tales como elementos psicológicos, expectativas del paciente y aspectos vinculados a la relación médico-paciente, podría resultar fundamental para una comprensión y abordaje más completo de los síntomas reportados.

**Funcionamiento.** El siguiente nivel en el modelo de estudio es el estado funcional, crucial para la comprensión holística de la salud, donde se evalúa la capacidad del individuo para realizar tareas definidas. El estado de los síntomas se destaca como un determinante esencial del funcionamiento, ejemplificado por la influencia de la artritis en las actividades diarias de una mujer mayor. Además de los aspectos específicos del paciente, factores ambientales y el acceso a la atención médica también impactan significativamente en el funcionamiento físico, social y de rol de un individuo. Se destacan cuatro dominios de funcionamiento, incluyendo la función anatómica y fisiológica, interacción social, desempeño de roles y bienestar psicológico, considerados como mínimos requeridos para la evaluación. Los estudios han demostrado que los parámetros vinculados con calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) podrían ser igualmente sensibles a cambios clínicamente importantes como las variables clínicas tradicionales. Sin embargo, las relaciones entre los síntomas, variables biológicas y fisiológicas, y el funcionamiento aún no se han modelado completamente. Si bien ciertos estudios han demostrado correlaciones entre estos factores, muchas relaciones entre síntomas y funcionamiento no pueden ser explicadas únicamente por variables

intermedias medidas, lo que subraya la complejidad de la interacción entre la enfermedad y el funcionamiento.

**Percepciones de salud general.** Las percepciones de salud general, que reflejan una síntesis de múltiples aspectos de la salud, incluidos elementos como la salud mental, son esenciales en la evaluación del estado de salud. Estas percepciones, siendo inherentemente subjetivas, han sido identificadas como predictores significativos del uso de servicios de atención médica y de salud mental, así como de la mortalidad, independientemente de los factores clínicos. La investigación ha revelado asociaciones entre las percepciones de salud general, el estado funcional y diversos factores emocionales y sociales. En un estudio reciente con pacientes ambulatorios, se encontró que la hipocondría y la somatización eran los principales predictores de las percepciones de salud general, incluso al considerar características sociodemográficas y diferentes índices de morbilidad médica y psiquiátrica. El análisis de la relación entre los síntomas y las percepciones de salud general podría proporcionar valiosos *insights*, considerando la intrincada naturaleza de los elementos que ejercen influencia en estas percepciones y las variaciones inherentes dentro de cada nivel de gravedad clínica.

**Calidad de vida general.** Los investigadores comúnmente examinan el bienestar subjetivo de los participantes mediante medidas generales que evalúan su grado de bienestar emocional o nivel de satisfacción con la existencia en su totalidad. A lo largo del tiempo, se han desarrollado y validado diversas tipologías de constructos y teorías relacionadas con este aspecto del bienestar. Aunque estas medidas se consideran una síntesis estable de las experiencias y sentimientos individuales, su relación con la CVRS y otras circunstancias vitales puede variar. Sorprendentemente, estos indicadores generales de contenido con la vida no guardan una relación estrecha con las condiciones objetivas, lo que sugiere que los niveles de satisfacción no necesariamente disminuyen con un deterioro en el estado funcional. Esta falta de asociación sólida puede atribuirse a la naturaleza cambiante de las expectativas y aspiraciones individuales en respuesta a las circunstancias cambiantes de la vida. Por otro lado, las preguntas dirigidas a la complacencia con

aspectos particulares de la salud podrían ser más susceptible a dichas variaciones., ofreciendo así una perspectiva más detallada sobre la percepción del bienestar.

**2.2.4.2 Adopción del modelo de Wilson y Cleary.** Esta propuesta descrita anteriormente introduce una taxonomía para categorizar diversas medidas de resultados de salud en cinco niveles distintos: aspectos de naturaleza biológica y fisiológica, manifestaciones sintomáticas, nivel de funcionamiento, percepciones generales de bienestar y calidad de vida global. Además de esta clasificación, el modelo establece vínculos de causa-efecto específicos entre estas variables, conectando los indicadores clínicos convencionales con los indicadores de la CVRS. Esta estructura conceptual progresa desde un nivel microscópico, centrado en la célula, hacia una perspectiva más amplia que considera al individuo y su interacción dentro de la sociedad. Conforme se progresa en el modelo, los conceptos se vuelven más integrados y complejos, lo que dificulta su definición y medición. Cada nivel presenta una creciente cantidad de variables que escapan al control directo de los expertos en el ámbito de la salud y del sistema de prestación de servicios médicos según lo definido tradicionalmente<sup>34</sup>.

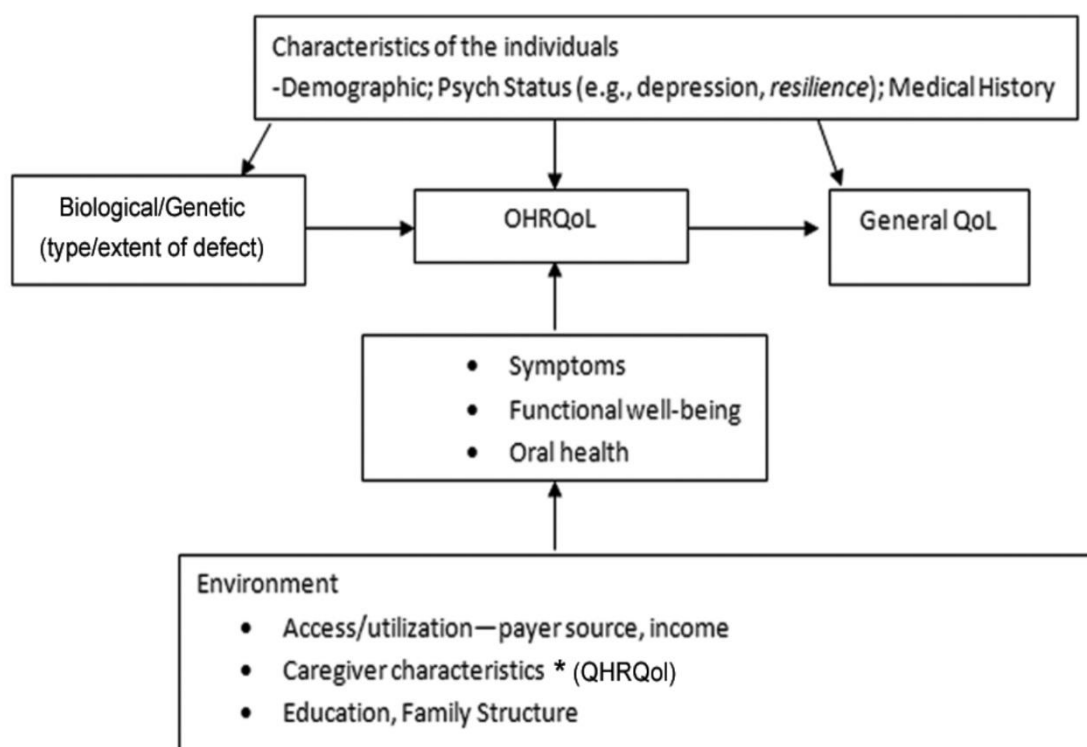
El modelo conceptual más ampliamente reconocido y detallado de la CVRS es el desarrollado por Wilson y Cleary. Este modelo detalla las variables consideradas influyentes explícitamente en la calidad de vida. Dentro del ámbito de la OHRQoL, este modelo ha sido adoptado, dando lugar a diversas mediciones que abarcan cinco dimensiones fundamentales: salud oral, funcionalidad, aspectos sociales/emocionales, factores ambientales y expectativas de tratamiento<sup>29</sup>.

**2.2.4.3 Modelo teórico para OHRQoL de Sischo y Broder.** Se trata de un modelo desarrollado en el año 2011, el cual abarca aspectos psicológicos, sociales, biológicos y culturales, se presenta en la Figura 2. Este enfoque, inspirado en el trabajo propuesto por Wilson y Cleary (1995), integra principios conceptuales provenientes de disciplinas como la psicología y las ciencias sociales, articulándolos con evidencia obtenida mediante estudios epidemiológicos. El esquema establece una conexión entre la condición de salud o indicadores clínicos

(por ejemplo, naturaleza y gravedad de las afecciones), funcionalidad (como la capacidad de hablar), apariencia facial y oral, estado psicológico, OHRQoL y calidad de vida en general. Además, reconoce la influencia de factores ambientales y contextuales (tales como factores socioculturales, nivel educativo y estructura familiar) así como la disponibilidad de servicios médicos y su impacto en la percepción del bienestar oral y la calidad de vida asociada con ella. Desde una perspectiva teórica, la OHRQoL se considera como una dimensión perceptiva derivada de la interacción entre signos clínicos y experiencias personales, cuya valoración subjetiva expresa la manera en que el individuo interioriza y otorga significado a su condición bucodental dentro de su contexto vital <sup>35</sup>.

## Figura 2

Representación gráfica del modelo teórico para OHRQoL de Sischo y Broder<sup>35</sup>



Con el creciente énfasis de las estrategias gubernamentales dirigidas a fomentar el bienestar y prevenir enfermedades, abarcando tanto el bienestar general

como el bienestar bucodental, han comenzado a integrar las percepciones positivas, así como también las negativas sobre la salud bucal y sus resultados<sup>36</sup>.

Por ende, las evaluaciones de la salud bucal pueden reflejar tanto efectos negativos como mejoras en el bienestar de una persona. Por ejemplo, las personas pueden buscar atención odontológica tanto para tratamientos preventivos, como limpiezas, como para procedimientos electivos, como ortodoncia. Los psicólogos de la salud han identificado que atributos psicológicos positivos, como el optimismo y la resiliencia, están vinculados con los niveles de percepción de calidad de vida de la persona, especialmente con su capacidad para enfrentar enfermedades y situaciones de mala salud. Este enfoque integra la psicología positiva, lo cual tiene implicaciones significativas en el ámbito de la provisión de atención en salud, dado que competencias psicosociales, tales como la habilidad para enfrentar situaciones adversas de manera resiliente y el establecimiento de relaciones interpersonales demostraron estar asociadas con mayor eficacia en la respuesta inmunológica, mejores desenlaces clínicos y una prolongación en la expectativa de vida<sup>37,38</sup>.

Los dominios que comparten las herramientas para evaluar la OHRQoL se presentan en la Figura 3, que incluye ejemplos particulares de elementos relacionados con cada uno de los factores. Aunque la figura destaca factores convencionales como los síntomas de salud bucal, aspectos como la salud emocional y relaciones sociales abarcan estados positivos como la alegría y la confianza<sup>35</sup>. Instrumentos recientes de OHRQoL, como *Child Oral Health Impact Profile* (COHIP), buscan identificar tanto el impacto del tratamiento (por ejemplo, la satisfacción) junto con la influencia positiva de la salud oral y apariencia del rostro y dientes en la salud y el bienestar general, todo esto entre pacientes y personas que no buscan tratamiento<sup>36</sup>. Los aspectos positivos de la salud también se han integrado en medidas dirigidas a jóvenes<sup>39</sup>, adultos<sup>40</sup> y personas mayores<sup>41</sup>. En resumen, la OHRQoL evalúa tanto dimensiones positivas como negativas a lo largo del ciclo de vida<sup>35</sup>.

**Figura 3**

*Dimensiones del modelo teórico para OHRQoL de Sischo y Broder<sup>35</sup>*



**2.2.4.4 Calidad de vida relacionada a la salud oral.** Este constructo abarca elementos referentes al bienestar, que son afectados por la existencia de una condición médica o el tratamiento asociado a la misma<sup>22</sup>.

De acuerdo con David Satcher, Subsecretario de salud y Cirujano General de los Estados Unidos (1998 – 2002), las enfermedades y condiciones bucales tienen el potencial de afectar negativamente la percepción de uno mismo y la autoestima, así como de obstaculizar las interacciones sociales normales y provocar

otras complicaciones de salud, como estrés y depresión crónica, además de generar considerables gastos económicos. Además, estas afecciones pueden interferir con funciones esenciales como la respiración, elección de alimentos, ingesta, deglución y comunicación, así como con actividades cotidianas, por ejemplo, el trabajo, la educación y las relaciones familiares<sup>42</sup>.

A pesar de que comúnmente suponemos que la mala salud equivale a una baja calidad de vida, muchas personas que enfrentan trastornos crónicos incapacitantes aprecian su calidad de vida más que individuos que están en buena salud. Algunas investigaciones recientes enfocadas en el bienestar general de la población adulta mayor han sugerido que, se menciona el término de salud cuando se debate acerca de la calidad de vida, sin embargo, no se percibe como un factor predominante<sup>24</sup>.

Durante un largo período, las repercusiones de las afecciones patológicas bucales sobre el bienestar integral y calidad de vida fueron subestimadas, teniendo una mayor atención puesta en la evaluación clínica de dichas enfermedades. Sin embargo, se reconoce ahora que las afecciones bucales, especialmente la caries y la enfermedad periodontal, representan un conjunto de patologías de gran prevalencia a nivel global, las cuales han demostrado incidir en la capacidad para llevar a cabo funciones básicas como comer y hablar, así como en aspectos emocionales como la capacidad de sonreír y el bienestar psicológico<sup>43</sup>.

Actualmente, la OHRQoL se ha establecido como un indicador significativo y contemporáneo en la investigación odontológica, destinado a evaluar cómo las personas perciben el impacto de los problemas dentales en su funcionalidad, bienestar psicológico y relaciones sociales. Se reconoce la importancia de comprender mejor los factores que influyen en la OHRQoL, ya que esto puede contribuir a promover la salud bucal y mitigar los efectos adversos de las afecciones dentales sobre la vida cotidiana de los individuos respecto a su calidad de vida<sup>44</sup>.

OHRQoL está centrada de manera particular en los elementos de autorreporte asociados con el bienestar oral, abarcando áreas funcionales, sociales y psicológicas que son impactadas por las condiciones bucales<sup>45</sup>. Esta variable también se caracteriza por el efecto que las condiciones dentales tienen en las

actividades diarias de las personas. La OMS considera este enfoque multidimensional como un componente esencial de la salud bucal y en general, integrándolo como parte fundamental del Programa Mundial de Salud Bucal<sup>22</sup>. En la literatura científica, la OHRQoL se caracteriza como un concepto de múltiples dimensiones que abarca la satisfacción de las personas al alimentarse, descansar y vincularse en actividades comunitarias, así como su autopercepción subjetiva y grado de bienestar en relación a su salud bucal<sup>42</sup>.

OHRQoL es conceptualizada como el efecto que genera las afecciones orales en el día a día de los individuos y que tienen la suficiente intensidad, frecuencia o persistencia como para influir en la percepción que tiene el sujeto sobre su calidad de vida<sup>46</sup>. La OMS introdujo la noción de OHRQoL en 1948, lo que implicó una ampliación del concepto de salud. Esta evolución condujo a la transición desde un enfoque clínico convencional de la salud y la enfermedad hacia un modelo más completo y biopsicosocial<sup>47</sup>.

En este contexto, la OHRQoL se adhiere al enfoque biopsicosocial propugnado por la OMS. Esta medida considera el bienestar global de un individuo en términos de su capacidad para alimentarse, comunicarse, sonreír, interactuar con otros y sentirse satisfecho con la estética de sus órganos dentarios. En el caso de los menores, esta percepción se desarrolla durante la niñez, influenciada por las dinámicas sociales y culturales que moldean tanto su desarrollo psicoemocional como su percepción de la realidad<sup>48</sup>.

La definición de OHRQoL se fundamenta primordialmente en los siguientes aspectos: factores funcionales (como la capacidad de masticar y hablar), psicológicos (relacionados con la percepción de la apariencia y la autovaloración), sociales (que incluyen la intimidad y la comunicación) y la experiencia de dolor (tanto agudo como crónico) o malestar<sup>42</sup>.

Cohen y Jago (1976) defendieron inicialmente la creación de indicadores sociodentales, y desde entonces se han dedicado recursos significativos al desarrollo de herramientas para evaluar la OHRQoL<sup>49</sup>. Además, se presentó la oportunidad de examinar cómo las condiciones asociadas a la salud bucal inciden de manera significativa en varios ámbitos sociales de la vida, como la

autovaloración, rendimiento académico y en el trabajo, interacción social, entre otros. Los expertos empezaron a explorar la relación entre la salud bucal y la CVRS, buscando entender las conexiones entre variables clínicas convencionales, por ejemplo, diagnósticos específicos, resultados de exámenes laboratoriales, clínicos y la percepción de salud autoreportada, enfocada al individuo. La evaluación subjetiva de la OHRQoL describe el bienestar de la población en actividades cotidianas como comer y dormir, así como en su confianza personal y satisfacción con su salud oral. Esta evaluación surge de una interacción compleja entre la salud bucal, los elementos sociales y ambientales, y la salud general del individuo<sup>35</sup>.

**2.2.4.5 Indicadores subjetivos del estado de salud oral.** Este conjunto de indicadores fue desarrollado en Canadá con el propósito de describir los resultados relacionados con la funcionalidad, el aspecto social y el bienestar psicológico vinculados a trastornos y condiciones bucales. Su objetivo original era su implementación en encuestas de salud bucal dirigidas a adultos mayores, con la finalidad de complementar las mediciones clínicas convencionales empleadas en dichos estudios. Con el tiempo, estos indicadores o versiones simplificadas de los mismos se han utilizado en investigaciones que abarcan poblaciones adolescentes y adultas, tanto a nivel local como provincial en Canadá, así como a nivel local en el Reino Unido. Estos indicadores subjetivos del estado de salud bucal se fundamentan en un modelo de enfermedad, y sus consecuencias se derivan de la OMS, más específicamente son basados en su Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, reflejando los componentes clave de dicho modelo. Este enfoque reconoce la complejidad de la salud bucal y establece conexiones entre los conceptos y las medidas que surgen de él en un proceso que se desarrolla de manera secuencial, partiendo de un análisis biofísico hasta llegar a un nivel sociomédico y, finalmente, social. Desde esta perspectiva, los indicadores permiten la investigación de las relaciones entre las afecciones bucales y sus repercusiones en términos de salud y calidad de vida. Los indicadores abarcan los siguientes elementos: un índice compuesto por seis preguntas relacionadas con la capacidad de masticación, un índice compuesto por tres preguntas relacionadas con

la habilidad de hablar con claridad, un índice compuesto por nueve preguntas que se enfocan en la presencia de síntomas de dolor en la zona oral y facial, y, por último, un índice que consta de diez preguntas que exploran otros síntomas orales. La evaluación del impacto social y psicológico de los trastornos bucales se efectúa mediante cuatro subescalas: una subescala de tres preguntas que aborda problemas relacionados con la alimentación, una subescala de cuatro preguntas vinculadas a dificultades en la comunicación y las relaciones sociales, una subescala de seis preguntas que se enfoca en limitaciones adicionales en las actividades cotidianas, y finalmente, una subescala de dos preguntas que explora la preocupación y ansiedad en relación con la salud bucal<sup>24</sup>.

Los instrumentos de múltiples ítems representan un enfoque predominante en el contexto de evaluar la OHRQoL. Los investigadores han diseñado instrumentos específicos para evaluar este aspecto de la salud, y su número sigue aumentando para satisfacer la necesidad de medidas más detalladas. Estas herramientas pueden dividirse en dos categorías principales: las que son de naturaleza genérica, que abordan la condición bucal en su conjunto, y otras de carácter específico, que se enfocan en dimensiones particulares de la salud bucal, como la ansiedad dental<sup>50</sup> o condiciones como el cáncer de cabeza y cuello<sup>51</sup> o la malformación dentofacial<sup>52</sup>. Además, algunos están adaptados para evaluar poblaciones particulares, como el efecto de las prótesis dentales en el estado nutricional de los ancianos<sup>53</sup> o la OHRQoL en niños<sup>7</sup>.

En los años recientes, expertos en el campo también han diseñado diversos instrumentos de autoevaluación OHRQoL destinados a niños con edades comprendidas entre 8 a 14 años. De dichos instrumentos utilizados en adición a los parámetros clínicos, podemos destacar que uno de los más comúnmente empleados para evaluar la OHRQoL del niño, es el Child Perceptions Questionnaire 11-14<sup>9</sup>.

En la práctica clínica, las medidas de calidad de vida se emplean con diversos propósitos, que incluyen la detección y priorización sistemática de necesidades percibidas por el paciente, la optimización del proceso comunicativo entre odontólogo y paciente, la detección de problemas que podrían pasar desapercibidos, la facilitación de la elección de decisiones colaborativas y el

seguimiento de las modificaciones y reacciones al tratamiento. Para que estas medidas sean efectivas en el ámbito clínico, es fundamental que posean ciertas propiedades, como la validez, la idoneidad y aceptabilidad, la fiabilidad, la capacidad de respuesta al cambio y la interpretabilidad<sup>54</sup>.

### **2.2.5 Cuestionario de percepciones infantiles**

Desde los años posteriores a 1980, se han desarrollado varios cuestionarios para medir la OHRQoL, con un enfoque particular en la población de personas mayores y niños.

**2.2.5.1 Psicología del desarrollo infantil.** De acuerdo con esta teoría, alrededor de los 6 años se inicia el periodo de desarrollo cognitivo caracterizado por la capacidad de pensamiento abstracto y la formación de la autoimagen en los niños. En este punto, los menores comienzan a distinguir sus atributos físicos y de comportamiento con los de los demás en su entorno o con ciertas normas. Su habilidad para emitir juicios evaluativos acerca de su aspecto, y de cómo se desarrollan sus relaciones de amistad, así como también sobre los pensamientos, emociones y comportamientos de otras personas, se desarrolla de manera gradual durante la etapa intermedia de la niñez, comprendida entre los 6 a 10 años de edad. Cuando los niños alcanzan los 11 o 12 años, suelen tener una comprensión sólida de emociones complejas como la ansiedad, timidez y los celos, y su autoconcepto adquiere dimensiones sofisticadas como el atractivo romántico y la popularidad entre sus compañeros. Estos años también corresponden al inicio de la pubertad. Luego, los niños entran en un período de adolescencia temprana (11-14 años) que se caracteriza por la creciente centralidad de la dinámica de grupos y camarillas en la vida de los niños y su preocupación por las opiniones de los demás sobre sí mismos. Los niños desarrollan el concepto de tiempo alrededor de los 8 años, cuando su período de recuerdo comienza a alargarse y su comprensión de la frecuencia de los eventos comienza a emerger<sup>7</sup>.

**2.2.5.2 Cuestionario de percepciones infantiles 11-14<sup>7</sup>.** El desarrollo del instrumento se realizó en dos etapas. Primero se creó un conjunto preliminar de 46 elementos a través de una exhaustiva revisión de las medidas existentes relacionadas con la salud bucal y el estado de salud de los niños. Estos elementos abarcaban cuatro áreas temáticas: bienestar emocional, bienestar social, limitaciones funcionales y síntomas orales, que incluía interacción con pares, el desempeño escolar y las actividades de ocio. En segundo lugar, se evaluó la amplitud, relevancia y claridad de estos elementos mediante un panel de expertos compuesto por 17 profesionales expertos en el área de salud, más específicamente en el tratamiento de infantes con trastornos bucodentales y faciales, además de 33 padres de menores con padecimiento de estas afecciones. A partir de sus respuestas y observaciones, se elaboró una versión modificada que constaba de 50 ítems, incorporando nuevas preguntas, eliminando las irrelevantes y fusionando algunas de ellas. Esta versión se sometió a una revisión adicional después de llevar a cabo entrevistas en profundidad con 11 pacientes infantiles.

Los elementos para la formulación del cuestionario final fueron seleccionados a través de un proceso de evaluación de impacto de los ítems. Este procedimiento identifica los elementos en función de su frecuencia e importancia dentro de la población objetivo. Los participantes involucrados en esta etapa consistieron en niños pertenecientes a los tres grupos clínicos previamente definidos. La recolección de la data se realizó a través de la administración de un cuestionario de evaluación de impacto de ítems en entrevistas cara a cara. A los niños se les preguntó si habían experimentado, en los últimos tres meses, las situaciones descritas en cada ítem. Aquellos que respondieron afirmativamente calificaron la importancia del problema mediante una escala de tipo Likert de cinco niveles, cuyas categorías iban desde 0 ("No me afecta en absoluto") hasta 4 ("Me afecta mucho").

Para cada ítem, se determinó una puntuación de impacto al multiplicar el porcentaje de niños que respondieron afirmativamente por la calificación promedio de importancia asignada al ítem. Posteriormente, se organizó los elementos en función de estos puntajes de impacto en los cuatro dominios de salud anteriormente

mencionados. Este proceso de clasificación se realizó de manera independiente para cada grupo clínico. Finalmente, se seleccionaron los ítems que superaron la mediana en cada clasificación para componer el cuestionario definitivo.

En el CPQ 11-14, se indagó sobre la cantidad de veces que ocurrió un evento determinado en los anteriores tres meses. Los participantes tenían a su disposición cinco categorías ordinales de calificación: nunca, una o dos veces, a veces, con frecuencia y todos los días o casi todos los días, las cuales se codificaron con números del 0 al 4 respectivamente. Además, se recopilaron calificaciones generales sobre el impacto de su condición en su bienestar general y la salud bucal del niño. Las preguntas se formulaban de la siguiente forma: ¿Cómo calificaría el estado de sus labios, boca, dientes y maxilares? y ¿Cuánto diría, en general, que el estado de su boca, labios, dientes y maxilares impacta en su vida cotidiana? Estos puntajes globales siguieron un esquema de evaluación de cinco niveles, que variaba de "Excelente" = 0 hasta "Malo" = 5 en el caso de la salud bucal, y desde "Nada" = 0 hasta "Mucho" = 5 en cuanto al bienestar.

**2.2.5.3 Cuestionario de percepciones infantiles 11-14 – ISF:16<sup>55</sup>.** El CPQ 11-14 comprende un conjunto de 37 reactivos distribuidos en cuatro dominios o indicadores distintos: bienestar social, bienestar emocional, limitaciones funcionales y síntomas orales con 13, 9, 9 y 6 reactivos respectivamente. Estos ítems están relacionados con el estado de salud bucal y/o maxilofacial del menor y exploran la cantidad de veces que un determinado suceso ocurrió en los tres meses anteriores. Las posibles respuestas son las siguientes: nunca, una o dos veces, a veces, con frecuencia y todos los días o casi todos los días, las cuales se codificaron con números del 0 al 4 respectivamente. Asimismo, también incluye calificaciones globales acerca del estado de salud bucal del niño y la medida en que el estado de salud bucodental y facial del infante ha influido sobre su bienestar general. Dichas calificaciones globales están redactadas de la siguiente manera: ¿Cómo calificaría el estado de sus labios, boca, dientes y maxilares? y ¿Cuánto diría, en general, que el estado de su boca, labios, dientes y maxilares impacta en su vida cotidiana? Para evaluar estos puntajes, se proporciona un esquema de evaluación de cinco niveles,

que variaba de 'Excelente' = 0 hasta 'Malo' = 4 para la salud bucal, y desde 'Nada' = 0 hasta 'Mucho' = 4 para el bienestar general.

El CPQ 11-14 funcionó bien como medida discriminativa, No obstante, la aplicabilidad de esta medida en entornos clínicos y en encuestas a gran escala podría verse restringida debido a su longitud y la carga que representa para los participantes. Luego de una exhaustiva revisión de la literatura los autores decidieron que existía una justificación filosófica y metodológica sólida para el uso del enfoque de impacto del ítem para desarrollar una versión breve del CPQ 11-14.

No se han publicado directrices sobre qué tan breve debe ser un formato breve. Se considera que cuatro elementos por dimensión representan el número mínimo de preguntas necesario para mitigar el error aleatorio, es decir, para reducir al mínimo el impacto de las respuestas idiosincráticas a las preguntas individuales y permitir el análisis dentro del dominio<sup>56</sup>. Como resultado, se creó una edición del CPQ 11-14 que comprende 16 reactivos, distribuidos en cuatro ítems para cada una de las dimensiones, empleando el método de evaluación del impacto de los ítems.

Este cuestionario fue diseñado tomando como punto de partida una adaptación del modelo teórico planteado por Wilson y Cleary, por lo tanto, se tomó como referencia principal dicho modelo para desarrollar el presente estudio puesto que este modelo refleja de manera consistente los dominios planteados para medir la OHRQoL.

### 2.3 Definición de conceptos

- a. **Calidad de vida:** es definida como la apreciación personal e introspectiva que un sujeto realiza de sí mismo respecto a su lugar dentro del entramado sociocultural de su existencia. Además, también hace referencia al conjunto de principios vinculados a sus aspiraciones, inquietudes y normas<sup>8</sup>.
- b. **Salud oral:** se define como la habilidad óptima de una persona para llevar a cabo funciones importantes relacionadas a la cavidad oral de manera efectiva, así como en una sólida integración con su entorno circundante<sup>30</sup>.
- c. **Calidad de vida relacionada con la salud:** hace referencia al conjunto de circunstancias que delinear la percepción personal de una salud óptima,

abarcando aspectos que pueden estar vinculados a enfermedades, síntomas y tratamientos. Estos elementos pueden diferir según las vivencias individuales y se evalúan mediante diversos instrumentos diseñados para analizar información pertinente, como la manifestación de condiciones patológicas o limitaciones funcionales, así como la eficacia de los tratamientos<sup>57</sup>.

- d. **Calidad de vida relacionada con la salud oral:** hace referencia a la evaluación de múltiples dimensiones realizada por el individuo para evaluar cómo afecta su condición bucodental en el desenvolvimiento cotidiano que realiza. Para este fin, se han creado una variedad de herramientas e instrumentos de medición<sup>58</sup>.
- e. **CPQ 11-14 – ISF:** se refiere a la versión del CPQ 11-14 que tiene 8 o 16 ítems, el cual fue desarrollado a partir de su estructura original con el método de impacto del ítem<sup>55</sup>.
- f. **CPQ 11-14 – RSF:** se refiere a la versión del CPQ 11-14 que tiene 8 o 16 ítems, el cual fue desarrollado a partir de su estructura original con el método de regresión<sup>55</sup>.
- g. **Adaptación:** es un procedimiento complejo que implica modificar un instrumento para su utilización en un entorno distinto al para el cual fue originalmente diseñada. Por lo general, adaptar una prueba resulta más práctico que desarrollar una nueva desde cero. Este proceso incluye la traducción del test original, ajustes lingüísticos y la subsiguiente evidencia de la igualdad entre ambas variantes mediante la validación del instrumento<sup>59</sup>.
- h. **Validez:** hace referencia al nivel que posee un instrumento para capturar con precisión la variable que se supone que está evaluando, lo que determina la calidad del mismo. Esta validez puede ser abordada desde diferentes enfoques, como la validez de contenido, constructo, criterio, entre otras. Por lo tanto, es fundamental abordar con seriedad el proceso de validación al desarrollar un instrumento de medición<sup>60</sup>.

- i. Fiabilidad:** hace referencia a la estabilidad de las respuestas emitidas por individuos en distintos momentos o con distintos grupos de preguntas similares. En términos generales, la fiabilidad de un test señala en qué medida las variaciones individuales en las puntuaciones son resultado del error aleatorio de medición, así como en qué medida se deben a diferencias auténticas en la variable que se pretende medir<sup>61</sup>.
- j. Modelo de Ecuaciones Estructurales:** se define como una técnica de análisis estadístico multivariado, ampliamente empleada en campos como las ciencias sociales y del comportamiento. Su principal función radica en examinar el entramado de relaciones explicativas entre una o más variables exógenas y una o más variables endógenas. SEM ofrece un marco adaptable para la formulación y análisis de múltiples relaciones, siendo valioso tanto para validar teorías mediante modelos empíricos como para la validación de instrumentos psicométricos<sup>62</sup>.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Hipótesis**

En los estudios de tipo instrumental no se formulan pruebas de hipótesis asociadas directamente a los objetivos, debido a que su propósito central se orienta al examen riguroso de las propiedades psicométricas mediante procedimientos estadísticos predefinidos. En este tipo de diseños, la interpretación de los resultados no depende de contrastes hipotéticos, sino de la comparación sistemática con criterios, parámetros y estándares establecidos en la literatura especializada. Este enfoque es aplicable tanto a la evaluación de la validez de contenido y el análisis de ítems, como a la obtención de evidencias basadas en la estructura interna y a la estimación de índices de confiabilidad.

Por consiguiente, en la presente investigación, cuyo propósito es examinar las evidencias psicométricas del instrumento CPQ 11-14 ISF:16 para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud oral en población infantil y adolescente, no se formulan hipótesis de investigación, dado que el objetivo es determinar el grado de adecuación de sus evidencias de validez y confiabilidad a partir de los resultados obtenidos.

No obstante, con la finalidad de mantener la coherencia estructural propia de los diseños metodológicos tradicionales, se presentan las siguientes hipótesis formales:

##### **3.1.1 Hipótesis general**

Existe adecuadas evidencias de validez y propiedades psicométricas del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024.

### **3.1.2 Hipótesis específicas**

- a.** Existe adecuadas evidencias de validez basadas en el contenido del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024.
- b.** Existe adecuadas evidencias estadísticas del análisis de ítems del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024.
- c.** Existe adecuadas evidencias de validez basadas en la estructura interna del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024.
- d.** Existe adecuadas evidencias de validez basadas en la consistencia interna del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024.
- e.** Existe adecuadas evidencias de validez en relación con otras variables del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024.
- f.** Existen 3 puntos de corte del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024.

### 3.2 Operacionalización de variables

**Tabla 1**

*Operacionalización de calidad de vida relacionada con la salud oral*

Variable	Definición	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral	Definición conceptual: el término está conceptualizado como el impacto que genera las afecciones bucales en el día a día de los individuos y que tienen la suficiente intensidad, frecuencia o persistencia como para influir en la percepción del sujeto respecto a su calidad de vida <sup>46</sup> .	Síntomas Orales	1 – 4	Ordinal
		Limitaciones Funcionales	5 – 8	
	Definición operacional: La OHRQoL, para niños en el rango etario de 11 a 14 años, se mide con la versión corta del Cuestionario de Percepciones Infantiles 11-14 (CPQ11-14 ISF-16) el cual consta de 16 ítems y 2 preguntas globales.	Bienestar Emocional	9 – 12	
		Bienestar Social	13 – 16	

### **3.3 Tipo de investigación**

La presente investigación, se tipifica como investigación psicométrica, puesto que pretende desarrollar herramientas de evaluación, como cuestionarios y escalas, así como la verificación de sus propiedades de validez y confiabilidad<sup>63</sup>.

### **3.4 Nivel de investigación**

El estudio se enmarca dentro del nivel aplicado, ya que se orienta a transformar el conocimiento científico en resultados que buscan ser pertinentes y utilizables en el desarrollo de métodos de implementación práctica, con el propósito de resolver o mejorar una situación real<sup>64</sup>.

### **3.5 Diseño de investigación**

El presente estudio sigue un diseño instrumental, ya que su finalidad es analizar las evidencias psicométricas del instrumento en cuestión para su posterior aplicación en nuestra localidad<sup>65</sup>.

### **3.6 Ámbito y tiempo social de la investigación**

El presente estudio fue desarrollado en Instituciones Educativas de la provincia de Tacna en el año 2024.

### **3.7 Población y muestra**

#### **3.7.1 Unidad de estudio**

Para la actual investigación se determinó a estudiantes pertenecientes a educación básica que tienen entre 11 a 14 años como unidad de análisis.

#### **3.7.2 Población**

La conceptualización de este término hace referencia a un grupo de elementos, finitos o infinitos, que tienen ciertas características en común. La definición de esta población se ajusta de acuerdo al problema de investigación y los objetivos planteados, quedando así delimitada por estos aspectos clave del estudio<sup>66</sup>.

Para el presente trabajo de investigación la población estuvo conformada por 23063 estudiantes de educación básica matriculados en establecimientos educativos tanto de gestión estatal como particular de la Provincia de Tacna quienes se encontraban en el V o VI ciclo escolar, siendo ellos niños con edades que comprendían entre los 11 y 14 años, quienes se encontraban desde quinto grado de educación primaria hasta segundo grado de educación secundaria<sup>67</sup>.

### **3.7.3 Muestra**

En cuanto a la técnica de muestreo, se optó por un muestreo intencional; mientras que, en cuanto al tamaño, al tratarse de una investigación cuyo diseño es de una investigación instrumental, algunos autores sugieren otros criterios a tomar en cuenta para la selección del tamaño de la muestra.

Ciertos investigadores sostienen la necesidad de contar con una proporción de entre 5 y 10 participantes por cada ítem en estudio, mientras que otros argumentan que un rango de 2 a 3 participantes por ítem puede considerarse suficiente y adecuado, siempre y cuando el número global de participantes no caiga por debajo de 200. Snook y Gorsuch indican, en términos generales, que disponer de una muestra de 300 participantes resultaría en soluciones confiables sin importar el enfoque específico utilizado en el análisis factorial<sup>68</sup>. Como se ha descrito, la pauta convencional consiste en asegurar un mínimo de 10 participantes por cada ítem de la escala, lo que implica una proporción ideal de encuestados por ítem de 10:1. Algunos expertos han sugerido que un intervalo adecuado para el análisis factorial oscila entre 200 y 300 casos<sup>69</sup>. Sin embargo, tras realizar un estudio de simulación que abarcó diversos tamaños de muestra, Guadagnoli y Velicer concluyeron que, para lograr una comparabilidad aceptable de los patrones, se requieren al menos de 300 a 450 casos, y que la replicación es necesaria si el tamaño de la muestra es inferior a 300<sup>70</sup>. Comrey y Lee proponen una gradación de tamaños de muestra para el desarrollo de escalas, donde se establece que 100 sería deficiente, 200 sería regular, 300 sería considerado bueno, 500 sería calificado como muy bueno, y un tamaño de muestra igual o superior a 1000 se consideraría excelente<sup>69</sup>. Considerando todos y cada uno de estos criterios descritos anteriormente podemos

concluir que un tamaño de 665 participantes es apropiado para la presente investigación puesto que cumple con cada uno de ellos.

### **3.8 Procedimiento, técnicas e instrumentos**

#### **3.8.1 Procedimiento**

Primero se pidió consentimiento y autorización del autor original con la finalidad de poder usar el instrumento a validar. Del mismo modo, se gestionó formalmente el permiso correspondiente para el uso de la traducción del mismo instrumento, en su versión larga, al autor que realizó la validación en Perú. También se solicitó permiso al autor de la adaptación al español de la versión corta para la lengua española en el contexto chileno, que se utilizó para la validez convergente. Asimismo, se solicitó el permiso del autor original y autor de la adaptación al contexto peruano de la escala de satisfacción con la vida familiar para utilizarlo como instrumento en el proceso de validación discriminante (Apéndice 5).

Posterior a ello, se tomaron las traducciones de los ítems correspondientes al CPQ 11-14 ISF:16 del instrumento ya previamente adaptado transculturalmente al contexto peruano por Abanto (2013). Una vez obtenido el instrumento traducido, se procedió a enviar los documentos necesarios para las evidencias de validez basadas en el contenido a los jueces expertos (Apéndice 6). Luego de analizar, modificar y optimizar la semántica de ciertos reactivos, se obtuvo la versión final del cuestionario (Apéndice 2) y se procedió a ejecutar todos los procesos previos conducentes a la recolección de datos, tales como la evaluación del proyecto de investigación por parte del Comité de Ética en Investigación del Hospital Hipólito Unanue de Tacna (Apéndice 11), la gestión para la obtención de autorización por parte de la Unidad de Gestión Educativa Local de Tacna (UGEL Tacna) (Apéndice 10), permisos por parte de las Instituciones Educativas seleccionadas (Apéndices 12 y 13), coordinación con los docentes tutores de aula para poder presentar el consentimiento informado (Apéndice 7) a los padres y/o apoderados legales de los menores, coordinación con los docentes para la presentación del asentimiento informado (Apéndice 8) a los menores y la aplicación del cuestionario.

Posteriormente, los datos recolectados se sometieron a análisis de acuerdo con los objetivos establecidos para esta investigación en el software RStudio 2024.12.1.

Para realizar el análisis descriptivo de los reactivos, se organizó en sus dimensiones correspondientes y se analizaron por cada factor de manera independiente. En cuanto a las evidencias basadas en la estructura interna, fue necesario realizar, a través de un modelado de ecuaciones estructurales, un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) utilizando el estimador WLSMV, obteniendo así sus respectivas medidas de bondad de ajuste, para lo cual se empleó el paquete lavaan.

Respecto a las evidencias de validez en relación con otras variables, se realizaron pruebas de validez convergentes y discriminantes con los instrumentos ya mencionados anteriormente. La validez convergente se determinó a través de un análisis de correlación<sup>71</sup> entre los puntajes totales obtenidos en los instrumentos CPQ 11-14 ISF:8 y CPQ 11-14 ISF:16. La validez discriminante o divergente se evaluó a través de 2 enfoques, los cuales fueron según el criterio de Fornell & Larcker<sup>72</sup> y a través del enfoque Heterotrait – Monotrait<sup>73</sup>.

Respecto al análisis de consistencia interna, se llevó a cabo pruebas de fiabilidad mediante diversos coeficientes de estimación, entre ellos el alfa ordinal, el coeficiente alfa de Cronbach y el coeficiente omega de McDonald, los cuales se llevaron a cabo de forma independiente por cada una de las dimensiones establecida. Finalmente se determinó los puntos de corte a través de los percentiles.

### **3.8.2 Técnicas**

La encuesta fue elegida como la técnica más adecuada en la recolección de la data para el presente estudio, la cual está definida como un método que busca recopilar datos proporcionados por un conjunto o muestra de individuos sobre ellos mismos o sobre un tema específico<sup>66</sup>.

### **3.8.3 Instrumentos**

El instrumento a aplicar para la recolección de la data es un cuestionario, el cual lleva por nombre CPQ 11-14 – ISF:16, el cual es uno de los cuestionarios destinados a la medición de la OHRQoL. Este cuestionario busca averiguar la

cantidad de veces que ocurrieron ciertos eventos relacionados con la salud oral del niño durante los últimos 3 meses. Consta de 16 reactivos estructurados en 4 dominios y dos ítems de calificaciones globales<sup>55</sup>:

- a. Dimensión 1: Síntomas Orales (Reactivos 1 al 4)
- b. Dimensión 2: Limitaciones Funcionales (Reactivos 5 al 8)
- c. Dimensión 3: Bienestar Emocional (Reactivos 9 al 12)
- d. Dimensión 4: Bienestar Social (Reactivos 13 al 16)

Este cuestionario se responde mediante una escala de tipo Likert que toma niveles desde 0 a 4, siendo distribuidos en orden de la siguiente manera: nunca, una o dos veces, a veces, con frecuencia y todos los días o casi todos los días.

Asimismo, las preguntas para los puntajes generales también se responden mediante una escala de tipo Likert que toma niveles del 0 al 4, siendo distribuidos de la siguiente manera siguiendo el orden ascendente de los valores:

- Para la primera pregunta global: excelente, muy buena, buena, regular, mala.
- Para la segunda pregunta global: nada, muy poco, poco, bastante, muchísimo.

Como segundo instrumento, se empleó otra versión abreviada del cuestionario CPQ 11-14, denominada CPQ 11-14 – ISF:8, igualmente diseñada para medir la calidad de vida relacionada con la salud bucal en población pediátrica. Este instrumento se utilizó para la evaluación de la validez convergente, dado que mide el mismo constructo que en el instrumento principal. Esta versión mantiene la estructura conceptual del instrumento original, pero se compone únicamente de 8 ítems, seleccionados representativamente a razón de dos por cada dimensión evaluada:

- a. Dimensión 1: Síntomas Orales (Reactivos 1 y 2)
- b. Dimensión 2: Limitaciones Funcionales (Reactivos 3 y 4)
- c. Dimensión 3: Bienestar Emocional (Reactivos 5 y 6)
- d. Dimensión 4: Bienestar Social (Reactivos 7 y 8)

Los ítems exploran la frecuencia de eventos o experiencias adversas vinculadas a la salud oral durante los últimos tres meses, y se responden mediante una escala de tipo Likert de 5 niveles, con puntuaciones que van del 0 al 4, donde: 0 = nunca, 1 = una o dos veces, 2 = a veces, 3 = con frecuencia, 4 = casi todos o todos los días.

Como tercer cuestionario se utilizó la Escala de Satisfacción con la Vida Familiar<sup>74</sup> (SWFLS, por sus siglas en inglés), un cuestionario elaborado inicialmente por Zabriskie & McCormick<sup>75</sup>, que luego fue adaptado y validado al contexto peruano por Caycho – Rodríguez et al.<sup>76</sup> Cabe resaltar que esta escala deriva del instrumento Satisfaction With Life Scale (SWLS), originalmente diseñado por Diener et al.<sup>77</sup>, el cual fue modificado reemplazando el término “vida” por las palabras “vida familiar” en los cinco ítems que componen la escala.

Este instrumento fue diseñado para valorar el juicio subjetivo y racional que una persona hace respecto al grado de satisfacción general con su vida familiar. Este juicio se construye con base en afirmaciones de carácter global y evaluativo, centradas en las percepciones sobre el entorno familiar. Dicho instrumento se aplicó con el fin de analizar la validez discriminante, ya que evalúa un constructo conceptualmente diferente al del instrumento principal.

La escala está compuesta por 5 ítems agrupados en una única dimensión, todos formulados en forma de declaraciones, frente a las cuales los encuestados expresan el nivel de conformidad o discrepancia mediante una escala tipo Likert de siete categorías, cuyos valores van del 1 al 7, donde 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

#### **4.1 Descripción del trabajo de campo**

Seguidamente, todos los procesos conducentes a la recolección de datos que se han realizado, se presentan de forma detallada:

a. Se coordinó los permisos necesarios que permitieran, de manera formal, la ejecución del estudio con la Unidad de Gestión Educativa Local de Tacna (UGEL Tacna) (Apéndice 10).

b. Una vez obtenida la autorización de la UGEL Tacna para realizar el presente estudio, se prosiguió con la solicitud de los permisos a las Instituciones Educativas seleccionadas aleatoriamente para la recolección de la data (Apéndices 12 y 13).

c. Posteriormente se coordinó con los docentes tutores de cada aula para poder entregar, a los padres y/o apoderados legales de los menores, los consentimientos informados (Apéndice 7) para la obtención de su autorización en la aplicación del instrumento en los estudiantes de educación básica.

d. Luego se recogió los consentimientos informados de los padres que autorizan voluntariamente la participación del menor en la presente investigación y se coordinó con los docentes tutores para la definición de la fecha en que se realizará la aplicación del instrumento.

e. Así mismo, se entregó a cada estudiante un asentimiento informado (Apéndice 8) mediante el cual se buscó corroborar su voluntad libre y consciente de participar en la investigación.

f. Finalmente se realizó la recolección de datos en las fechas previamente coordinadas, para ello se visitó las aulas en su respectivo horario de

tutoría con el permiso de cada docente y se brindó los tres cuestionarios a cada estudiante.

#### **4.2 Diseño de la presentación de los resultados**

Una vez recolectada y procesada la data, se presentarán los resultados abordando cada uno de los objetivos planteados para la presente investigación, siguiendo el mismo orden y siendo estructurados de la siguiente manera:

- Resultados de las evidencias de validez basadas en el contenido.
- Resultados de las evidencias del análisis estadístico de los ítems.
- Resultados de las evidencias de validez basadas en la estructura interna.
- Resultados de las evidencias de validez basadas en la consistencia interna.
- Resultados de las evidencias de validez en relación con otras variables.
- Resultados de los puntos de corte obtenidos.

### 4.3 Resultados

#### 4.3.1 Evidencias de validez basadas en el contenido

**Tabla 2**

*Análisis cualitativo de la validación a través de juicio de expertos*

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS											
N°	Ítem	Jueces expertos									Ítem resultante
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1	¿Eres Niño o Niña?	-	-	Considero que se debe tener cuidado con el término niño y niña considerando el grupo etario, ¿un estudiante de 14 años aún se auto considera como niño o	-	-	-	Hombre o mujer	-	-	¿Eres hombre o mujer?



<b>vida diaria el estado de tus dientes, labios, mandíbula o boca?</b>	el termino boca y no el de mandíbula	sesgado, ¿cómo consideras que lo interpreta el estudiante, lo llega comprender correctamente?	<b>vida diaria el estado de tus dientes, labios o boca?</b>
--	--------------------------------------	---	---

### DIMENSIÓN 1: SÍNTOMAS ORALES

N°	Ítem	Jueces expertos									Ítem resultante
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
5	<b>¿Dolor en tus dientes, labios, mandíbula o boca?</b>	-	Sugiero replantear la pregunta has tenido dolor o tiene dolor hoy. tienes o has tenido	-	-	-	-	-	-	-	<b>¿Dolor en tus dientes, labios o boca?</b>
6	<b>¿Heridas en la boca?</b>	-	Lo mismo que el ítem	-	-	-	-	Considerar gingivitis	-	-	<b>¿Heridas en la boca?</b>

			anterior has, tienes								
7	¿Mal aliento?	-	Lo mismo que el ítem anterior has, tienes	-	-	-	-	--	-	-	¿Mal aliento?
8	¿Comida que se queda dentro o entre tus dientes?	-	Sugiero replantear tus alimentos se	¿Cómo entendería el estudiante el término “dentro de tus dientes”	-	-	-		-	-	¿Alimentos que se quedan entre tus dientes?

### DIMENSIÓN 2: LIMITACIONES FUNCIONALES

N°	Ítem	Jueces expertos									Ítem resultante
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
9	¿Has tardado más tiempo en comer que otras personas?	-	-	-	-	-	Revisar y simplificar el Ítem para asegurar la comprensión	-	-	-	¿Has tardado más tiempo en comer que otras personas?

por parte de todos los niños										
	<b>¿Problemas para morder o masticar alimentos como una manzana, un choclo o un bistec?</b>	Sugiero mejorar la redacción tiene problemas...	-	-	-	Talvez sería mejor alimentos duros	-	Considero que especificar tres alimentos podría confundir	Revisar el término bistec	<b>¿Problemas para morder o masticar alimentos duros?</b>
11	<b>¿Dificultad para pronunciar algunas palabras?</b>	Sugiero mejorar la redacción tienes dificultad ...	-	-	-	-	-	-	-	<b>¿Dificultad para pronunciar algunas palabras?</b>
12	<b>¿Dificultad para tomar líquidos o comer alimentos calientes o fríos?</b>	Sugiero mejorar la redacción tienes dificultad ...	-	-	-	Revisar y simplificar el Ítem para asegurar la comprensión	-	-	-	<b>¿Dificultad para tomar o comer alimentos calientes o fríos?</b>

por parte de  
todos los  
niños

---

**DIMENSIÓN 3: BIENESTAR EMOCIONAL**

---

N°	Ítem	Jueces expertos									Ítem resultante
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
13	¿Te has sentido irritable o frustrado?	-	-	-	-	-	Revisar y simplificar el Ítem para asegurar la comprensión por parte de todos los niños	-	-	-	¿Te has sentido irritable o frustrado?
14	¿Te has sentido tímido o avergonzado?	-	-	-	-	-	Especificar en la pregunta, por problemas en boca	-	-	-	¿Te has sentido tímido o avergonzado?

15	¿Te ha preocupado lo que piensan otras personas acerca de tus dientes, labios, boca o mandíbula?	-	Como lo indique líneas arriba solo definir si es boca o mandíbula	Revisar si el término mandíbula es lo más apropiado para el estudiante	-	-	-	-	-	-	¿Te ha preocupado lo que piensan otras personas acerca de tus dientes, labios o boca?
16	¿Has estado molesto?	-	-	-	-	-	-	Especificar en la pregunta, por problemas en boca	No me parece pertinente	-	¿Has estado molesto?
<b>DIMENSIÓN 4: BIENESTAR SOCIAL</b>											
Nº	Ítem	Jueces expertos									Ítem resultante
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
17	¿Has evitado reír mientras estabas con otros niños?	-	-	-	-	-	-	-	-	-	¿Has evitado reír mientras estabas con otros niños?

18	<p><b>¿Has discutido/peleado con tu familia u otros niños?</b></p>	-	-	-	-	-	<p>Se podría replantear la formulación de la pregunta, con la finalidad de tener una mejor relación con la dimensión</p>	<p>Especificar en la pregunta, por problemas en boca</p>	-	-	<p><b>¿Has discutido/peleado con tu familia u otros niños?</b></p>
19	<p><b>¿Algunos niños se han burlado de ti o te han puesto apodos?</b></p>	-	-	-	-	-	<p>Revisar y simplificar el Ítem para asegurar la comprensión por parte de todos los niños</p>	<p>Especificar en la pregunta, por problemas en boca</p>	-	-	<p><b>¿Algunos niños se han burlado de ti o te han puesto apodos?</b></p>

<p><b>20</b> ¿Otros niños te han hecho preguntas acerca de tus dientes, labios, boca o mandíbula?</p>	<p>Considerar el aspecto del término mandíbula</p>	<p>¿Otros niños te han hecho preguntas acerca de tus dientes, labios o boca?</p>
---	--	--

### **Análisis e interpretación**

En la tabla 2 se presenta el análisis cualitativo realizado mediante el juicio de expertos, con el fin de validar el contenido de los ítems del instrumento CPQ 11-14 ISF:16. En este proceso participaron un total de nueve especialistas, con vasta experiencia en el campo de la salud oral y/o psicometría, quienes brindaron sus juicios expertos sobre la pertinencia, claridad y relevancia de las preguntas incluidas en el instrumento. A través de sus observaciones detalladas, se detectaron aspectos susceptibles de mejora de la redacción de los reactivos, los cuales fueron sometidos a ajustes para optimizar su estructura y facilitar su interpretación por parte de los estudiantes.

Los juicios emitidos por los expertos destacaron la importancia de reformular varios ítems para evitar ambigüedades y garantizar que las preguntas reflejen de manera precisa los constructos teóricos que el instrumento busca medir. Además, se sugirió la eliminación de términos técnicos y específicos que podrían dificultar la interpretación por parte de los estudiantes, favoreciendo la inclusión de un lenguaje más accesible y adecuado para la edad y el nivel cognitivo de los participantes. En este sentido, los cambios propuestos buscan evitar posibles sesgos interpretativos y asegurar que cada ítem sea comprendido correctamente por los estudiantes, favoreciendo así la precisión en las respuestas y la fiabilidad del instrumento.

Este proceso respalda la validez de contenido del instrumento, dado que las modificaciones realizadas aseguran una alineación más estrecha entre los ítems y las dimensiones teóricas que se pretende evaluar. De esta manera se fortalece la validez interna del instrumento al garantizar que los ítems no solo sean representativos del constructo, sino que también sean apropiados y claros para la población objetivo. El análisis realizado contribuye a la robustez del instrumento, haciendo que sea adecuado para su aplicación en el contexto de estudio, mejorando su capacidad para medir de manera precisa y válida el fenómeno de interés.

**Tabla 3**

*Análisis cuantitativo de la validación a través de juicio de expertos*

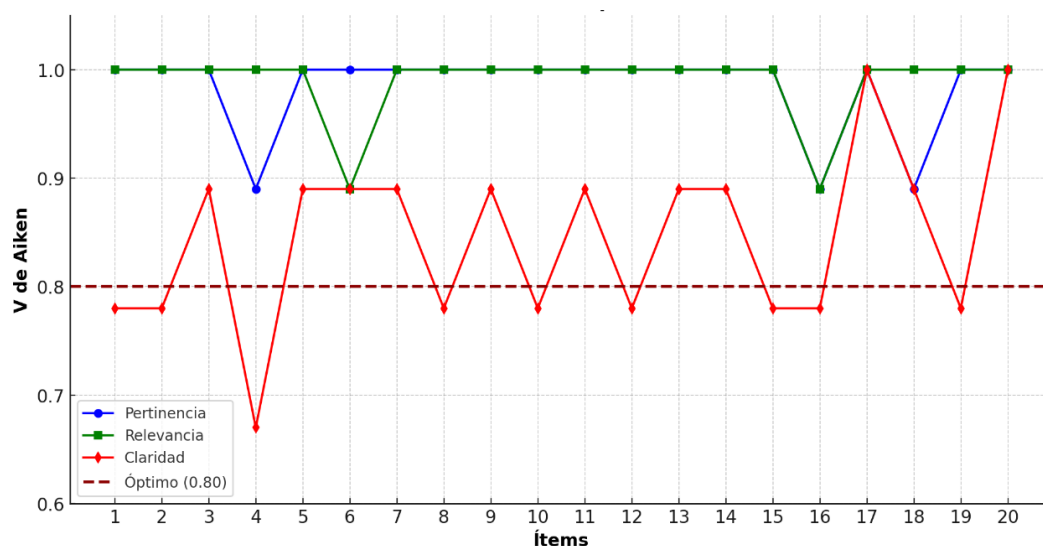
Criterio	Ítem	Jueces expertos									V de Aiken
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
PERTINENCIA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	4	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0.89
	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	16	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0.89
	17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	18	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0.89
	19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>PROMEDIO V DE AIKEN</b>											0.98

<b>RELEVANCIA</b>	<b>1</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<b>2</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<b>3</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<b>4</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<b>5</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<b>6</b>	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0.89
	<b>7</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<b>8</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<b>9</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<b>10</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<b>11</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<b>12</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<b>13</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<b>14</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<b>15</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<b>16</b>	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0.89
	<b>17</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<b>18</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<b>19</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<b>20</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>PROMEDIO V DE AIKEN</b>										0.99	
<b>CLARIDAD</b>	<b>1</b>	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0.78
	<b>2</b>	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0.78
	<b>3</b>	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0.89
	<b>4</b>	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0.67
	<b>5</b>	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0.89
	<b>6</b>	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0.89
	<b>7</b>	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0.89
	<b>8</b>	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0.78
	<b>9</b>	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0.89
	<b>10</b>	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0.78
	<b>11</b>	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0.89
	<b>12</b>	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0.78
	<b>13</b>	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0.89

<b>14</b>	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0.89
<b>15</b>	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0.78
<b>16</b>	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0.78
<b>17</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>18</b>	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0.89
<b>19</b>	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0.78
<b>20</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>PROMEDIO V DE AIKEN</b>										0.84
<b>PROMEDIO GLOBAL V DE AIKEN</b>										0.94

**Figura 4**

*Análisis cuantitativo de la validación a través de juicio de expertos*



### Análisis e interpretación

En la tabla 3 y figura 4 se presenta el análisis cuantitativo de la validación a través del juicio de expertos, utilizando el índice de validez de Aiken<sup>78</sup> para evaluar pertinencia, relevancia y claridad. Los resultados obtenidos en este análisis muestran una alta consistencia y validez en la mayoría de los ítems del instrumento, lo que refuerza su adecuación para medir los constructos teóricos propuestos.

En cuanto a pertinencia, la mayoría de los ítems obtuvo una puntuación máxima de 1 en el V de Aiken, lo que indica que los expertos consideran que las

preguntas son completamente pertinentes para evaluar las dimensiones del instrumento. Solo algunos ítems presentaron puntuaciones ligeramente inferiores (ítems 4, 16 y 18), que fueron de 0.89, lo cual sigue estando dentro de un rango aceptable para validar el contenido del instrumento. El promedio global de pertinencia es 0.98, lo que sugiere que los ítems están altamente alineados con los constructos que se desean medir.

En relación con la relevancia, los resultados muestran una tendencia similar, con la gran mayoría de los ítems obteniendo una puntuación de 1, lo que significa que los expertos consideran los ítems como altamente relevantes para la medición de los constructos teóricos. Sin embargo, algunos ítems como el 6 y el 16 tienen una puntuación de 0.89, lo que podría indicar una ligera necesidad de revisión, pero aún dentro de los márgenes aceptables. El promedio global de relevancia es 0.99, lo que refuerza la solidez del instrumento en cuanto a la relevancia de los ítems propuestos para la población objetivo.

En cuanto a la claridad, los resultados son algo más variables. Si bien algunos ítems obtuvieron puntuaciones de 1 en el V de Aiken, indicando que los expertos consideran las preguntas claras y comprensibles, también se observaron puntuaciones más bajas en otros. Una proporción significativa de los ítems alcanzaron puntuaciones de 0.78 y 0.89, mientras que solo el ítem 4 que obtuvo 0.67, lo que sugiere que estos ítems podrían presentar dificultades en su interpretación o comprensión por parte de los estudiantes. El promedio global de claridad es 0.84, no obstante, es importante destacar que se implementó cambios y ajustes en los ítems con bajo coeficiente, considerando el análisis cualitativo previo donde se sugirieron modificaciones en la redacción, para mejorar la claridad y precisión.

El promedio global de validez de Aiken es 0.94, lo que demuestra que, en general, los ítems del instrumento presentan una alta validez en términos de pertinencia, relevancia y claridad. Este análisis cuantitativo respalda la validez del contenido del instrumento CPQ 11-14 ISF:16, lo que refuerza su capacidad para medir con precisión los constructos vinculados al estado de salud bucodental en población escolar de nivel básico.

### 4.3.2 Análisis estadístico de los ítems

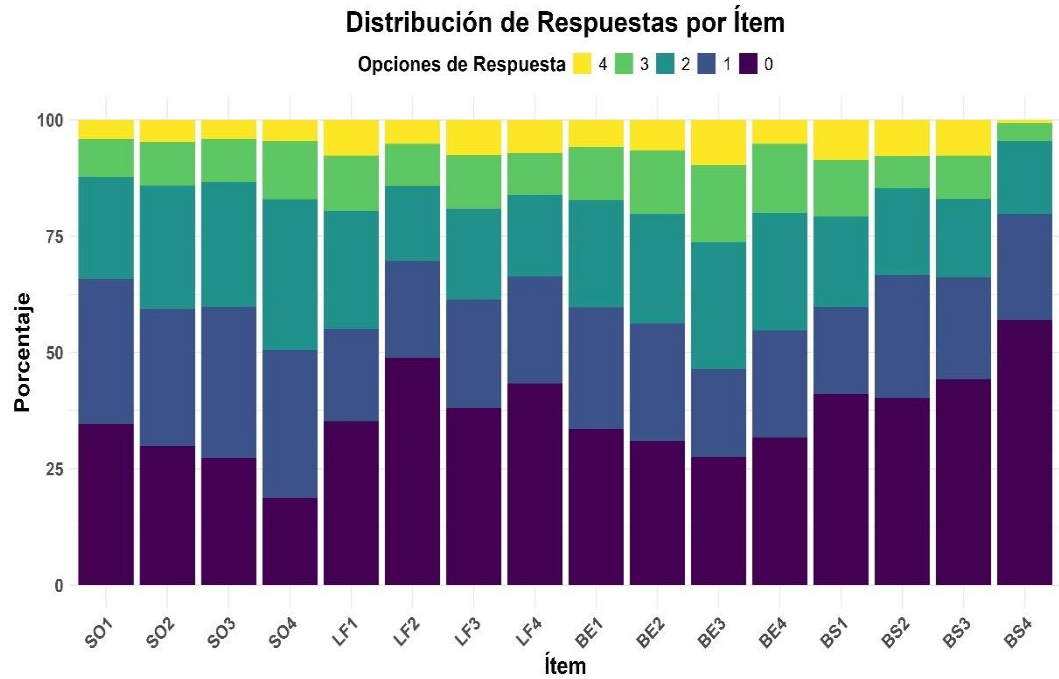
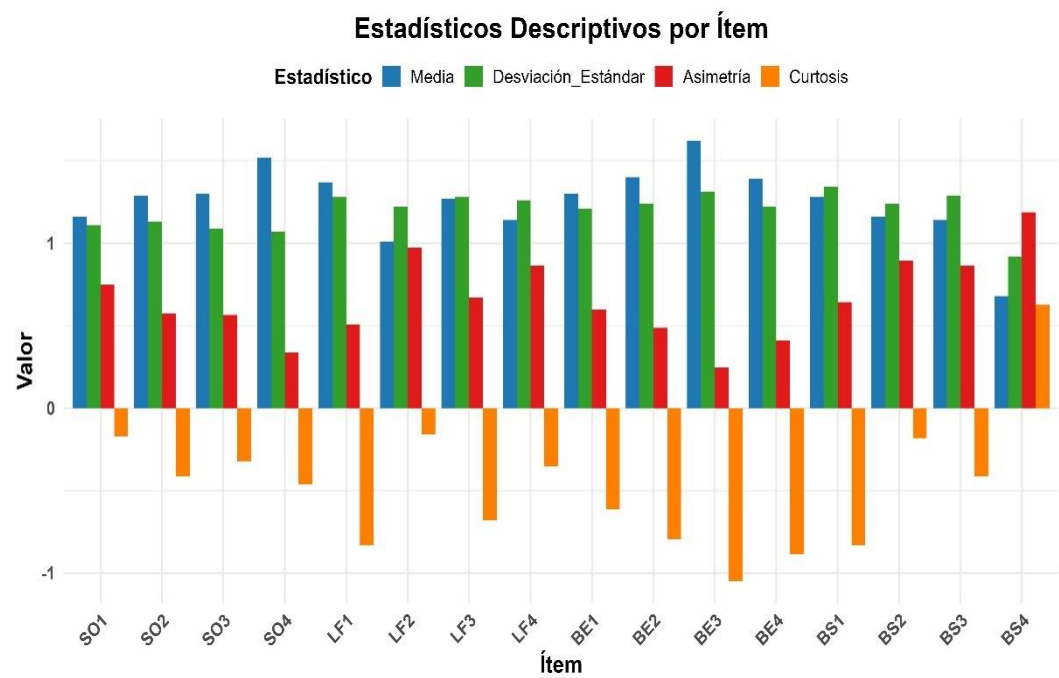
**Tabla 4**

*Análisis descriptivo de los ítems*

Dimensión	Ítems	%					M	DE	g1	g2	IHC	h <sup>2</sup>	Si se elimina el ítem	
		0	1	2	3	4							$\alpha$	$\omega$
Síntomas Orales	SO1	34.59	31.13	21.95	8.27	4.06	1.16	1.11	0.750	-0.170	0.610	0.558	0.758	0.766
	SO2	29.92	29.47	26.47	9.47	4.66	1.29	1.13	0.575	-0.415	0.574	0.451	0.776	0.780
	SO3	27.37	32.48	26.77	9.32	4.06	1.30	1.09	0.564	-0.324	0.651	0.619	0.738	0.739
	SO4	18.80	31.73	32.33	12.63	4.51	1.52	1.07	0.339	-0.461	0.639	0.651	0.744	0.745
Limitaciones Funcionales	LF1	35.19	19.85	25.41	11.88	7.67	1.37	1.28	0.507	-0.832	0.554	0.479	0.777	0.780
	LF2	48.87	20.75	16.09	9.17	5.11	1.01	1.22	0.973	-0.159	0.660	0.685	0.726	0.730
	LF3	38.05	23.31	19.55	11.58	7.52	1.27	1.28	0.671	-0.682	0.583	0.484	0.763	0.767

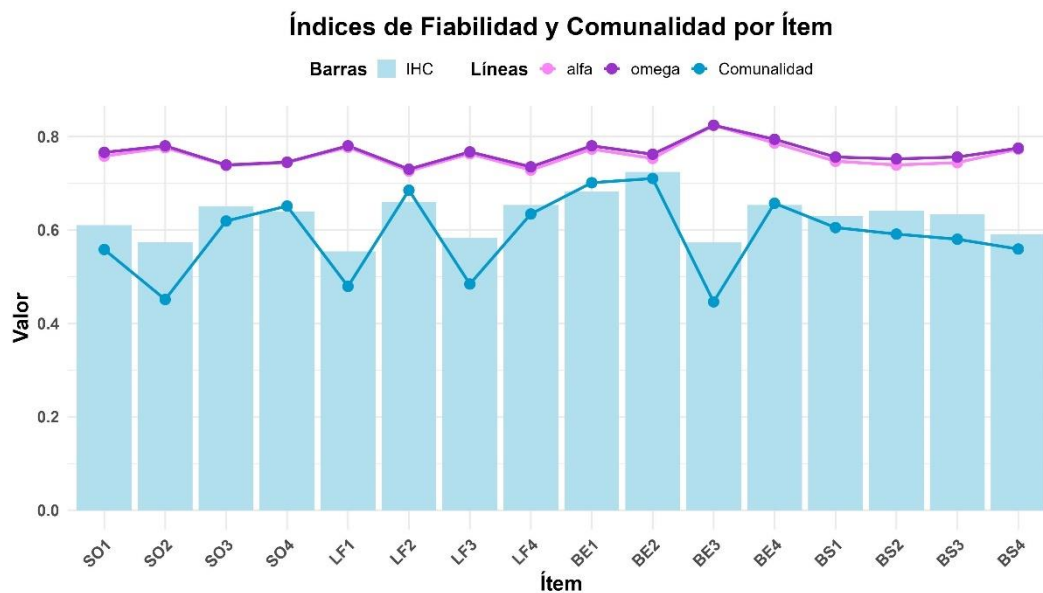
	LF4	43.31	23.01	17.59	9.02	7.07	1.14	1.26	0.863	-0.355	0.653	0.634	0.728	0.735
Bienestar Emocional	BE1	33.53	26.17	23.01	11.43	5.86	1.30	1.21	0.597	-0.615	0.682	0.701	0.773	0.780
	BE2	30.98	25.26	23.46	13.68	6.62	1.40	1.24	0.487	-0.795	0.724	0.710	0.753	0.762
	BE3	27.52	18.95	27.22	16.54	9.77	1.62	1.31	0.246	-1.047	0.573	0.446	0.824	0.824
	BE4	31.73	23.01	25.26	14.89	5.11	1.39	1.22	0.411	-0.885	0.653	0.657	0.786	0.794
	BS1	41.05	18.80	19.40	12.18	8.57	1.28	1.34	0.643	-0.832	0.630	0.605	0.747	0.756
Bienestar Social	BS2	40.15	26.47	18.65	6.92	7.82	1.16	1.24	0.894	-0.182	0.641	0.591	0.739	0.752
	BS3	44.21	21.95	16.84	9.32	7.67	1.14	1.29	0.862	-0.415	0.633	0.580	0.744	0.756
	BS4	56.99	22.86	15.64	3.76	0.75	0.68	0.92	1.188	0.625	0.590	0.559	0.773	0.775

*Nota.* M: media, DE: desviación estándar, g1: coeficiente de asimetría, g2: coeficiente de curtosis, IHC: índice de homogeneidad corregido, h2: comunalidades,  $\alpha$ : alfa de Cronbach,  $\omega$ : omega de McDonald

**Figura 5***Distribución de respuestas por ítem***Figura 6***Distribución de media, desviación estándar, asimetría y curtosis por ítem*

**Figura 7**

*Índice de homogeneidad corregido, comunalidades y consistencia si se elimina el ítem*



### **Análisis e interpretación**

En la tabla 4, junto con las Figuras 5, 6 y 7, se presenta un análisis descriptivo de los ítems, permitiendo evaluar su distribución, tendencia central, dispersión y consistencia interna si se elimina el ítem. El análisis de la distribución de respuestas evidencia que los porcentajes de selección de cada opción oscilaron entre 0.75% y 56.99%, sin que ningún ítem superara el umbral crítico del 80%, lo que indica la ausencia de sesgos sistemáticos en las opciones marcadas por los participantes. Este resultado sugiere que los reactivos no fueron afectados por efectos de deshabilidad social, aquiescencia o sesgo de respuesta<sup>79</sup>, lo que refuerza la fiabilidad de la recolección de datos, sugiriendo que los ítems miden de manera efectiva las percepciones y experiencias de los participantes, sin ser influidos por factores de respuesta sesgada.

Respecto a los estadísticos de tendencia central y dispersión, la media de los ítems se situó en un intervalo entre 0.68 y 1.62, lo que refleja una adecuada distribución de puntuaciones sin sesgos extremos en la tendencia central. Estos valores son apropiados, ya que indican que los participantes no perciben de forma

extrema los constructos medidos. La desviación estándar, con valores comprendidos desde 0.92 hasta 1.34, indica una variabilidad moderada en las respuestas, lo que sugiere que la variabilidad de las respuestas es ligeramente homogénea y sin indicios de heterogeneidad marcada en la distribución de los datos. Adicionalmente, el análisis de asimetría (g1) y curtosis (g2) muestra que los coeficientes resultantes se encuentran dentro del rango de  $\pm 1.5^{80,81}$ , siendo estos valores variantes entre 0.246 y 1.188 para asimetría y entre -1.047 y 0.625 para curtosis. Los valores cercanos a cero sugieren distribuciones relativamente simétricas, esto supone que la distribución empírica de los datos no se aleja significativamente de la normalidad teórica, favoreciendo la idoneidad de los ítems para su inclusión en modelos estadísticos paramétricos y en un análisis factorial exploratorio.

Por otra parte, el Índice de Homogeneidad Corregido (IHC) muestra resultados que oscilan entre 0.554 y 0.724, lo que está por encima del umbral crítico de 0.30 en todos los ítems, confirmando que las variables observadas comparten varianza común y contribuyen significativamente a la medición del constructo subyacente<sup>82</sup>. Estos valores sugieren que cada ítem mantiene una asociación coherente con la escala global, sin que se evidencien elementos que actúen como ruido estadístico o que reflejen contenidos ajenos al constructo en evaluación. En cuanto a las comunalidades ( $h^2$ ) presentan valores que varían entre 0.446 y 0.710, por lo que también superaron el umbral crítico de 0.30, esto evidencia que los reactivos contribuyen de manera sustancial a la explicación de la varianza común subyacente dentro del modelo factorial<sup>83</sup>. Esto respalda la estructura teórica del instrumento y sugiere que los ítems no solo tienen relevancia psicométrica, sino que también poseen cargas factoriales adecuadas dentro de la matriz de correlaciones subyacente, lo que favorece su inclusión en análisis factorial confirmatorio (CFA) y en modelos de medición latente.

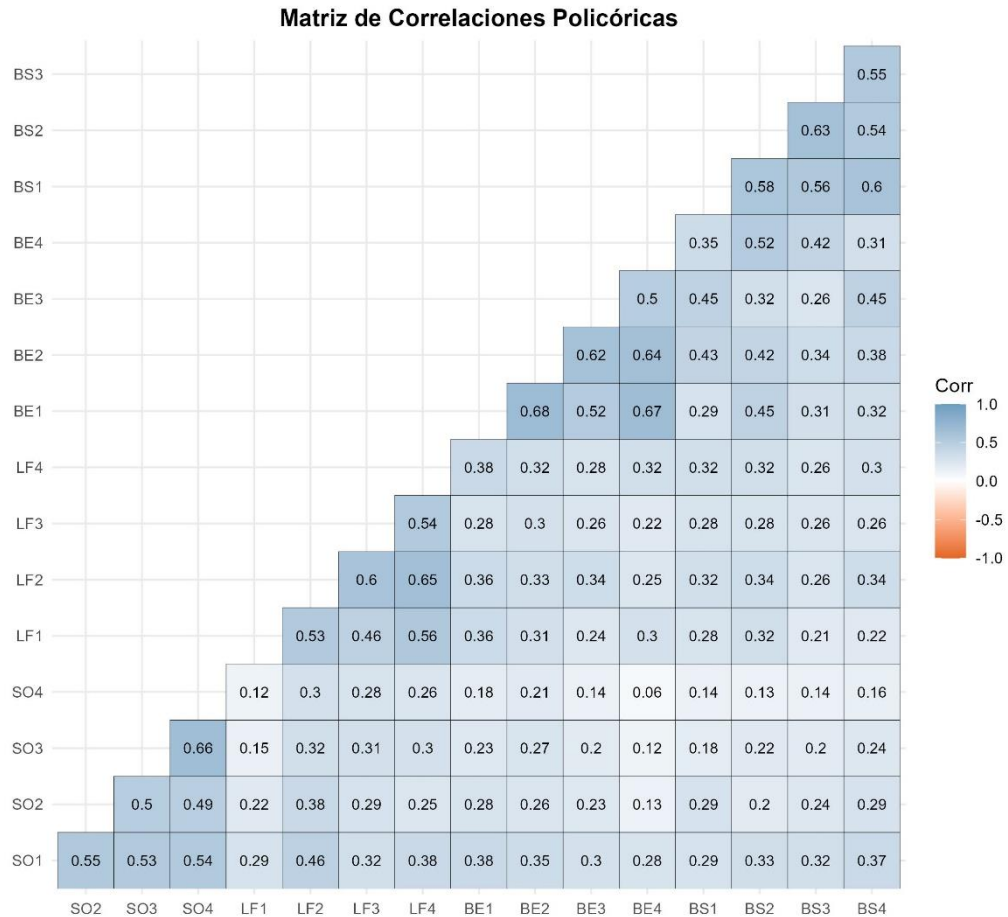
En conjunto, estos resultados confirman un conjunto de criterios descriptivos que validan la pertinencia de mantener todos los ítems en la escala, lo que optimiza su aplicabilidad y garantiza mediciones estables y precisas.

**Tabla 5***Matriz de correlaciones policóricas de los ítems*

Ítems	SO1	SO2	SO3	SO4	LF1	LF2	LF3	LF4	BE1	BE2	BE3	BE4	BS1	BS2	BS3	BS4
SO1	1															
SO2	0.546	1														
SO3	0.532	0.502	1													
SO4	0.538	0.490	0.660	1												
LF1	0.288	0.225	0.149	0.121	1											
LF2	0.462	0.380	0.323	0.299	0.526	1										
LF3	0.322	0.290	0.312	0.280	0.455	0.597	1									
LF4	0.375	0.254	0.297	0.264	0.560	0.647	0.544	1								
BE2	0.376	0.281	0.227	0.181	0.355	0.361	0.281	0.382	1							
BE2	0.351	0.257	0.274	0.210	0.309	0.329	0.301	0.324	0.682	1						
BE3	0.299	0.226	0.199	0.141	0.245	0.336	0.262	0.285	0.520	0.623	1					
BE4	0.281	0.133	0.122	0.059	0.305	0.247	0.223	0.317	0.672	0.644	0.501	1				
BS1	0.292	0.290	0.178	0.136	0.284	0.325	0.282	0.323	0.288	0.428	0.448	0.352	1			
BS2	0.330	0.204	0.217	0.126	0.319	0.337	0.280	0.325	0.447	0.418	0.318	0.517	0.578	1		
BS3	0.318	0.236	0.195	0.143	0.209	0.257	0.257	0.255	0.307	0.339	0.264	0.423	0.563	0.628	1	
BS4	0.371	0.292	0.243	0.159	0.223	0.342	0.265	0.304	0.319	0.380	0.446	0.313	0.604	0.536	0.548	1

## Figura 8

Representación gráfica de las correlaciones policóricas



### Análisis e interpretación

En la tabla 4 y figura 8 se presenta una matriz de correlaciones policóricas y su respectiva representación gráfica, la cual evidencia que los ítems dentro de cada dimensión presentan correlaciones positivas y de magnitud moderada a alta, con valores que oscilan entre 0.455 y 0.682. Esto es indicativo de que los ítems dentro de cada dimensión están estrechamente relacionados, lo que es favorable para la estructura interna del instrumento, respaldando así la coherencia interna del mismo y su capacidad para medir constructos latentes bien definidos. En la dimensión Síntomas Orales (SO), las correlaciones varían entre 0.49 y 0.66, destacando la fuerte asociación entre SO3 y SO4 (0.66), mientras que en Limitaciones Funcionales (LF), los valores fluctúan entre 0.455 y 0.647, con la

mayor correlación observada entre LF2 y LF4 (0.647), lo que sugiere que estos ítems capturan aspectos estrechamente relacionados. En Bienestar Emocional (BE), las correlaciones se sitúan entre 0.501 y 0.682, destacando la asociación entre BE1 y BE2 (0.682), mientras que en Bienestar Social (BS), las relaciones varían de 0.536 a 0.628, siendo más alta entre BS2 y BS3 (0.628). En conjunto, estos resultados indican que los ítems dentro de cada dimensión comparten una varianza significativa sin ser redundantes, sugiriendo que los ítems están midiendo de manera consistente los constructos subyacentes.

#### 4.3.3 Evidencias de validez basadas en la estructura interna

**Tabla 6**

*Índices de ajuste del análisis factorial confirmatorio*

Modelos	X <sup>2</sup> /gl	RMSEA	SRMR	CFI	TLI	PNFI	Estimador
Modelo 1	2.75	0.051	0.051	0.989	0.986	0.803	WLSMV
Modelo 2 (Covariando SO3 y SO4)	2	0.039	0.044	0.994	0.992	0.798	WLSMV
Modelo 3 (Eliminando SO3)	2.09	0.040	0.044	0.993	0.992	0.790	WLSMV
Modelo 4 (Eliminando SO4)	1.83	0.035	0.042	0.995	0.994	0.791	WLSMV

*Nota.* X<sup>2</sup>/gl: chi cuadrado / grados de libertad, RMSEA: error de aproximación cuadrático medio, SRMR: residuo estandarizado cuadrático medio, CFI: índice de ajuste comparativo, TLI: índice de Tucker Lewis, PNFI: índice de ajuste normado de parsimonia, WLSMV: mínimos cuadrados ponderados con ajuste de media y varianza.

### **Análisis e interpretación**

En la tabla 6 se puede apreciar los índices de ajuste obtenidos al realizar el análisis factorial confirmatorio, el cual permitió evaluar cuatro modelos estructurales mediante el estimador WLSMV, lo que garantiza mayor precisión en la estimación de parámetros para variables categóricas ordinales.

El primer modelo representa la estructura teórica inicial del instrumento. Se obtuvo un  $X^2/gl = 2.74$ , indicando un ajuste aceptable dentro de los límites críticos establecidos ( $<3$ ). El RMSEA (0.051) y el SRMR (0.051) se encuentran en el rango óptimo ( $<0.08$ ), lo que sugiere una adecuada aproximación del modelo a los datos. Asimismo, los índices de ajuste incremental CFI (0.989) y TLI (0.986) superan ampliamente el umbral de 0.90, lo que confirma una estructura factorial consistente con los datos observados. El PNFI (0.803) sugiere que, si bien el modelo tiene un buen ajuste, podría beneficiarse de modificaciones para optimizarse en términos de parsimonia, sin embargo, no deja de ser adecuado, ya que el modelo mantiene una parsimonia razonable considerando el número de parámetros estimados.

En el modelo 2, la introducción de una covariación entre los errores de los ítems SO3 y SO4 mejora notablemente el ajuste del modelo, con un  $X^2/gl = 2.00$ , lo que indica una reducción en la discrepancia entre la matriz de covarianza observada y la estimada. Se observa una disminución en el RMSEA (0.044) y el SRMR (0.039), lo que sugiere una menor discrepancia residual y una mejora en la modelización del instrumento. Además, los índices de ajuste incremental aumentan, alcanzando valores óptimos (CFI = 0.994, TLI = 0.992), consolidando el modelo como una estructura factorial más estable. No obstante, el PNFI (0.798) muestra una leve reducción, lo que implica una ligera disminución en parsimonia, aunque dentro de niveles aceptables.

En el modelo 3, se eliminó el ítem SO3, lo que generó resultados comparables al Modelo 2, con un  $X^2/gl = 2.08$ , indicando un ajuste adecuado. Los valores de RMSEA (0.044) y SRMR (0.040) permanecen óptimos, reflejando un modelamiento preciso. Asimismo, el CFI (0.993) y el TLI (0.992) mantienen valores elevados, lo que sugiere que la eliminación de SO3 no impacta significativamente la estructura factorial. Sin embargo, el PNFI (0.790) se reduce

aún más, lo que implica que este ajuste podría comprometer la parsimonia del modelo sin aportar una mejora sustancial en términos de ajuste global.

Finalmente, el modelo 4 resultó tener el mejor ajuste de la estructura factorial. La eliminación del ítem SO4 redujo la relación  $X^2/gl$  a 1.83, alcanzando el mejor ajuste relativo entre los modelos evaluados. Los índices de ajuste absoluto mostraron valores óptimos (RMSEA = 0.042; SRMR = 0.035), lo que indica una menor discrepancia residual entre la estructura teórica y los datos observados. Además, los índices incrementales alcanzaron su punto más alto (CFI = 0.995; TLI = 0.994), confirmando que la estructura factorial es altamente consistente con los datos empíricos. En términos de parsimonia, el PNFI (0.791) mostró valores comparables al Modelo 3, lo que sugiere que la eliminación de SO4 optimiza la estructura sin comprometer la simplicidad del modelo.

En términos generales, los resultados del AFC muestran que el primer modelo (original) es robusto y con un buen ajuste general. Los índices de ajuste y los cambios en estos índices al modificar el modelo ofrecen información valiosa sobre la relación entre los ítems y las dimensiones que miden. El modelo 2 demuestra tener mejor ajuste que el modelo original sin dejar de ser parsimonioso, sin embargo, el modelo 4 parece tener los mejores índices de ajuste entre los modelos declarados, pero tiende a ser menos adecuado que el modelo original en términos de parsimonia. Por lo tanto, se considera conservar el modelo original para los siguientes análisis en vista de que presenta índices de ajuste adecuados y se mantiene parsimonioso sin realizar modificaciones.

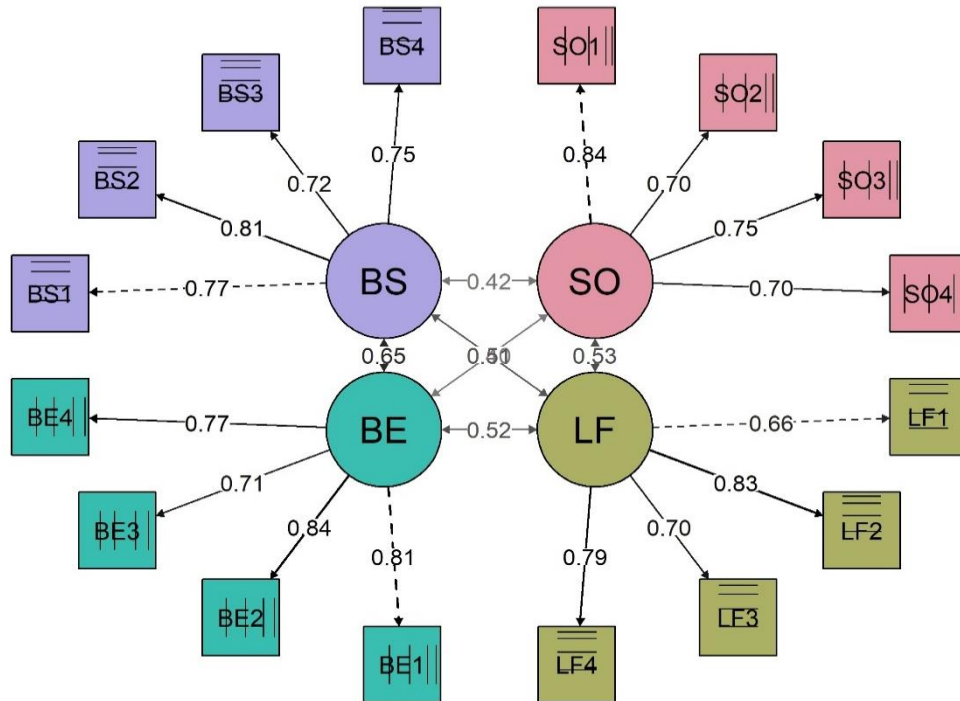
**Tabla 7***Cargas factoriales de los modelos analizados*

DIMENSIÓN	ÍTEM	MODELO	MODELO	MODELO	MODELO
		1	2	3	4
		$\lambda$	$\lambda$	$\lambda$	$\lambda$
<b>Síntomas orales</b>	<b>SO1</b>	0.839	0.873	0.891	0.855
	<b>SO2</b>	0.695	0.714	0.695	0.682
	<b>SO3</b>	0.753	0.644	-	0.640
	<b>SO4</b>	0.699	0.587	0.586	-
<b>Limitaciones funcionales</b>	<b>LF1</b>	0.659	0.660	0.668	0.667
	<b>LF2</b>	0.834	0.834	0.833	0.832
	<b>LF3</b>	0.703	0.703	0.698	0.699
	<b>LF4</b>	0.788	0.788	0.787	0.788
<b>Bienestar emocional</b>	<b>BE1</b>	0.813	0.814	0.813	0.812
	<b>BE2</b>	0.840	0.840	0.837	0.838
	<b>BE3</b>	0.711	0.711	0.710	0.711
	<b>BE4</b>	0.772	0.772	0.777	0.776
<b>Bienestar social</b>	<b>BS1</b>	0.767	0.767	0.769	0.767
	<b>BS2</b>	0.808	0.807	0.808	0.808
	<b>BS3</b>	0.719	0.719	0.719	0.719
	<b>BS4</b>	0.751	0.751	0.748	0.750

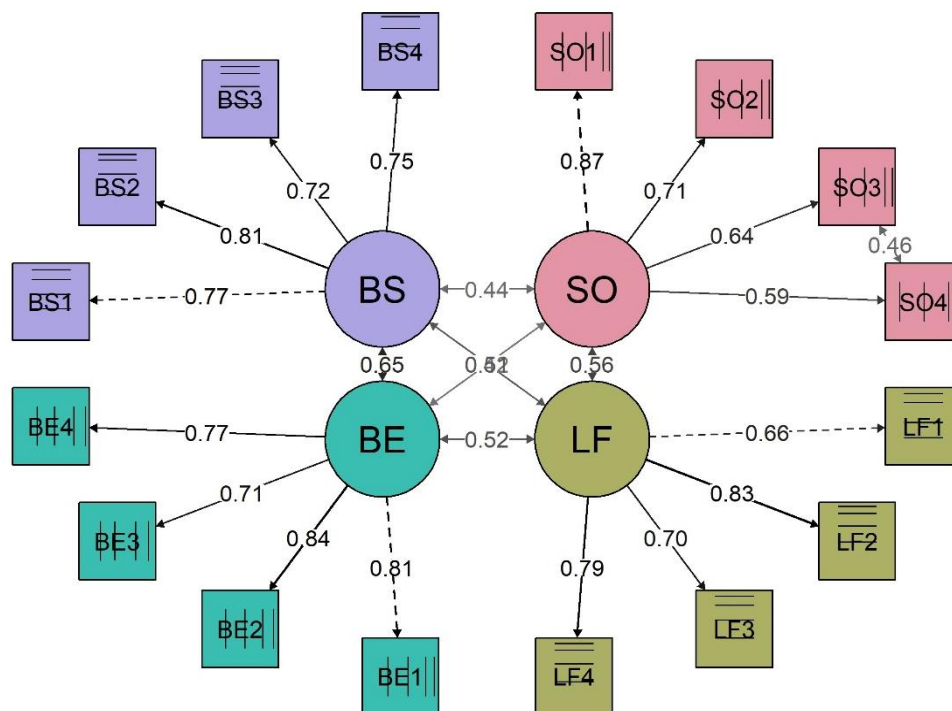
*Nota.*  $\lambda$ : carga factorial

**Figura 9**

*Representación gráfica del análisis factorial confirmatorio del modelo 1*

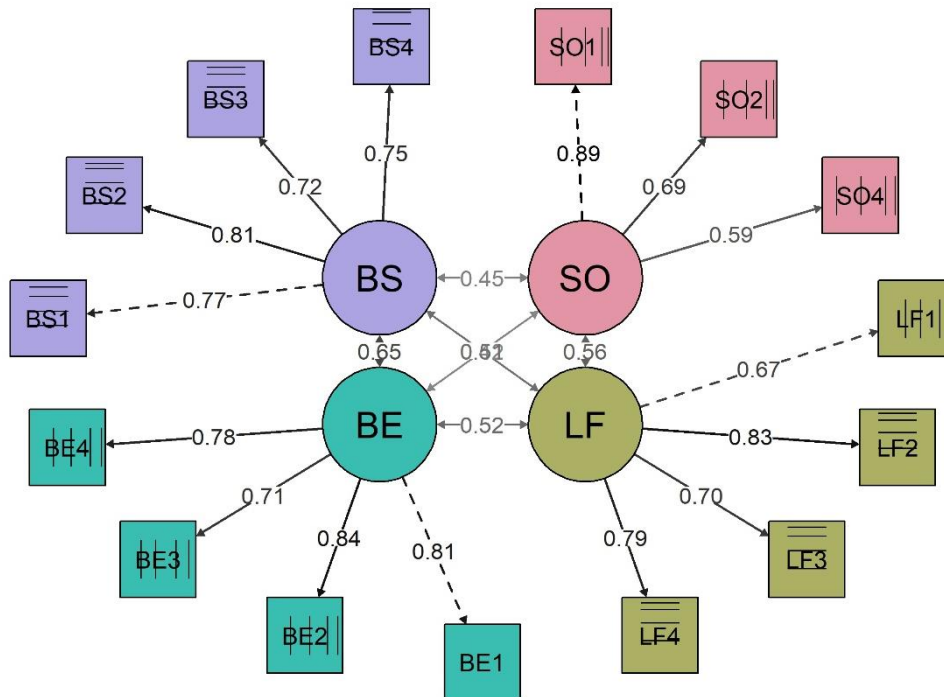
**Figura 10**

*Representación gráfica del análisis factorial confirmatorio del modelo 2*

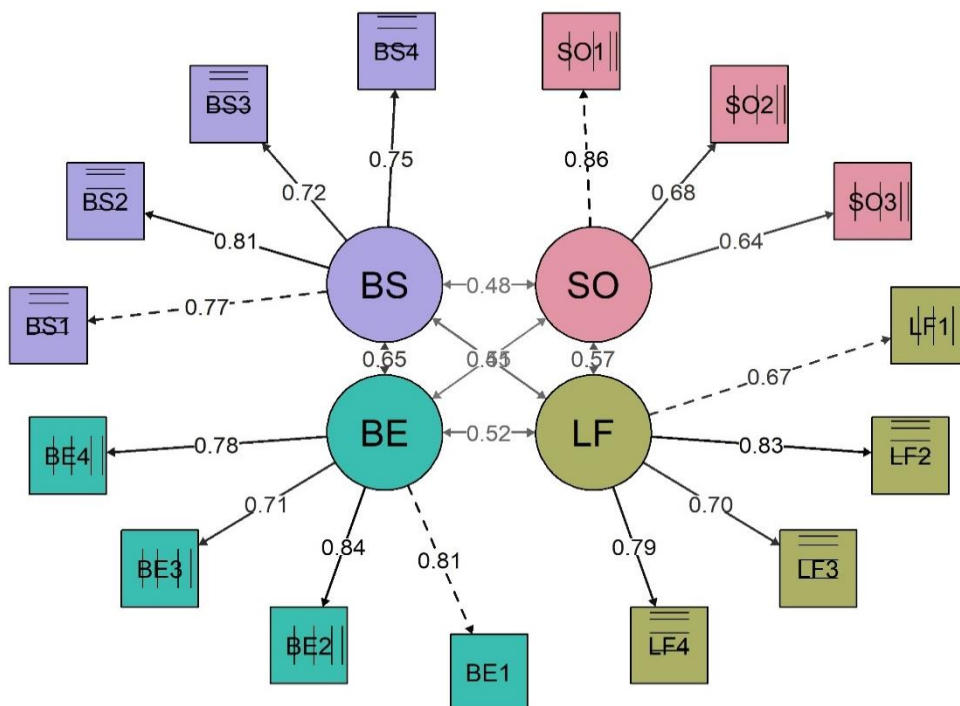


**Figura 11**

*Representación gráfica del análisis factorial confirmatorio del modelo 3*

**Figura 12**

*Representación gráfica del análisis factorial confirmatorio del modelo 4*



### **Análisis e interpretación**

En la tabla 7, figura 9, figura 10, figura 11 y figura 12 se presenta el análisis de las cargas factoriales estandarizadas en los diferentes modelos evaluados, lo que permite examinar la estabilidad de los ítems en la medición de sus respectivas dimensiones latentes, así como los efectos de las modificaciones realizadas en cada estructura factorial. En general, se observa que las cargas factoriales son adecuadas en todos los modelos, lo que sugiere que los ítems contribuyen significativamente a la medición de sus respectivos constructos. Sin embargo, los ajustes introducidos en los Modelos 2, 3 y 4 tienen un impacto diferencial en algunas cargas factoriales, particularmente en el factor Síntomas Orales (SO).

En el modelo inicial, todas las cargas factoriales se encuentran por encima del umbral de 0.40, lo que indica que los ítems contribuyen de manera sustancial a la medición de sus respectivas dimensiones<sup>83</sup>. En la dimensión Síntomas Orales, las cargas oscilan entre 0.695 (SO2) y 0.839 (SO1), mostrando una adecuada representación del constructo. Para Limitaciones Funcionales, las cargas varían entre 0.659 (LF1) y 0.834 (LF2), mientras que, en Bienestar Emocional las cargas oscilan entre 0.711 (BE3) y 0.840 (BE2), y para Bienestar Social, las cargas se encuentran entre 0.719 (BS3) y 0.808 (BS2). La mayoría de los ítems presentan cargas mayores a 0.70, por lo que todo esto en conjunto confirma la solidez de la estructura factorial original.

En el modelo 2, se observa una disminución notable en las cargas factoriales de SO3 (0.644) y SO4 (0.587), lo que sugiere que la introducción de la covariación entre sus errores redujo la varianza específica atribuida a cada uno de estos ítems. Este resultado indica que SO3 y SO4 comparten una porción significativa de varianza no explicada por el factor latente Síntomas Orales, lo que justifica la necesidad de explorar su posible redundancia o problemas de especificidad en la medición del constructo. En las demás dimensiones, las cargas factoriales permanecen prácticamente inalteradas, lo que sugiere que la modificación no afectó la estructura factorial general del instrumento.

En el modelo 3, la eliminación del ítem SO3 resultó en un ligero ajuste en la carga factorial de SO4 (0.586), sin generar cambios sustanciales en las demás

dimensiones. Esto sugiere que la eliminación de SO3 no tuvo un impacto negativo en la medición del constructo de Síntomas Orales, aunque la carga factorial de SO4 sigue siendo baja en comparación con los demás ítems de la dimensión. Esta reducción en la carga factorial de SO4 puede indicar que la ausencia de SO3 disminuyó la varianza explicada por la dimensión latente, lo que podría justificar una revisión conceptual del ítem.

Finalmente, en el modelo 4 se muestra una mejora en la carga factorial de SO1 (0.855) en comparación con el Modelo 1, lo que sugiere que la eliminación de SO4 optimizó la estructura factorial de la dimensión Síntomas Orales, eliminando un ítem cuya contribución al constructo era más débil. La eliminación de SO4 también mantiene la estabilidad en el resto de los ítems del instrumento, pero en cuanto a las cargas de SO2 y SO3 siguen siendo menores a las presentadas en el modelo 1. Sin embargo, las cargas factoriales en todos los modelos analizados en general son altas, revelando que los reactivos tienen una fuerte relación con las dimensiones subyacentes que miden.

#### 4.3.4 Evidencias de validez basadas en la consistencia interna

**Tabla 8**

*Análisis de consistencia interna de los modelos declarados*

FACTOR	MODELO 1			MODELO 2			MODELO 3			MODELO 4		
	$\alpha^*$	$\alpha$	$\omega$	$\alpha^*$	$\alpha$	$\omega$	$\alpha^*$	$\alpha$	$\omega$	$\alpha^*$	$\alpha$	$\omega$
Síntomas orales	0.83	0.80	0.81	0.83	0.80	0.81	0.77	0.74	0.74	0.77	0.74	0.74
Limitaciones funcionales	0.83	0.80	0.80	0.83	0.80	0.80	0.83	0.80	0.80	0.83	0.80	0.80
Bienestar emocional	0.86	0.83	0.83	0.86	0.83	0.83	0.86	0.83	0.83	0.86	0.83	0.83
Bienestar social	0.84	0.80	0.81	0.84	0.80	0.81	0.84	0.80	0.81	0.85	0.80	0.81

*Nota.*  $\alpha^*$ : alfa ordinal,  $\alpha$ : alfa de Cronbach,  $\omega$ : omega de McDonald

### **Análisis e interpretación**

En la tabla 8 se presenta el análisis de consistencia interna de los modelos declarados, el cual se llevó a cabo a través de tres estimadores: alfa ordinal ( $\alpha^*$ ), alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) y omega de McDonald ( $\omega$ ).

En el modelo inicial, los valores de alfa de Cronbach se sitúan entre 0.80 y 0.83, estableciendo un nivel de fiabilidad bueno según los criterios de Campo – Arias & Oviedo<sup>84</sup>. El alfa ordinal es consistentemente más alto en todos los factores, lo que se debe a que este coeficiente es más adecuado para datos ordinales, capturando mejor la consistencia interna en escalas Likert. Finalmente, el  $\omega$  de McDonald muestra valores similares a  $\alpha$ , reforzando la estabilidad del modelo y evidenciando que la varianza compartida entre los ítems es adecuada.

En el modelo 2, los valores de fiabilidad permanecen idénticos al Modelo 1 en todos los factores, lo que indica que la inclusión de la covariación entre los errores de SO3 y SO4 no impactó la consistencia interna del modelo. Esto sugiere que la modificación solo afectó el ajuste factorial, sin alterar la homogeneidad de los ítems dentro de cada constructo.

En el modelo 3, en la dimensión Síntomas Orales, se observa una disminución notable en los coeficientes de fiabilidad tras la eliminación de SO3, con  $\alpha^* = 0.77$ ,  $\alpha = 0.74$  y  $\omega = 0.74$ . Esta reducción sugiere que SO3 aportaba información valiosa al constructo, por lo que su eliminación afectó la consistencia interna del factor. En las demás dimensiones, los valores de fiabilidad permanecen inalterados, indicando que la eliminación de este ítem no afectó significativamente la estructura global del modelo.

Finalmente, en el modelo 4, de manera similar al modelo 3, la eliminación de SO4 produjo una disminución en la fiabilidad de la dimensión Síntomas Orales, con valores de  $\alpha^* = 0.77$ ,  $\alpha = 0.74$  y  $\omega = 0.75$ , lo que confirma que este ítem también tenía una contribución relevante a la consistencia del constructo. Las demás dimensiones mantienen sus niveles de fiabilidad intactos, lo que refuerza la idea de que los cambios afectaron de manera localizada a la dimensión Síntomas Orales, sin comprometer la estructura general del instrumento.

### 4.3.5 Evidencias de validez en relación con otras variables

**Tabla 9**

*Validez convergente mediante análisis de correlación de Pearson*

		CPQ 11-14 ISF:8
CPQ 11-14 ISF:16	r de Pearson	0.918
	p-value	< 0.001

#### **Análisis e interpretación**

En la tabla 9 se presenta el análisis de correlación de Pearson entre el instrumento a validar y su versión más corta validada en el contexto chileno con la finalidad de determinar la validez convergente del primero. Los hallazgos muestran una correlación alta y estadísticamente significativa entre los puntajes obtenidos en ambos instrumentos, observándose un coeficiente de correlación de Pearson igual a 0.918 y con un p-value menor a 0.001, lo que implica una fuerte asociación lineal entre ellos. Este hallazgo es congruente con las expectativas teóricas y metodológicas, ya que ambos instrumentos miden el mismo constructo subyacente, y desde una perspectiva psicométrica, estos resultados demuestran evidencia robusta a favor de la validez convergente del instrumento CPQ 11-14 ISF:16, dado que exhibe una relación estrecha y coherente con una medida que evalúa el mismo constructo latente en la población objetivo.

**Tabla 10**

*Validez discriminante por criterio de Fornell & Larcker*

Dimensión	AVE	Raíz cuadrada	Correlación
SO	0.5610892	0.7490589	-0.1476443
LF	0.5614109	0.7492736	-0.1254687
BE	0.6173148	0.7856938	-0.1622353
BS	0.5804262	0.7618571	-0.1619203

*Nota.* AVE: varianza media extraída

### **Análisis e interpretación**

En la tabla 10 se presentan los valores de AVE, sus raíces cuadradas, así como las correlaciones obtenidas entre cada dimensión del CPQ 11-14 ISF:16 y el instrumento externo utilizado para la validez divergente. Los valores de AVE para cada dimensión oscilan entre 0.561 y 0.617, los cuales son valores adecuados y que a su vez indican que cada dimensión contribuye de manera sustancial a la varianza explicada por los ítems que la componen ya que muestran valores mayores a 0.5<sup>72</sup>.

En cuanto a las raíces cuadradas de los AVE, presentan valores que varían desde 0.749 hasta 0.785, mientras que las correlaciones obtenidas entre las dimensiones del CPQ y el instrumento divergente son todas negativas y de magnitud baja, oscilando entre -0.125 y -0.162, lo cual es coherente con la expectativa teórica de independencia entre los constructos medidos. La raíz cuadrada del AVE tiene que ser superior a las correlaciones entre las dimensiones para que se pueda concluir que las dimensiones son discriminantes y/o divergentes, en este caso, la raíz cuadrada del AVE en todas las dimensiones es considerablemente más alta que las correlaciones entre las dimensiones, lo que confirma que las dimensiones están adecuadamente diferenciadas y que cada una mide un constructo distinto. Estos hallazgos respaldan de manera sólida la existencia de validez divergente, lo que indica que las dimensiones del CPQ 11-14 ISF:16 no están midiendo lo mismo que el constructo evaluado por el instrumento externo. Así, se establece que cada dominio del CPQ mantiene una identidad teórica y estadística diferenciada, como se espera en una estructura factorial bien definida.

**Tabla 11**

*Validez discriminante a través de enfoque Heterotrait-Monotrait (HTMT)*

	SO	LF	BE	BS	SF
SO	1.000				
LF	0.498	1.000			
BE	0.352	0.501	1.000		
BS	0.381	0.477	0.593	1.000	
SF	0.108	0.103	0.149	0.147	1.000

### **Análisis e interpretación**

En la tabla 11 se presentan los valores HTMT resultantes entre los cuatro factores del instrumento CPQ 11-14 ISF:16 (Síntomas orales [SO], Limitaciones funcionales [LF], Bienestar emocional [BE], y Bienestar social [BS]) y el constructo Satisfacción con la vida familiar (SF), utilizado como criterio externo para la validación divergente. Los valores HTMT observados entre las dimensiones del CPQ y la Satisfacción con la vida familiar fueron consistentemente bajos, presentando valores que oscilan entre 0.103 y 0.149. Todos estos valores se encuentran muy por debajo del umbral conservador de 0.85 propuesto por Henseler, Ringle & Sarstedt<sup>73</sup> como criterio de referencia para establecer la existencia de validez discriminante entre constructos teóricamente distintos, y también inferiores al umbral más permisivo de 0.90 sugerido en contextos exploratorios. Esta reducida magnitud de las correlaciones HTMT indica que las dimensiones del CPQ 11-14 ISF:16 comparten mínima varianza con el constructo de satisfacción con la vida familiar, lo cual refuerza su independencia. En consecuencia, los resultados proporcionan evidencias empíricas robustas de validez divergente, confirmando que el instrumento evaluado no se solapa conceptualmente con constructos psicosociales externos, y que mantiene su especificidad como medida de OHRQoL.

#### **4.3.6 Puntos de corte obtenidos**

**Tabla 12**

*Puntos de corte obtenidos a partir de los percentiles*

Categorías	Valores	Percentiles	Valores
Alto	Hasta 13	33	13
Moderado	De 14 hasta 24	66	24
Bajo	De 25 a más		

### **Análisis e interpretación**

En la tabla 12 se presentan los baremos obtenidos a través de los percentiles para el CPQ 11-14 ISF:16, estos valores reflejan empíricamente la distribución de los encuestados en 3 categorías según el puntaje total obtenido en el cuestionario. La categoría denominada “alto”, representada por puntuaciones iguales o inferiores a 13, indica que los encuestados ubicados en este intervalo reportan una baja frecuencia de impactos negativos derivados de problemas en salud bucodental. Desde una perspectiva clínica y epidemiológica, estos adolescentes manifiestan un nivel satisfactorio o positivo en cuanto a su percepción de bienestar oral. La categoría denominada “moderado”, con puntuaciones desde 14 hasta 24, agrupa a los participantes que reportan una frecuencia regular de experiencias negativas relacionadas con la salud oral. Estos adolescentes podrían requerir monitoreo clínico periódico, dada su percepción intermedia que refleja posibles situaciones emergentes o preocupaciones que aún no alcanzan niveles graves, pero tampoco pueden considerarse completamente saludables o ausentes de problemas. Finalmente, la categoría etiquetada como "bajo", con puntuaciones de 25 en adelante, corresponde a aquellos que experimentan frecuentemente impactos negativos derivados de condiciones bucodentales, percibidas como problemáticas y que afectan considerablemente su calidad de vida. En términos epidemiológicos y clínicos, este grupo debe considerarse prioritario en planes de acción sanitaria pública, estableciendo intervenciones tempranas que minimicen riesgos futuros y mejoren la calidad de vida relacionada a salud oral.

#### **4.4 Comprobación de hipótesis**

El objetivo principal de este estudio fue determinar las evidencias de validez y propiedades psicométricas del instrumento CPQ 11-14 ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024. Para ello, se ejecutaron múltiples procedimientos analíticos que permitieron evaluar de manera exhaustiva la validez basada en el contenido, la estructura factorial subyacente, la consistencia interna y su asociación con constructos externos. A continuación, se presenta la comprobación de las

hipótesis correspondientes a los objetivos planteados, sustentada en la evidencia obtenida a lo largo del estudio.

#### **4.4.1 Hipótesis específica 1**

La validez del contenido del instrumento fue evaluada mediante un juicio de expertos, lo que permitió realizar ajustes necesarios en los ítems para mejorar su precisión semántica y garantizar su representatividad en relación con las dimensiones teóricas subyacentes al constructo de interés. Los resultados del índice V de Aiken, con valores globales superiores a 0.80, cumplen con los umbrales establecidos por Aiken<sup>78</sup> y confirman la validez de contenido del instrumento. Este hallazgo valida la hipótesis de que el CPQ 11-14 ISF:16 cuenta con adecuadas evidencias sólidas de validez sustentada en el contenido, asegurando que los ítems son pertinentes, representativos y adecuados para medir el constructo de OHRQoL en la población objetivo.

#### **4.4.2 Hipótesis específica 2**

El análisis descriptivo de los ítems reveló una distribución adecuada de las respuestas, con porcentajes de selección que no superaron el umbral crítico del 80%<sup>79</sup>. La media de las respuestas, la desviación estándar, y las medidas de asimetría y curtosis confirmaron que la distribución de los datos no presentaba sesgos extremos<sup>80,81</sup>. La ausencia de sesgos sistemáticos y la dispersión controlada de las respuestas respaldan la fiabilidad de la recolección de datos y la calidad de la medición del instrumento. Además, los valores de homogeneidad corregida (IHC) y las comunalidades ( $h^2$ ) fueron óptimos, respaldando la consistencia interna de los ítems en relación con sus dimensiones latentes<sup>85</sup>. Estos resultados confirman la hipótesis de que el CPQ 11-14 ISF:16 posee adecuadas evidencias estadísticas en el análisis de ítems, lo que demuestra que los ítems están alineados con las dimensiones latentes y contribuyen a una medición precisa y fiable.

#### 4.4.3 Hipótesis específica 3

El AFC fue clave para evaluar la estructura interna del instrumento y comprobar la validez estructural. Los índices de ajuste obtenidos en el modelo inicial, tales como  $X^2/df = 2.75$ , RMSEA = 0.051, SRMR = 0.051, CFI = 0.989, TLI = 0.986, y PNFI = 0.803, evidencian que el modelo tiene un ajuste adecuado de acuerdo con los lineamientos propuestos por autores como Escobedo et al.<sup>86</sup> y McNeish<sup>87</sup>. Estos resultados respaldan la hipótesis de que el CPQ 11-14 ISF:16 posee adecuadas evidencias de validez sustentadas en la estructura interna, demostrando que la estructura teórica inicial del instrumento se ajusta bien a los datos observados. Además, las modificaciones introducidas en los modelos 2, 3 y 4, que incluyen la covariación entre los errores de los ítems y la eliminación de ciertos ítems, mejoraron el ajuste global del modelo, lo que refuerza aún más la robustez de la estructura interna del instrumento sin comprometer su validez teórica.

#### 4.4.4 Hipótesis específica 4

La fiabilidad del instrumento fue evaluada a través de tres estimadores: alfa ordinal ( $\alpha^*$ ), alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) y omega de McDonald ( $\omega$ ). Los valores obtenidos en el modelo inicial, que oscilaron entre 0.80 y 0.83, indican una consistencia interna adecuada, cumpliendo con los umbrales de fiabilidad establecidos por Campo – Arias & Oviedo<sup>84</sup>. Los coeficientes de fiabilidad se mantuvieron estables a lo largo de los modelos evaluados, lo que sugiere que el instrumento tiene una consistencia interna sólida y estable. Sin embargo, la eliminación de algunos ítems, como SO3 y SO4, resultó en una disminución de la consistencia interna en el factor Síntomas Orales. Esto indica que estos ítems aportan información valiosa al constructo y que su eliminación reduce la fiabilidad global de la dimensión. A pesar de esta disminución, la consistencia interna del instrumento en general sigue siendo adecuada, lo que valida la hipótesis de que el CPQ 11-14 ISF:16 tiene buenas evidencias basadas en la consistencia interna.

#### 4.4.5 Hipótesis específica 5

La validez basada en la relación con otras variables fue evaluada mediante un análisis riguroso de validez divergente, utilizando dos criterios metodológicos robustos: el parámetro de Fornell y Larcker<sup>72</sup> y el enfoque Heterotrait-Monotrait (HTMT)<sup>73</sup>. Los resultados obtenidos muestran valores de AVE que oscilaron entre 0.561 y 0.617, con raíces cuadradas significativamente superiores a las correlaciones obtenidas entre las dimensiones del CPQ 11-14 ISF:16 y el instrumento externo de Satisfacción con la vida familiar (SF), confirmando así el cumplimiento del criterio de Fornell y Larcker<sup>72</sup>. De forma complementaria, el análisis mediante el método HTMT reveló valores consistentemente bajos, variando entre 0.103 y 0.149, notablemente inferiores a los umbrales críticos de 0.85 y 0.90 propuestos por Henseler<sup>73</sup>. En conjunto, estos hallazgos proporcionan evidencias empíricas sólidas que respaldan la independencia teórica y estadística entre las dimensiones evaluadas por el CPQ 11-14 ISF:16 y el constructo de satisfacción familiar, confirmando plenamente la hipótesis de que el instrumento posee adecuadas evidencias de validez sustentadas en la relación con otros constructos.

#### 4.4.6 Hipótesis general

La hipótesis general de este estudio postulaba que el CPQ 11-14 ISF:16 tiene adecuadas evidencias de validez y propiedades psicométricas en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024. Los resultados obtenidos en todos los análisis, incluyendo la validez de contenido, estructura interna, consistencia interna y validez divergente, proporcionan evidencia robusta que respalda esta hipótesis. En particular, el ajuste adecuado de la estructura factorial y los índices de fiabilidad elevados confirman que el cuestionario mide el constructo de manera adecuada y consistente. Además, los resultados de la validez divergente aseguran que el CPQ 11-14 ISF:16 mantiene su especificidad y no se solapa con constructos externos, lo que valida su capacidad para medir el fenómeno de interés.

#### 4.5 Discusión de resultados

En esta sección se analizan y discuten los resultados obtenidos, contrastados con otros estudios previos realizados en poblaciones de características similares y en otros contextos culturales, en relación con los objetivos planteados en este estudio, que tuvo como propósito determinar las evidencias de validez y las propiedades psicométricas del instrumento CPQ 11-14 ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024. La muestra de la investigación fue conformada por 665 escolares de entre 11 y 14 años, quienes participaron voluntariamente, garantizando el principio de autonomía y conforme a los estándares éticos establecidos en la investigación, contando con la aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. El estudio se llevó a cabo dentro del enfoque cuantitativo, con un nivel descriptivo y un análisis detallado de las propiedades psicométricas del instrumento.

La validez y propiedades psicométricas del CPQ 11-14 ISF:16 fueron evaluadas a través de diversas metodologías estadísticas. Estos análisis se complementaron con el juicio de expertos, a través de un análisis cualitativo de las sugerencias de los expertos y un análisis cuantitativo mediante V de Aiken. En conjunto, estos procedimientos permitieron realizar una evaluación exhaustiva de las propiedades psicométricas del CPQ 11-14 ISF:16, un instrumento de gran relevancia para la medición de OHRQoL en la población infantil.

En cuanto a la validación de contenido del CPQ 11-14 ISF:16, el proceso llevado a cabo en esta investigación incluyó un análisis cualitativo como cuantitativo, garantizando una revisión adecuada de los ítems del instrumento en relación con los constructos teóricos propuestos. El juicio de expertos realizado con nueve profesionales altamente calificados en el área de salud bucal y/o psicometría permitió una validación profunda de la pertinencia, claridad y relevancia de cada reactivo, lo que ha respaldado la capacidad del instrumento para medir con precisión la OHRQoL en estudiantes de educación básica de Tacna.

Este análisis se complementó con el uso del índice de validez de Aiken (V de Aiken), el cual arrojó valores globales excepcionales de 0.94, superior al umbral mínimo de 0.80 establecido por Aiken<sup>78</sup>, lo que confirma que los ítems del CPQ 11-

14 ISF:16 cumplen con estándares de pertinencia (0.98), relevancia (0.99) y claridad (0.84) establecidos. Este hallazgo es consistente con los resultados obtenidos en todos los antecedentes presentados.

Sin embargo, es importante resaltar que Torres et al.<sup>12</sup>, Salinas-Martínez et al.<sup>17</sup>, Franz et al.<sup>13</sup> y Baherimoghadam et al.<sup>21</sup> realizaron una adaptación transcultural del instrumento, por lo que implementaron un proceso de traducción y retrotraducción del mismo antes de aplicarlo, lo que les permitió garantizar la equivalencia de los ítems en los distintos idiomas. Dicho proceso de adaptación transcultural incluyó la traducción de los ítems del CPQ 11-14 ISF:16 desde el inglés al portugués, español (México), árabe y español (Chile) respectivamente. Este proceso implicó desafíos adicionales en la adaptación cultural, pues los autores tuvieron que asegurar la equivalencia semántica de los ítems. Esta diferencia metodológica permite una reflexión analítica profunda acerca de cómo la validez de los instrumentos puede variar dependiendo del contexto cultural y lingüístico, y sobre la importancia de adaptar no solo el lenguaje, sino también la estructura conceptual de los ítems para mejorar la comprensión de los participantes. Aunque estos estudios mostraron una validez de contenido sólida similar a los resultados presentados en la presente investigación, su proceso fue más complejo debido al enfoque de traducción y retrotraducción. En cambio, en esta investigación, el instrumento fue obtenido directamente de la versión completa ya validada en español peruano, sin necesidad de pasar por el proceso de traducción, ya que los ítems ya habían sido adaptados previamente por Abanto et al.<sup>9</sup>. El uso de los ítems previamente validados en la población peruana permitió agilizar el proceso de validación de contenido, pero al mismo tiempo presenta el reto de asegurarse de que los ajustes realizados a nivel local, como la simplificación del lenguaje, no afecten la validez del instrumento en contextos específicos. En este sentido, es crucial garantizar que las adaptaciones locales no alteren el significado ni la intención original de los ítems, lo cual es una limitación que los estudios previos también enfrentaron. En cuanto a la comprensión y claridad de los ítems, este estudio centró sus esfuerzos en asegurar que los participantes de la muestra

podieran entender los ítems de manera precisa, un aspecto fundamental dada la diversidad cultural de la población de Tacna.

Esta forma de obtención de la traducción de los ítems también fue aplicada en los estudios de Bhayat & Ali<sup>18</sup> y Dimberg et al.<sup>20</sup>, donde se utilizaron directamente los ítems de la versión completa del CPQ 11-14 ISF:16, ya validada en sus respectivos idiomas, sin realizar una nueva traducción ni adaptación cultural de los ítems. Este enfoque, similar al utilizado en esta investigación, tiene la ventaja de basarse en un instrumento que ya ha demostrado validez y confiabilidad en el mismo contexto cultural. Sin embargo, también puede ser limitado por la necesidad de adaptar algunos términos o conceptos para que sean fácilmente comprendidos por los participantes de la muestra específica, especialmente cuando se aplican en contextos lingüísticos y culturales distintos.

En relación al análisis estadístico de los ítems del CPQ 11-14 ISF:16, los hallazgos resultantes en esta investigación fueron consistentes con los estándares esperados en cuanto a la distribución de las respuestas. El formato auto-administrado puede favorecer el sesgo de deseabilidad social, sobre todo en ítems de bienestar, sin embargo, los porcentajes de selección de cada opción oscilaron entre 0.75% y 56.99%, sin que ninguno de los ítems superara el umbral crítico del 80%, lo cual indica que no se presentaron sesgos sistemáticos en las respuestas. Este resultado es relevante ya que implica que los participantes comprendieron y ofrecieron respuestas distribuidas de forma coherente según las opciones de respuesta, sin que la tendencia hacia una opción específica fuera prevalente, lo que podría indicar la existencia de un sesgo de deseabilidad social, o un efecto de aquiescencia<sup>79</sup>.

En términos de las medidas de tendencia central y dispersión, los valores reportados en esta investigación, con una media de entre 0.68 y 1.62 y una desviación estándar entre 0.92 y 1.34, indicaron una distribución razonablemente centrada sin sesgos extremos, lo que sugiere que los participantes no presentaron respuestas altamente sesgadas. Los valores obtenidos para la asimetría (g1) y curtosis (g2), con valores que se encontraron entre +/-1.5, con g1 entre 0.246 y 1.188 y g2 entre -1.047 y 0.625, indicaron que la distribución de las respuestas fue

relativamente simétrica<sup>80,81</sup>. Esto es consistente con lo que se espera en escalas psicométricas validadas, donde se busca que las distribuciones de las respuestas no estén excesivamente sesgadas hacia un extremo, lo que podría indicar problemas con la formulación de los ítems o con la comprensión de los participantes. Este hallazgo destaca la solidez de los ítems en términos de su distribución, pero también resalta la importancia de realizar ajustes para evitar posibles problemas de comprensión que pueden surgir en contextos educativos y culturales específicos. En el estudio de Torres et al.<sup>12</sup>, el puntaje global del CPQ 11-14 ISF:16 varió entre 0 y 38, con un promedio de 11.9 y una desviación estándar ascendente a 7.6. Estos resultados muestran un rango más amplio en comparación con los valores de nuestra muestra, lo cual podría explicarse porque se tratan de puntuaciones de la escala completa y no puntuaciones por ítem como en el caso del presente estudio. Sin embargo, se debe considerar que el estudio de Torres se centró en una población brasileña, por lo que las diferencias en los resultados podrían también estar influenciadas por factores culturales, sociales y educativos. Por otra parte, Bhayat & Ali<sup>18</sup>, reportaron una puntuación total que osciló entre 0 y 46, con una media de 8.53 (DE = 8.18). Los hallazgos de esta investigación parecen similares en cuanto a la dispersión de los puntajes, lo que también indica una distribución razonable de las respuestas. La desviación estándar en su estudio fue bastante amplia, lo que podría reflejar una mayor variabilidad en las respuestas de los participantes.

El IHC, con valores entre 0.554 y 0.724, y las comunales ( $h^2$ ) que oscilaron entre 0.446 y 0.710, también proporcionaron información relevante acerca de la consistencia interna del instrumento. Estos valores son indicadores de la capacidad de cada ítem para explicar la varianza total de la dimensión a la que pertenece. Según los estándares de Kline<sup>82</sup> y Hair<sup>83</sup> et al., un valor de IHC superior a 0.30 y de comunalidad superior a 0.40 se considera adecuado, lo que indica que los ítems en general son representativos de los constructos que se intentan medir y tienen una relación adecuada con las dimensiones latentes subyacentes del instrumento.

La matriz de correlaciones policóricas, que mostró valores entre 0.455 y 0.682, también es un buen indicador de la homogeneidad interna del instrumento.

Estos valores reflejan correlaciones moderadas a altas entre los ítems dentro de cada dimensión, lo que sugiere que los ítems dentro de las dimensiones están estrechamente relacionados y miden el mismo constructo subyacente, sin ser redundantes. Este tipo de correlaciones es esperado en las escalas de medición bien estructuradas, como el CPQ 11-14 ISF:16, y sugiere que el instrumento tiene una adecuada estructura interna. En el caso de Thomson et al.<sup>19</sup>, se reportan resultados similares, pero observaron correlaciones más fuertes entre los ítems de bienestar emocional y social que entre los ítems de síntomas orales y limitaciones funcionales. Esto sugiere que los ítems dentro de las dimensiones de bienestar social y emocional podrían estar más estrechamente relacionados en su estudio, lo cual también se refleja en nuestras correlaciones dentro de las dimensiones de bienestar.

En cuanto a la validez de la estructura interna del CPQ 11-14 ISF:16, los resultados obtenidos en esta investigación han mostrado un adecuado ajuste del modelo inicial, lo que es respaldado por los parámetros reportados. Los cuatro modelos evaluados, con el estimador WLSMV, presentaron buenos valores de ajuste que indicaron que el instrumento mantiene una estructura coherente con los cuatro constructos teóricos. En particular, el modelo original (Modelo 1) obtuvo los siguientes índices de ajuste:  $X^2/gl = 2.75$ , RMSEA = 0.051, SRMR = 0.051, CFI = 0.989, TLI = 0.986, y PNFI = 0.803, lo que se encuentra dentro de los parámetros generalmente aceptados en la literatura psicométrica Escobedo et al.<sup>86</sup> y McNeish<sup>87</sup>. El modelo 2, que introdujo la covariación entre los errores de los ítems SO3 y SO4, mostró un ajuste aún mejor con una reducción significativa en el  $X^2/gl$  (2.00), RMSEA (0.039) y SRMR (0.044). El CFI y el TLI aumentaron levemente, alcanzando valores de 0.994 y 0.992 respectivamente, lo que indica que la modificación realizada mejoró la precisión del modelo sin sacrificar su estructura teórica. No obstante, el PNFI se redujo a 0.798, lo que puede indicar que la covariación introdujo una ligera pérdida de parsimonia, un aspecto que es crítico en la evaluación de la calidad de los modelos, así como también la inclusión de correlaciones de error, aunque mejora el ajuste, puede implicar sobre-ajuste al conjunto de datos. Sin embargo, a pesar de esto, el ajuste global siguió siendo adecuado. Por otro lado, el modelo 3, que eliminó el ítem SO3, y el modelo 4, que

eliminó SO4, también demostraron un buen ajuste, lo cual resalta la robustez de la estructura del instrumento. Sin embargo, la eliminación de SO3 y SO4 tuvo efectos en las cargas factoriales, especialmente en los reactivos de la dimensión síntomas orales, donde se observó una disminución en las cargas factoriales de los ítems SO3 y SO4, lo que sugiere que estos ítems tenían una contribución importante a la estructura factorial del instrumento. Aunque la eliminación de estos ítems no afectó de manera significativa el ajuste general, sí afectó la variabilidad de la varianza explicada por la dimensión correspondiente.

Estos hallazgos son comparables a los publicados por Franz et al.<sup>13</sup>, quien, por su parte, realizó un AFC, pero no especificaron el estimador utilizado. Sin embargo, los índices de ajuste reportados y la comparación entre los modelos de primer ( $X^2/gl=1.705$  RMSEA=0.050 GFI=0.930 CFI=0.910 NFI=0.811) y segundo orden ( $X^2/gl=1.863$  RMSEA=0.055 GFI=0.924 CFI=0.887 NFI=0.789) sugieren que los resultados de su análisis proporcionaron una estructura adecuada para el CPQ 11-14 ISF:16. Sin embargo, el modelo de primer orden, al igual que el propuesto en el presente estudio, podría ofrecer un ajuste más preciso para medir los constructos específicos de salud bucal en adolescentes.

En contraste con otros estudios previos, la metodología utilizada en este estudio, que se centró en el análisis factorial confirmatorio (AFC), se distingue de otros enfoques utilizados por diferentes investigadores. Torres et al.<sup>12</sup>, Bhayat & Ali<sup>18</sup>, Dimberg et al.<sup>20</sup> y Baherimoghadam et al.<sup>21</sup> no reportaron un análisis factorial confirmatorio, sino que analizaron los coeficientes al correlacionar las puntuaciones de la escala total y subescalas con los puntajes de las preguntas globales de salud oral y bienestar general. Si bien este enfoque puede ofrecer información sobre la validez de constructo, no permite la evaluación exhaustiva de la estructura interna del instrumento, como lo hace el AFC. Además, los índices de ajuste reportados por los autores en sus análisis de correlación (entre 0.23 y 0.53) no brindan detalles sobre la estructura subyacente de las dimensiones, lo que limita la capacidad para evaluar si el instrumento está midiendo adecuadamente los cuatro dominios propuestos.

Por otra parte, en los estudios de Thomson et al.<sup>19</sup> y Baherimoghadam et al.<sup>21</sup>, se reportaron un análisis factorial exploratorio (AFE), lo que representa otra diferencia metodológica con el enfoque de AFC empleado en este estudio. Aunque en ambas investigaciones el AFE reveló que los ítems se organizaron en dos factores en lugar de los cuatro del modelo original, lo cual podría ser una simplificación útil en ciertos contextos, los resultados no permiten una validación más rigurosa de las dimensiones del instrumento. La alternativa del AFE puede ofrecer un panorama inicial de las relaciones entre los ítems, pero el AFC permite una evaluación más precisa y confirmatoria de la estructura teórica del instrumento. La falta de un análisis confirmatorio limita la validación detallada de la estructura de los ítems, lo que podría afectar la precisión en la interpretación de los resultados.

En cuanto a la consistencia interna del CPQ 11-14 ISF:16, los hallazgos resultados de esta investigación, evaluados mediante alfa ordinal, alfa de Cronbach y omega de McDonald, muestran altos niveles de fiabilidad en todos los modelos evaluados, reforzando la validez del instrumento para medir constructos relacionados con la salud oral y el bienestar en estudiantes de educación básica. Los valores obtenidos en los modelos 1 y 2, con coeficientes de alfa de Cronbach entre 0.80 y 0.83, y omega de McDonald entre 0.80 y 0.83, sugieren una buena consistencia interna, alineándose con los estándares generalmente aceptados en la literatura para instrumentos psicométricos de alta fiabilidad Campo – Arias & Oviedo<sup>84</sup>. Sin embargo, es importante destacar que, al tratarse de una variable de naturaleza cualitativa medida en escala ordinal, el alfa ordinal es la mejor alternativa para evaluar la consistencia interna del instrumento, siendo esta entre 0.83 y 0.86 para ambos modelos. Los valores obtenidos a través de estos 3 criterios son bastante cercanos, y esta equivalencia entre estos índices de fiabilidad también sugiere que el instrumento está midiendo los constructos de manera coherente y estable, siendo adecuado para evaluar la OHRQoL en adolescentes. Por otra parte, en los modelos 3 y 4, en los que se eliminaron ítems específicos, se observó una ligera disminución en los valores de consistencia interna, especialmente en el factor de Síntomas Orales, con valores de alfa de Cronbach y omega de McDonald oscilando desde 0.74 hasta 0.83 y para alfa ordinal entre 0.77 y 0.86. A pesar de

esta reducción, los coeficientes siguen estando dentro del rango aceptable, lo que sugiere que la eliminación de estos ítems no comprometió gravemente la fiabilidad global del instrumento, pero sí podría haber afectado la capacidad de algunas dimensiones para reflejar con precisión los constructos subyacentes.

Al contrastar los hallazgos obtenidos con los reportados en investigaciones previas, se observan algunas similitudes y diferencias notables. Por ejemplo, en el estudio de Torres et al.<sup>12</sup>, se reportó un coeficiente alfa de Cronbach cercano de 0.70 para el puntaje global y de las subescalas del instrumento, lo que también refleja una consistencia interna aceptable, aunque en este estudio se observa una distribución heterogénea de los coeficientes de las subescalas. Esta heterogeneidad también fue observada en el estudio de Salinas-Martínez et al.<sup>17</sup>, donde el alfa de Cronbach osciló entre 0.53 y 0.85, destacando la variabilidad en la fiabilidad de las subescalas. Las subescalas de Síntomas Orales, Limitaciones Funcionales y Bienestar Social presentaron valores de 0.59, 0.69 y 0.53 respectivamente, estando por debajo del umbral mínimo de 0.70 considerado ideal para instrumentos psicométricos, lo que podría indicar que estas dimensiones necesitan una revisión más profunda en términos de la claridad y consistencia de sus ítems. En el estudio de Bhayat & Ali<sup>18</sup>, el alfa de Cronbach para la escala completa fue 0.82, lo que refleja una fiabilidad similar a la observada en este estudio, aunque en las subescalas también presentaron valores variables, obteniendo coeficientes entre 0.62 y 0.88. Sin embargo, incluyó también la prueba test-retest, que en este caso mostró un valor de 0.78. Por su parte, los trabajos de Franz et al.<sup>13</sup> y Dimberg et al.<sup>20</sup> también reportaron estabilidad temporal a través de test-retest, siendo estos de 0.81 y 0.77 respectivamente, asimismo, los valores de alfa de Cronbach para las escalas totales, fueron de 0.81 en ambos estudios, sin embargo, en las sub escalas hubo valores menores a 0.7 en su mayoría. Los trabajos de Thomson et al.<sup>19</sup> y Baherimoghadam et al.<sup>21</sup> presentaron una confiabilidad adecuada, pero en este caso se trata de modelos de 2 factores, siendo estos Síntomas/función y Bienestar, con coeficientes de alfa de Cronbach de 0.72 y 0.84 respectivamente para Thomson y de 0.84 y 0.83 respectivamente para Baherimoghadam.

En cuanto a la validez en relación con otras variables, los resultados obtenidos en esta investigación para el CPQ 11-14 ISF:16 muestran evidencia de validez convergente, la cual fue determinada a partir de un análisis de correlación que tuvo como resultado un coeficiente de correlación alto y significativo, reflejando adecuadamente la convergencia conceptual y empírica esperada. La validez divergente se demostró desde el enfoque de Fornell & Larcker<sup>72</sup> y desde el enfoque Heterotrait-Monotrait (HTMT)<sup>73</sup>, lo que respalda la independencia entre los dominios del instrumento y los constructos externos, específicamente la satisfacción con la vida familiar.

El análisis de validez divergente mediante el criterio de Fornell & Larcker reveló que los valores de AVE oscilaban entre 0.561 y 0.617, lo cual indica que cada dimensión del CPQ 11-14 ISF:16 explica una proporción sustancial de la varianza de los ítems que la componen. Las raíces cuadradas del AVE, que varían entre 0.749 y 0.785, son considerablemente más altas que las correlaciones entre las dimensiones del CPQ y el instrumento divergente, las cuales mostraron valores negativos y de baja magnitud, oscilando entre -0.125 y -0.162. Este hallazgo confirma que el instrumento tiene una validez discriminante sólida, dado que la raíz cuadrada del AVE supera de manera clara las correlaciones entre factores de diferentes instrumentos, lo que indica que las dimensiones del CPQ 11-14 ISF:16 miden constructos diferentes a los de la Satisfacción con la vida familiar. Estos hallazgos son consistentes con los principios teóricos planteados por Fornell & Larcker<sup>72</sup>, quienes sugieren que las dimensiones de un instrumento deben ser lo suficientemente distintas como para evitar la multicolinealidad y asegurar que cada dimensión sea representativa del constructo que pretende medir.

Por otro lado, el análisis de validez discriminante realizado con el enfoque Heterotrait-Monotrait (HTMT) mostró valores consistentemente bajos entre los dominios del CPQ 11-14 ISF:16 y la Satisfacción con la vida familiar. Los valores HTMT oscilaron entre 0.103 y 0.149, todos muy por debajo del umbral conservador de 0.85 (si los conceptos son muy distintos) e incluso muy por debajo del umbral más permisivo de 0.90 (si los constructos son muy similares) propuestos por Henseler, Ringle y Sarstedt<sup>73</sup>. Este resultado refuerza aún más la validez

discriminante del instrumento, ya que las bajas correlaciones entre las dimensiones del CPQ y el constructo de satisfacción con la vida familiar sugieren que ambos constructos son conceptualmente distintos, lo que aumenta la precisión y especificidad de la medida del CPQ 11-14 ISF:16 en la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud oral.

Al comparar estos resultados con los de los trabajos previos, se observa que estudios previos han utilizado diferentes métodos para evaluar la validez divergente. En el estudio de Torres et al.<sup>12</sup>, se aplicó una prueba de Kruskal-Wallis para comparar las puntuaciones entre grupos clínicos, lo que permitió discriminar la OHRQoL en aquellos con y sin anomalías orales. Sin embargo, la validez discriminante no fue completamente satisfactoria en la subescala bienestar emocional, que mostró un p-value de 0.07. En el estudio de Bhayat & Ali<sup>18</sup>, la validez discriminante fue evaluada mediante una prueba de U de Mann-Whitney para comparar la OHRQoL en un grupo con pacientes que presentaban maloclusión y otro con oclusión normal, y correlaciones de Spearman entre la escala y subescalas con el estado de caries dental. Solo se encontró diferencias estadísticamente significativas en la subescala de síntomas orales entre los grupos de maloclusión y oclusión normal ( $p = 0.002$ ), mientras que, en cuanto a las correlaciones, solo la subescala de limitaciones funcionales se asoció significativamente con el CPOD, sin embargo, se trata de un coeficiente débil ( $\rho = 0,13$ ,  $p\text{-value} = 0,036$ ).

En cuanto a Franz et al.<sup>13</sup> y Baherimoghadam et al.<sup>21</sup>, no reportaron resultados de validez discriminante, sin embargo, reportaron validez convergente a través de correlaciones con el índice CAOD y PIDAQ respectivamente. En el estudio de Franz se encontró que la escala total y todas las subescalas, excepto síntomas orales, estuvieron asociadas significativamente con CAOD y con “caries”, pero ninguno se correlacionó con “ausente” ni “obturado”. Por su parte, en el estudio de Baherimoghadam, los resultados mostraron correlaciones significativas entre las puntuaciones totales y los 2 factores declarados en su modelo con el cuestionario PIDAQ. Estos hallazgos contribuyen a la confirmación de la capacidad del instrumento de medir la variable subjetiva que pretende de manera consistente.

En resumen, los resultados reportados en este trabajo proporcionan una sólida evidencia sobre la validez y fiabilidad del CPQ 11-14 ISF:16 para medir la calidad de vida relacionada con la salud bucal en estudiantes de educación básica de Tacna. A través de un enfoque riguroso y un análisis detallado de las evidencias psicométricas, se ha demostrado que el instrumento es válido tanto en términos de su estructura interna como en su capacidad para discriminar entre distintos constructos relacionados con el bienestar y la salud bucal. A pesar de las limitaciones propias de la metodología y la muestra de la investigación, los hallazgos obtenidos son consistentes con los antecedentes y sugieren que el CPQ 11-14 ISF:16 es un instrumento confiable para evaluar la OHRQoL en contextos similares. Sin embargo, la continua adaptación y validación de este tipo de instrumentos en diferentes contextos culturales y lingüísticos es esencial para asegurar su efectividad a nivel global. Este estudio, por lo tanto, sienta las bases para futuras investigaciones que puedan ampliar la comprensión de la OHRQoL en adolescentes y su relación con otros factores socioemocionales y de salud.

## CONCLUSIONES

PRIMERA: Se corroboró que el CPQ 11-14 ISF:16 presentó evidencias sólidas sobre la validez y propiedades psicométricas adecuadas en estudiantes de educación básica de Tacna con edades de 11 a 14 años. A través de un análisis detallado, se demostró que el cuestionario es adecuado para medir la calidad de vida relacionada con la salud bucal en esta población, garantizando su aplicabilidad en contextos similares, conservando la integridad de su modelo teórico de cuatro dominios y abriendo puertas para su uso en futuras investigaciones en poblaciones educativas de Perú.

SEGUNDA: El juicio de expertos y las revisiones lingüísticas y conceptuales realizadas en el estudio aseguraron que cada ítem del instrumento representara adecuadamente los constructos teóricos y fuera comprensible para la población objetivo. Este proceso validó tanto la pertinencia, relevancia y claridad de los ítems, asegurando que el CPQ 11-14 ISF:16 sea un instrumento confiable para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud bucal en los estudiantes de educación básica de Tacna.

TERCERA: El análisis estadístico de los ítems indicó que fueron comprendidos de manera equilibrada por los estudiantes, sin sesgos sistemáticos hacia respuestas específicas, así como también evidenció una coherencia factorial sin redundancia, respaldando la idoneidad psicométrica de los ítems.

CUARTA: El análisis factorial confirmatorio demostró que el CPQ 11-14 ISF:16 mantiene una estructura coherente con los cuatro dominios teóricos propuestos originalmente. A pesar de las variaciones en los modelos declarados, la estructura original se mantuvo como la opción más robusta, validando que los factores de salud bucal, limitaciones funcionales, bienestar emocional y bienestar social son componentes independientes y bien definidos dentro del instrumento.

QUINTA: Los análisis de consistencia interna revelaron que el instrumento presenta una fiabilidad adecuada, lo que confirma que el CPQ 11-14 ISF:16 mide de manera coherente los constructos relacionados con la calidad de vida relacionada a la salud oral en los estudiantes. Las variaciones observadas al eliminar ítems no comprometieron la fiabilidad global, sugiriendo que el cuestionario es robusto y eficiente para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral en la población objetivo.

SEXTA: Los análisis de validez discriminante confirmaron que el CPQ 11-14 ISF:16 mide constructos distintos a la satisfacción con la vida familiar, reforzando su especificidad y adecuación para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral. Los resultados respaldan que las dimensiones del instrumento están conceptual y empíricamente separadas de otras variables externas, lo que refuerza la validez del instrumento en este contexto.

SÉPTIMA: Este estudio permitió establecer tres categorías claras y prácticas (alta, moderada y baja calidad de vida relacionada con la salud oral), basadas en la distribución observada en estudiantes de educación básica de Tacna. Estas categorías constituyen referentes útiles y metodológicamente sólidos, que facilitarán la interpretación clínica y epidemiológica de los resultados obtenidos en futuras investigaciones e intervenciones orientadas a mejorar la calidad de vida relacionada con la salud oral en esta población específica.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda que el CPQ 11-14 ISF:16 sea adoptado como herramienta estándar para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud bucal en niños y adolescentes de 11 a 14 años en otras regiones de Perú. Su uso podría facilitar el reconocimiento de áreas críticas en salud bucal y la identificación de cómo esto afecta el bienestar socioemocional en la población objetivo.

Se recomienda continuar con el desarrollo de la presente línea de investigación con la finalidad de corroborar la invarianza del instrumento por sexo y contexto urbano-rural, así como también explorar su sensibilidad al cambio tras la aplicación de intervenciones preventivas y correctivas.

Aunque el CPQ 11-14 ISF:16 ya ha sido validado en este contexto, es importante considerar cambios sociales y lingüísticos que puedan afectar la interpretación de los ítems, por lo que se recomienda realizar un proceso de adaptación cultural periódicamente para asegurar que los términos utilizados continúan siendo comprendidos adecuadamente por la población objetivo.

Se sugiere que los resultados de esta investigación sean considerados por las autoridades educativas y de salud pública para incluir el CPQ 11-14 ISF:16 en las estrategias implementadas a nivel nacional para la vigilancia epidemiológica y el fomento de prácticas orientadas al mantenimiento y mejora de la salud bucodental. La implementación de este tipo de herramientas podría fortalecer la planificación de políticas públicas dirigidas a la mejora de la salud oral en la población infantil y adolescente.

Dado que el análisis factorial confirmatorio respaldó la estructura teórica inicial de cuatro dominios, se recomienda conservar dicha configuración en futuras investigaciones que evalúen la calidad de vida relacionada con la salud oral en niños

y adolescentes, evitando alteraciones estructurales no justificadas que puedan comprometer la validez del modelo.

Se recomienda emplear las categorías de alta, moderada y baja calidad de vida relacionada con la salud oral como criterios de referencia en diagnósticos comunitarios, intervenciones preventivas escolares y políticas públicas locales, adaptando dichas clasificaciones según las distribuciones empíricas observadas en cada contexto de estudio.

Ante los resultados positivos obtenidos en este estudio, se recomienda desarrollar versiones digitales del CPQ 11-14 ISF:16 que puedan ser aplicadas mediante plataformas virtuales escolares o aplicativos móviles, facilitando la recolección de datos a gran escala y promoviendo un monitoreo continuo de la calidad de vida oral infantil en entornos escolares.

## REFERENCIAS

1. Rassafiani M, Sahaf R, Shams A, Vameghi R, Zareian H, Akrami R. Validity and Reliability of the Persian Version of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire – the Older Adults Edition. *Iranian Journal of Ageing* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2024 Mar 8];15(1):28–41. Available from: <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-1622-en.html>
2. Gusmão YG, Glória JCR, Ramos-Jorge ML, Lages FS, Douglas-De-oliveira DW. Psychometric assessment of oral health-related quality of life questionnaires cross-culturally adapted for use in Brazilian adults - a systematic review. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 8];26. Available from: </pmc/articles/PMC10626907/>
3. Abd-Elsabour MAAA, Hanafy RMH, Omar OM. Effect of self-perceived oral habits on orofacial dysfunction and oral health-related quality of life among a group of Egyptian children: a cohort study. *European Archives of Paediatric Dentistry* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2024 Mar 8];23(6):935. Available from: </pmc/articles/PMC9750930/>
4. de Souza Barbosa T, Steiner-Oliveira C, Gavião MBD. Tradução e adaptação brasileira do Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ). *Saúde e Sociedade* [Internet]. 2010 [cited 2024 Mar 8];19(3):698–708. Available from: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rdnb9kv3sgpQT9fxN8nXn3r/>
5. Tesch FC, De Oliveira BH, Leão A. [Measuring the impact of oral health problems on children's quality of life: conceptual and methodological issues]. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2007 [cited 2024 Mar 8];23(11):2555–64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17952248/>
6. Zaror C, Pardo Y, Espinoza-Espinoza G, Pont À, Muñoz-Millán P, Martínez-Zapata MJ, et al. Assessing oral health-related quality of life in children and adolescents: a systematic review and standardized comparison of available instruments. *Clin Oral Investig* [Internet]. 2019 Jan 29 [cited 2024 Mar 8];23(1):65–79. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29569021/>

7. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *J Dent Res* [Internet]. 2002 Jul [cited 2024 Feb 23];81(7):459–63. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12161456/>
8. Cárdenas JG, Oyarzún GS, Velásquez RC. Calidad de vida relacionada con salud bucal en niños y ansiedad dental de sus cuidadores. Revisión de la literatura. *Revista KIRU* [Internet]. 2021 Apr 8 [cited 2024 Feb 22];18(2):103–9. Available from: <https://portalrevistas.aulavirtualusmp.pe/index.php/Rev-Kiru0/article/view/2125>
9. Abanto J, Albites U, Bönecker M, Martins-Paiva S, Castillo JL, Aguilar-Gálvez D. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the child perceptions questionnaire 11-14 (CPQ11-14) for the peruvian spanish language. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* [Internet]. 2013 Nov [cited 2024 Feb 23];18(6):e832. Available from: </pmc/articles/PMC3854073/>
10. 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* [Internet]. 2006 Nov 1 [cited 2023 Aug 19];16(6):405–11. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-263X.2006.00775.x>
11. Goursand D, Paiva SM, Zarzar PM, Ramos-Jorge ML, Cornacchia GM, Pordeus IA, et al. Cross-cultural adaptation of the Child Perceptions Questionnaire 11–14 (CPQ11–14) for the Brazilian Portuguese language. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2008 Jan 14 [cited 2023 Aug 19];6:2. Available from: </pmc/articles/PMC2246108/>
12. Torres CS, Paiva SM, Vale MP, Pordeus IA, Ramos-Jorge ML, Oliveira AC, et al. Psychometric properties of the Brazilian version of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ11-14) - Short forms. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2009 May 17 [cited 2024 Feb 23];7(1):1–7. Available from: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-7-43>

13. Franz LN, Clericus RR, Bravo-Cavicholi D, Del Río PJ, Gonzalez CF, Delgado GM. Adaptación y validación al español del cuestionario de percepción infantil CPQ-Esp11-14 en población comunitaria chilena. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2015 Nov 1 [cited 2023 Aug 19];89(6):585–95. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272015000600006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272015000600006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
14. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet* [Internet]. 2019 Jul 20 [cited 2023 Aug 30];394(10194):249–60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31327369/>
15. Carmagnola D, Pellegrini G, Malvezzi M, Canciani E, Henin D, Dellavia C. Impact of Lifestyle Variables on Oral Diseases and Oral Health-Related Quality of Life in Children of Milan (Italy). *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020, Vol 17, Page 6612 [Internet]. 2020 Sep 11 [cited 2023 Aug 30];17(18):6612. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/18/6612/htm>
16. Lamster IB. The 2021 WHO Resolution on Oral Health. *Int Dent J*. 2021 Aug 1;71(4):279–80.
17. Salinas-Martínez AM, Hernández-Elizondo RT, Núñez-Rocha GM, Ramos Peña EG. Psychometric properties of the Spanish version of the short-form Child Perceptions Questionnaire for 11-14-year-olds for assessing oral health needs of children. *J Public Health Dent* [Internet]. 2014 Mar 1 [cited 2023 Sep 1];74(2):168–74. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jphd.12043>
18. Bhat A, Ali MAM. Validity and reliability of the Arabic short version of the child oral health-related quality of life questionnaire [CPQ 11–14] in Medina, Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal* [Internet]. 2014 [cited 2023 Sep 1];20(8):477–82. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255029>

19. Thomson WM, Foster Page LA, Robinson PG, Do LG, Traebert J, Mohamed AR, et al. Psychometric assessment of the short-form Child Perceptions Questionnaire: an international collaborative study. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2016 Dec 1 [cited 2023 Sep 1];44(6):549–56. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/cdoe.12248>
20. Dimberg L, Lennartsson B, Bondemark L, Arnrup K. Validity and reliability of the Swedish versions of the short-form Child Perceptions Questionnaire 11–14 and Parental Perceptions Questionnaire. *Acta Odontol Scand* [Internet]. 2019 Nov 17 [cited 2023 Sep 1];77(8):630–5. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00016357.2019.1634282>
21. Baherimoghadam T, Hamedani S, Naseri N, Ghafoori A. Validity and reliability of the Persian version of the short-form child perceptions questionnaire 11–14-year-old children (CPQ11–14). *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2023 Sep 1];20(1):1–7. Available from: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-022-02017-6>
22. Shaghaghian S, Saranjam E, Homayooni M. Oral health-related quality of life in patients infected with HIV, Iran: a cross-sectional study. *BMC Oral Health* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2024 Feb 22];21(1):1–8. Available from: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-021-01660-7>
23. Abeles RP. *Aging and Quality of Life* [Internet]. New York: Springer Publishing Company; 1994 [cited 2024 Feb 22]. Available from: [https://books.google.com/books/about/Aging\\_and\\_Quality\\_of\\_Life.html?hl=es&id=CU1HAAAAMAAJ](https://books.google.com/books/about/Aging_and_Quality_of_Life.html?hl=es&id=CU1HAAAAMAAJ)
24. Slade GD. *Measuring Oral Health and Quality of Life* [Internet]. North Carolina: Department of Dental Ecology, School of Dentistry, University of North Carolina; 1997 [cited 2024 Feb 22]. Available from: [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/48915943/measuring-oral-health-and-quality-of-life-libre.pdf?1474144725=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DMeasuring\\_oral\\_health\\_and\\_quality\\_](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/48915943/measuring-oral-health-and-quality-of-life-libre.pdf?1474144725=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DMeasuring_oral_health_and_quality_)

of\_lif.pdf&Expires=1694707079&Signature=ZoWPuyASfni6I29VsSEXtB  
 2yyEFbqfk6ajW2b1tcBXw9nvuAONHBetIvt2Hg9HhEix0BvI5ZepJRaNjh  
 gmy2SBgUKVdMASAB3prH76kzPrbV6E2s04IECskki12EtzrpnrAfpCieM  
 OLi0IfmVh47-  
 bVbE5yrGqbUc~yj9k9SLLauGPCOYo9RKCvJwiO2ZUc2PEDIAsZHNgd  
 VjuGyrHaZsssxqrmC8HzzTFprkCfoiJRBZOMPc5QkDN-  
 v2nSkDDzTFj7WIwUZebYjNSIdTeaNlzn2YfRg3gpgIQID0gryzBiMQYh  
 9NaYNGP5W5FzS7kHUXeB3taZSRX5PmCErf~SxSQ\_\_&Key-Pair-  
 Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

25. Raphael D, Renwick R, Brown I, Rootman I. Quality of life indicators and health: Current status and emerging conceptions. *Soc Indic Res* [Internet]. 1996 [cited 2024 Feb 22];39(1):65–88. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00300833>
26. Torres CS. Validação das formas curtas da versão brasileira do Child Perceptions Questionnaire 11-14 (CPQ11-14) [Internet] [Tesis de maestría]. [Belo Horizonte]: Universidade Federal de Minas Gerais; 2008 [cited 2024 Feb 22]. Available from: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/ZMRO-7LKGAW>
27. Escudero E, Muñoz V, Claire M, Justiniano L, Valda E. Prevalencia del edentulismo parcial y total, su impacto en la calidad de vida de la población de 15 a 85 años de Sucre. 2019. *Revista Ciencia, Tecnología e Innovación* [Internet]. 2020 [cited 2024 Feb 22];18(21):161–90. Available from: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2225-87872020000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2225-87872020000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
28. Kleinman A. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, And The Human Condition* [Internet]. Hachette UK; 2020 [cited 2024 Feb 22]. 336 p. Available from: [https://books.google.com.pe/books/about/The\\_Illness\\_Narratives.html?id=mvbNDwAAQBAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.com.pe/books/about/The_Illness_Narratives.html?id=mvbNDwAAQBAJ&redir_esc=y)
29. Chai HH, Gao SS, Chen KJ, Lo ECM, Duangthip D, Chu CH. Tools Evaluating Child Oral Health–Related Quality of Life. *Int Dent J* [Internet].

- 2024 Feb 1 [cited 2024 Feb 23];74(1):15–24. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020653923001211>
30. Hescot P. The New Definition of Oral Health and Relationship between Oral Health and Quality of Life. *Chinese Journal of Dental Research* [Internet]. 2017 Jan 1 [cited 2024 Feb 23];20(4):189–92. Available from: <https://www.quintessence-publishing.com/deu/en/article/851824>
31. Nettleton S. *The Sociology of Health and Illness* [Internet]. 4th ed. Cambridge: Polity Press; 2020 [cited 2024 Feb 23]. 320 p. Available from: <https://www.wiley.com/en-us/The+Sociology+of+Health+and+Illness%2C+4th+Edition-p-9781509512775>
32. Marques LS, Ramos-Jorge ML, Paiva SM, Pordeus IA. Malocclusion: esthetic impact and quality of life among Brazilian schoolchildren. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* [Internet]. 2006 Mar [cited 2024 Feb 23];129(3):424–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16527640/>
33. Patrick DL, Erickson P. *Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation* [Internet]. Oxford University Press; 1993 [cited 2024 Feb 23]. 478 p. Available from: <http://hdl.handle.net/10822/860706>
34. Wilson IB, Cleary PD. Linking Clinical Variables With Health-Related Quality of Life: A Conceptual Model of Patient Outcomes. *JAMA* [Internet]. 1995 Jan 4 [cited 2024 Feb 23];273(1):59–65. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/385444>
35. Sisco L, Broder HL. Oral Health-related Quality of Life: What, Why, How, and Future Implications. *J Dent Res* [Internet]. 2011 Nov [cited 2024 Feb 27];90(11):1264–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/218061/>
36. Broder HL, Wilson-Genderson M. Reliability and convergent and discriminant validity of the Child Oral Health Impact Profile (COHIP Child’s version). *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2007 Aug

- [cited 2024 Feb 27];35 Suppl 1(SUPPL. 1):20–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17615047/>
37. Broder HL. Using psychological assessment and therapeutic strategies to enhance well-being. *Cleft Palate Craniofac J* [Internet]. 2001 May [cited 2024 Feb 27];38(3):248–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11386433/>
  38. Strauss RP. “Only skin deep”: health, resilience, and craniofacial care. *Cleft Palate Craniofac J* [Internet]. 2001 May [cited 2024 Feb 27];38(3):226–30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11386429/>
  39. Patrick DL, Edwards TC, Topolski TD. Adolescent quality of life, part II: Initial validation of a new instrument. *J Adolesc* [Internet]. 2002 [cited 2024 Feb 27];25(3):287–300. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12128039/>
  40. McGrath C, Bedi R. Measuring the impact of oral health on quality of life in Britain using OHQoL-UK(W). *J Public Health Dent* [Internet]. 2003 [cited 2024 Feb 27];63(2):73–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12816136/>
  41. Atchison K, Dolan T. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ* [Internet]. 1990 Nov 1 [cited 2024 Feb 27];54(11):680–7. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/j.0022-0337.1990.54.11.tb02481.x>
  42. Bennadi D, Reddy CVK. Oral health related quality of life. *J Int Soc Prev Community Dent* [Internet]. 2013 Jan 1 [cited 2024 Feb 23];3(1):1. Available from: </pmc/articles/PMC3894098/>
  43. Murererehe J, Malele-Kolisa Y, Niragire F, Yengopal V. Oral health-related quality of life among people living with HIV and HIV-negative adults in Kigali, Rwanda: a comparative cross-sectional study. *BMC Oral Health* [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2024 Feb 23];24(1):1–11. Available from: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-023-03828-9>

44. Ribeiro Junior CA, Vettore MV, Rebelo Vieira JM, de Queiroz Herkrath APC, de Queiroz Herkrath AC, Pereira JV, et al. The role of dental pain and psychosocial factors on the relationship between dental caries and oral health-related quality of life in children. *BMC Oral Health* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2024 Feb 23];22(1):1–10. Available from: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-022-02372-2>
45. Qamar S, Rozi S, Sawani S, Awan MS, Akhtar S, Siddiqui MI, et al. Oral health related quality of life in head and neck cancer survivors within the first year following treatment: a cross-sectional study in Karachi, Pakistan. *Scientific Reports* 2024 14:1 [Internet]. 2024 Jan 31 [cited 2024 Feb 23];14(1):1–11. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41598-024-52813-x>
46. Locker D, Allen F. What do measures of “oral health-related quality of life” measure? *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2007 Dec [cited 2024 Feb 23];35(6):401–11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18039281/>
47. Baiju R, Peter E, Varghese N, Sivaram R. Oral Health and Quality of Life: Current Concepts. *J Clin Diagn Res* [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2024 Feb 23];11(6):ZE21–6. Available from: </pmc/articles/PMC5535498/>
48. Pérez CAR, Pérez ALM, Perafán RDLH. Evaluación de las propiedades psicométricas de reproducibilidad del Child Perception Questionnaire (CPQ) 11-14. *Revista Nacional de Odontología* [Internet]. 2020 May 15 [cited 2024 Feb 23];16(1):1–21. Available from: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/3976>
49. Cohen LK, Jago JD. Toward the formulation of sociodental indicators. *Int J Health Serv* [Internet]. 1976 [cited 2024 Feb 23];6(4):681–98. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/971976/>
50. McNeil DW, Rainwater AJ. Development of the Fear of Pain Questionnaire-III. *J Behav Med* [Internet]. 1998 [cited 2024 Feb 23];21(4):389–410. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9789168/>

51. Terrell JE, Nanavati KA, Esclamado RM, Bishop JK, Bradford CR, Wolf GT. Head and neck cancer-specific quality of life: instrument validation. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* [Internet]. 1997 [cited 2024 Feb 23];123(10):1125–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9339991/>
52. Cunningham SJ, Garratt AM, Hunt NP. Development of a condition-specific quality of life measure for patients with dentofacial deformity: I. Reliability of the instrument. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2000 [cited 2024 Feb 23];28(3):195–201. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10830646/>
53. Wöstmann B, Michel K, Brinkert B, Melchheier-Weskott A, Rehmann P, Balkenhol M. Influence of denture improvement on the nutritional status and quality of life of geriatric patients. *J Dent* [Internet]. 2008 Oct [cited 2024 Feb 23];36(10):816–21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18603344/>
54. Inglehart M, Bagramian R. Oral Health-related Quality of Life [Internet]. Michigan: Quintessence books; 2002 [cited 2024 Feb 23]. 208 p. Available from: [https://books.google.com/books/about/Oral\\_Health\\_related\\_Quality\\_of\\_Life.html?id=xdtpAAAAMAAJ](https://books.google.com/books/about/Oral_Health_related_Quality_of_Life.html?id=xdtpAAAAMAAJ)
55. 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* [Internet]. 2006 Jan 19 [cited 2024 Feb 23];4(1):1–9. Available from: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-4-4>
56. Juniper EF, Guyatt GH, Streiner DL, King DR. Clinical impact versus factor analysis for quality of life questionnaire construction. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 1997 Mar [cited 2023 Sep 2];50(3):233–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9120521/>
57. Cruz KLT, Santos ICS, de Jesus Alves de Baptista CR, Mattiello-Sverzut AC. Quality of life assessment instruments in children and adolescents with

- neuromuscular diseases: a systematic scoping review. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2024 Feb 29];22(1):18. Available from: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-024-02232-3>
58. Deana NF, Pardo Y, Ferrer M, Espinoza-Espinoza G, Garin O, Muñoz-Millán P, et al. Evaluating conceptual model measurement and psychometric properties of Oral health-related quality of life instruments available for older adults: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2024 Feb 29];22(1):1–15. Available from: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-023-02218-7>
59. Sánchez-Villena AR, de La Fuente-Figuerola V. Estandarización, adaptación y validación de pruebas psicométricas: diferencias necesarias. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2020 Nov 1;93(5):353–4.
60. Rodríguez Soto A, Morales Navarro D. Criterios para validar clasificaciones clínicas. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2021 [cited 2024 Feb 29];58(2):e3181. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072021000200005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072021000200005)
61. Reidl-Martínez LM. Confiabilidad en la medición. *Investigación en educación médica* [Internet]. 2013 [cited 2024 Mar 1];2(6):107–11. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-50572013000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
62. Ortiz MS, Fernández-Pera M, Ortiz MS, Fernández-Pera M. Modelo de Ecuaciones Estructurales: Una guía para ciencias médicas y ciencias de la salud. *Terapia psicológica* [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2024 Mar 1];36(1):51–7. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082018000100051&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082018000100051&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
63. Yazdani S, Shirvani A, Heidarpour P. A Model for the Taxonomy of Research Studies: A Practical Guide to Knowledge Production and Knowledge Management. *Arch Pediatr Infect Dis* [Internet]. 2021 May 15

- [cited 2026 Jan 7];9(4). Available from: <https://doi.org/10.5812/PEDINFECT.112456>
64. OECD. Manual de Frascati 2015: Guía para la recopilación y presentación de información sobre la investigación y el desarrollo experimental. Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología, editor. OECD; 2018.
  65. Ato M, López JJ, Benavente A. Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología* [Internet]. 2013 [cited 2023 Sep 1];29(3):1038–59. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-97282013000300043&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000300043&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  66. Arias FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología Científica [Internet]. 6th ed. Editorial Episteme; 2012 [cited 2023 Sep 2]. Available from: <https://books.google.com.co/books?id=W5n0BgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
  67. Dirección Regional de Educación Tacna U de E. COMPENDIO ESTADÍSTICO DRET - 2022 [Internet]. Tacna; 2022 Nov [cited 2023 Sep 6]. Available from: [https://www.ugeltacna.gob.pe/resources/image/documentos/COMPENDIO-ESTADISTICO-2022\\_file\\_1679502441.pdf](https://www.ugeltacna.gob.pe/resources/image/documentos/COMPENDIO-ESTADISTICO-2022_file_1679502441.pdf)
  68. Roco Videla Á, Hernández Orellana M, Silva González O. What is the appropriate sample size to validate a questionnaire? *Nutr Hosp* [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2023 Sep 6];38(4):877–8. Available from: <https://www.nutricionhospitalaria.org/articles/03633/show>
  69. Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quinonez HR, Young SL. Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. *Front Public Health* [Internet]. 2018 Jun 11 [cited 2023 Sep 6];6:149. Available from: [/pmc/articles/PMC6004510/](https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2018.00149/full)
  70. Guadagnoli E, Velicer WF. Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychol Bull* [Internet]. 1988 [cited 2023 Sep

- 8];103(2):265–75. Available from:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3363047/>
71. American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council. Standards for Educational and Psychological Testing [Internet]. Washington, DC: American Educational Research Association; 2014 [cited 2025 May 29]. Available from: [https://www.testingstandards.net/uploads/7/6/6/4/76643089/standards\\_2014edition.pdf](https://www.testingstandards.net/uploads/7/6/6/4/76643089/standards_2014edition.pdf)
  72. Fornell C, Larcker DF. Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. *Journal of Marketing Research*. 1981 Feb;18(1):39–50.
  73. Henseler J, Ringle CM, Sarstedt M. A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling. *J Acad Mark Sci*. 2015 Jan 22;43(1):115–35.
  74. Zabriskie RB, Ward PJ. Satisfaction With Family Life Scale. *Marriage Fam Rev*. 2013 Jul;49(5):446–63.
  75. Zabriskie RB, McCormick BP. Parent and Child Perspectives of Family Leisure Involvement and Satisfaction with Family Life. *J Leis Res*. 2003 Jun 13;35(2):163–89.
  76. Caycho-Rodríguez T, Ventura-León J, Barboza-Palomino M, Reyes-Bossio M, Arias Gallegos WL, García Cadena CH, et al. Validez e invarianza factorial de una medida breve de Satisfacción con la Vida Familiar. *Universitas Psychologica*. 2018 Dec 5;17(5):1–17.
  77. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess*. 1985 Feb 10;49(1):71–5.
  78. Aiken LR. Three Coefficients for Analyzing the Reliability and Validity of Ratings. *Educ Psychol Meas*. 1985 Mar 1;45(1):131–42.
  79. Podsakoff PM, MacKenzie SB, Lee JY, Podsakoff NP. Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*. 2003;88(5):879–903.

80. Pérez E, Medrano L. Análisis factorial exploratorio: bases conceptuales y metodológicas. *Rev Argent Cienc Comport.* 2010 Dec 12;2(1):58–66.
81. Forero CG, Maydeu-Olivares A, Gallardo-Pujol D. Factor Analysis with Ordinal Indicators: A Monte Carlo Study Comparing DWLS and ULS Estimation. *Struct Equ Modeling.* 2009 Oct 6;16(4):625–41.
82. Kline P. *An Easy Guide to Factor Analysis.* 1st ed. London: Routledge; 2014.
83. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate data analysis.* 8th ed. Hampshire: Annabel Ainscow; 2019.
84. Campo-Arias A, Oviedo HC. Revisión/Review Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Revista de Salud Pública [Internet].* 2008 [cited 2025 May 19];10(5):831–9. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642008000500015&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000500015&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
85. Lloret-Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández-Baeza A, Tomás-Marco I. El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología.* 2014 Oct 1;30(3):1151–69.
86. Escobedo Portillo MT, Hernández Gómez JA, Estebané Ortega V, Martínez Moreno G. Modelos de ecuaciones estructurales: Características, fases, construcción, aplicación y resultados. *Ciencia & trabajo.* 2016;18(55):16–22.
87. McNeish D. Generalizability of Dynamic Fit Index, Equivalence Testing, and Hu & Bentler Cutoffs for Evaluating Fit in Factor Analysis. *Multivariate Behav Res.* 2023 Jan 2;58(1):195–219.

## **APÉNDICE**

**APÉNDICE 1:** MATRIZ DE CONSISTENCIA

**APÉNDICE 2:** INSTRUMENTO CPQ 11-14 ISF:16

**APÉNDICE 3:** INSTRUMENTO SWFLS

**APÉNDICE 4:** INSTRUMENTO CPQ 11-14 ISF:8

**APÉNDICE 5:** PERMISOS PARA EL USO DE INSTRUMENTOS

**APÉNDICE 6:** INFORMES DE OPINIÓN DE EXPERTOS

**APÉNDICE 7:** CONSENTIMIENTO INFORMADO

**APÉNDICE 8:** ASENTIMIENTO INFORMADO

**APÉNDICE 9:** CARTA DE PRESENTACIÓN A LA UGEL TACNA

**APÉNDICE 10:** AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LA UGEL TACNA

**APÉNDICE 11:** CERTIFICADO DE APROBACIÓN POR PARTE DEL  
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL HIPÓLITO  
UNANUE DE TACNA

**APÉNDICE 12:** CONSTANCIA DE EJECUCIÓN POR PARTE DE LA  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA EMBLEMÁTICA CORONEL BOLOGNESI

**APÉNDICE 13:** CONSTANCIA DE EJECUCIÓN POR PARTE DE LA  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SANTÍSIMA NIÑA MARÍA

## APÉNDICE 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

**Título de la investigación:** Validación y propiedades psicométricas de *short form of the child perceptions questionnaire for children aged 11 to 14 years* en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGÍA
<p><b>1. INTERROGANTE PRINCIPAL</b></p> <p>¿Cuáles son las evidencias de validez y propiedades psicométricas del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024?</p> <p><b>2. INTERROGANTES ESPECÍFICAS</b></p> <p>a. ¿Cuáles son las evidencias de validez basadas en el contenido del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes</p>	<p><b>1. OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Determinar las evidencias de validez y propiedades psicométricas del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024.</p> <p><b>2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <p>a. Evaluar las evidencias de validez basadas en el</p>	<p><b>1. HIPÓTESIS GENERAL</b></p> <p>Existe adecuadas evidencias de validez y propiedades psicométricas del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024.</p> <p><b>2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</b></p> <p>a. Existe adecuadas evidencias de validez basadas en el contenido del CPQ 11-</p>	<p><b>1. VARIABLES</b></p> <p>Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral.</p> <p><b>2. INDICADORES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas Orales</li> <li>• Limitaciones Funcionales</li> <li>• Bienestar Emocional</li> <li>• Bienestar Social</li> </ul>	<p><b>1. TIPO DE INVESTIGACIÓN</b></p> <p>Tipo psicométrica.</p> <p><b>2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN</b></p> <p>Nivel aplicada.</p> <p><b>3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</b></p> <p>Diseño instrumental.</p> <p><b>4. ÁMBITO DE ESTUDIO</b></p>

<p>de educación básica de Tacna, 2024?</p> <p>b. ¿Cuáles son las evidencias estadísticas del análisis de ítems del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024?</p> <p>c. ¿Cuáles son las evidencias de validez basadas en la estructura interna del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024?</p> <p>d. ¿Cuáles son las evidencias de validez basadas en la consistencia interna del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024?</p> <p>e. ¿Cuáles son las evidencias de validez en relación con otras variables del CPQ 11-14 – ISF:16 en</p>	<p>contenido del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024.</p> <p>b. Determinar las evidencias estadísticas del análisis de ítems del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024.</p> <p>c. Determinar las evidencias de validez basadas en la estructura interna del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024.</p> <p>d. Evaluar las evidencias de validez basadas en la consistencia interna del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024.</p>	<p>14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024.</p> <p>b. Existe adecuadas evidencias estadísticas del análisis de ítems del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024.</p> <p>c. Existe adecuadas evidencias de validez basadas en la estructura interna del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024.</p> <p>d. Existe adecuadas evidencias de validez basadas en la consistencia interna del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024.</p> <p>e. Existe adecuadas evidencias de validez</p>		<p>Instituciones educativas de la ciudad de Tacna – Perú.</p> <p><b>5. POBLACIÓN</b></p> <p>La población está conformada por 23063 escolares que estudian en instituciones educativas públicas o particulares de la Provincia de Tacna.</p> <p><b>6. MUESTRA</b></p> <p>Considerando los criterios establecidos por diversos autores respecto al tamaño de muestra adecuado para un estudio de diseño instrumental, se considera apropiado un tamaño de muestra de 665 participantes.</p>
--	--	---	--	---

<p>estudiantes de educación básica de Tacna, 2024?</p> <p>f. ¿Cuáles son los puntos de corte del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024?</p>	<p>e. Evaluar las evidencias de validez en relación con otras variables del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024.</p> <p>f. Establecer los puntos de corte del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024.</p>	<p>en relación con otras variables del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024.</p> <p>f. Existen 3 puntos de corte del CPQ 11-14 – ISF:16 en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024.</p>		<p><b>7. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b></p> <p>Se optó por utilizar la técnica de la encuesta para la recolección de datos.</p> <p><b>8. INSTRUMENTOS</b></p> <p>Se eligió un cuestionario como instrumento para esta investigación, el cual lleva por nombre <i>Short Form of the Child Perceptions Questionnaire for children aged 11 to 14 years.</i></p>
<p><b>RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN</b></p> <p><b>CONTRIBUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN AL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS):</b> Se colabora con el logro de la ODS N° 3, que tiene como propósito asegurar la salud y fomentar el bienestar para toda la población indistintamente del grupo etario en el que se encuentren.</p>				

## APÉNDICE 2: INSTRUMENTO CPQ 11-14 ISF:16

### CUESTIONARIO DE SALUD ORAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 11 A 14 AÑOS

¡HOLA!

¡Muchas gracias por ayudarnos con nuestro estudio! Estamos realizándolo con el fin de entender mejor los problemas que puedas tener en tus dientes, labios y boca. Al responderlo nos ayudarás a aprender más de las experiencias de jóvenes como tú.

#### RECUERDA

- ✓ No escribas tu nombre en el cuestionario.
- ✓ Este no es un examen por ello no hay respuestas buenas ni malas.
- ✓ Contesta de manera sincera. No hables con nadie acerca de las preguntas mientras realizas el examen. Tus respuestas son solo para ti y nadie sabrá acerca de ellas.
- ✓ Lee atentamente cada pregunta y piensa acerca de aquellas experiencias que has tenido en los últimos 3 meses.
- ✓ Antes de responder, pregúntate a ti mismo: ¿He tenido problemas de dientes, labios, boca o mandíbula?
- ✓ Marca con una X en el recuadro que consideres como mejor respuesta para ti.

1. ¿Eres hombre o mujer?

Hombre  Mujer

2. ¿Cuántos años tienes?

\_\_\_\_\_ años

3. Podrías decir que la salud de tus dientes, labios y boca es:

Mala  Regular  Buena  Muy Buena  Excelente

4. ¿Cuánto crees que afecta en tu vida diaria el estado de tus dientes, labios o boca?

Nada  Muy poco  Poco  Bastante  Muchísimo

En los últimos tres meses, cuántas veces has tenido:

5. ¿Dolor en tus dientes, labios o boca?

Nunca  Una o dos veces  A veces  Con frecuencia  Casi todos o todos los días

6. ¿Heridas en la boca?

Nunca  Una o dos veces  A veces  Con frecuencia  Casi todos o todos los días

7. ¿Mal aliento?

Nunca  Una o dos veces  A veces  Con frecuencia  Casi todos o todos los días

8. ¿Alimentos que se quedan entre tus dientes?

Nunca  Una o dos veces  A veces  Con frecuencia  Casi todos o todos los días

En los últimos tres meses, ¿Cuántas veces ha pasado alguno de estos problemas a causa de tus dientes, labios o boca?

9. ¿Has tardado más tiempo en comer que otras personas?

Nunca  Una o dos veces  A veces  Con frecuencia  Casi todos o todos los días

10. **¿Problemas para morder o masticar alimentos duros?**  
 Nunca  Una o dos veces  A veces  Con frecuencia  Casi todos o todos los días
11. **¿Dificultad para pronunciar algunas palabras?**  
 Nunca  Una o dos veces  A veces  Con frecuencia  Casi todos o todos los días
12. **¿Dificultad para tomar o comer alimentos calientes o fríos?**  
 Nunca  Una o dos veces  A veces  Con frecuencia  Casi todos o todos los días

En los últimos tres meses, ¿Cuántas veces has sentido esto a causa de tus dientes, labios o boca?

13. **¿Te has sentido irritable o frustrado?**  
 Nunca  Una o dos veces  A veces  Con frecuencia  Casi todos o todos los días
14. **¿Te has sentido tímido o avergonzado?**  
 Nunca  Una o dos veces  A veces  Con frecuencia  Casi todos o todos los días
15. **¿Te ha preocupado lo que piensan otras personas acerca de tus dientes, labios o boca?**  
 Nunca  Una o dos veces  A veces  Con frecuencia  Casi todos o todos los días
16. **¿Has estado molesto?**  
 Nunca  Una o dos veces  A veces  Con frecuencia  Casi todos o todos los días

En los últimos tres meses, ¿Cuántas veces te ha pasado esto a causa de tus dientes, labios o boca?

17. **¿Has evitado reír mientras estabas con otros niños?**  
 Nunca  Una o dos veces  A veces  Con frecuencia  Casi todos o todos los días
18. **¿Has discutido/peleado con tu familia u otros niños?**  
 Nunca  Una o dos veces  A veces  Con frecuencia  Casi todos o todos los días
19. **¿Algunos niños se han burlado de tí o te han puesto apodos?**  
 Nunca  Una o dos veces  A veces  Con frecuencia  Casi todos o todos los días
20. **¿Otros niños te han hecho preguntas acerca de tus dientes, labios o boca?**  
 Nunca  Una o dos veces  A veces  Con frecuencia  Casi todos o todos los días

**LISTO, ¡HEMOS TERMINADO!**

**¡GRACIAS POR AYUDARNOS!**

## APÉNDICE 3: INSTRUMENTO SWFLS

### MEDIDA BREVE DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA FAMILIAR

En las siguientes preguntas marca con una X en el número que mejor describa qué tan de acuerdo te sientes con respecto a cada enunciado, teniendo en cuenta que el número 1 significa **totalmente en desacuerdo** y el número 7 significa **totalmente de acuerdo**.

1. **En la mayoría de los aspectos, mi vida familiar está próxima a mi ideal.**

Totalmente en desacuerdo 

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente de acuerdo

2. **Las condiciones de mi vida familiar son excelentes.**

Totalmente en desacuerdo 

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente de acuerdo

3. **Estoy satisfecho(a) con mi vida familiar.**

Totalmente en desacuerdo 

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente de acuerdo

4. **Hasta ahora, he logrado las cosas importantes que quería en mi vida familiar.**

Totalmente en desacuerdo 

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente de acuerdo

5. **Si pudiera vivir mi vida familiar otra vez, no cambiaría casi nada.**

Totalmente en desacuerdo 

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente de acuerdo

## APÉNDICE 4: INSTRUMENTO CPQ 11-14 ISF:8

### CUESTIONARIO DE SALUD ORAL PARA NIÑOS Y DE 11 A 14 AÑOS

En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia has tenido:

1. **Mal aliento?**  
 Nunca  Una o dos veces  A veces  Con frecuencia  Casi todos o todos los días
2. **Comida atascada en o entre los dientes?**  
 Nunca  Una o dos veces  A veces  Con frecuencia  Casi todos o todos los días

En los últimos tres meses, a causa de tus dientes, labios, boca o mandíbulas, ¿Con qué frecuencia ha sido:

3. **Difícil morder o masticar alimentos, como manzana, choclo en la coronta, o bistec?**  
 Nunca  Una o dos veces  A veces  Con frecuencia  Casi todos o todos los días
4. **Difícil beber o comer alimentos calientes o fríos?**  
 Nunca  Una o dos veces  A veces  Con frecuencia  Casi todos o todos los días

En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia te has:

5. **Sentido irritable, frustrado o mal genio?**  
 Nunca  Una o dos veces  A veces  Con frecuencia  Casi todos o todos los días
6. **Sentido molesto?**  
 Nunca  Una o dos veces  A veces  Con frecuencia  Casi todos o todos los días

En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia has:

7. **Evitado sonreír o reír cuando estas con otros niños?**  
 Nunca  Una o dos veces  A veces  Con frecuencia  Casi todos o todos los días

En los últimos tres meses, a causa de tus dientes, labios, boca o mandíbulas, ¿Con qué frecuencia:

8. **Otros niños te han hecho preguntas sobre tus dientes, labios, maxilares o boca?**  
 Nunca  Una o dos veces  A veces  Con frecuencia  Casi todos o todos los días

## APÉNDICE 5: PERMISOS PARA EL USO DE INSTRUMENTOS

I request authorization for the use of an instrument



**José Andrés Vidal Arias** <joseandrevidalarias@gmail.com>  
para aleksandra.jokovic

dom, 28 ene 2024, 11:20 ☆ ☺ ↶

Good afternoon Dr. Aleksandra Jokovic

As corresponding author of the research team that developed the article entitled "Short forms of the Child Perceptions Questionnaire for 11–14-year-old children (CPQ11–14): Development and initial evaluation", I kindly request permission for the use and/or modification of the instrument "Child Perceptions Questionnaire for 11–14-year-old children (CPQ11–14)" and its short versions, solely for academic purposes in my Master's thesis in Scientific Research and Innovation at the Universidad Privada de Tacna, Peru. I thank you in advance for your prompt reply.

Sincerely yours,

José Andrés Vidal Arias  
Cirujano Dentista - Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann - Tacna, Perú  
Student of Master in Scientific Research and Innovation - Universidad Privada de Tacna, Perú.

Permiso para el uso de la adaptación al español de CPQ 11-14 Recibidos x



**José Andrés Vidal Arias** <joseandrevidalarias@gmail.com>  
para jennyabantosp@gmail.com

vie, 1 mar 2024, 14:50 ☆ ☺ ↶

Buenos días Dra. Jenny Abanto,

Como autor correspondiente del equipo de investigación que desarrolló el artículo titulado "Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the child perceptions questionnaire 11-14 (CPQ11-14) for the peruvian spanish language", solicito amablemente permiso para el uso de la versión adaptada al español del instrumento CPQ 11-14 únicamente con fines académicos en mi tesis de maestría en Investigación Científica e Innovación en la Universidad Privada de Tacna, Perú. Asimismo le estaría muy agradecido si pudiera compartir conmigo por este medio la traducción de tal instrumento anteriormente mencionado. Esperaré su respuesta y, dado su conocido interés en la investigación, se lo agradezco de antemano.

Atentamente,

José Andrés Vidal Arias  
Cirujano Dentista - Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann - Tacna, Perú  
Estudiante de Maestría en Investigación Científica e Innovación - Universidad Privada de Tacna, Perú



**Jenny Abanto** <jennyabantosp@gmail.com>  
para mi

sáb, 2 mar 2024, 3:42 ☆ ☺ ↶

Traducir al español X

Hola José,

claro que puedes usarlo y te lo envío adjunto junto con otros cuestionarios más que hemos validado en español

Saludos

Permiso para el uso de la adaptación al español de CPQ 11-14 Recibidos x



**José Andrés Vidal Arias** <joseandrevidalarias@gmail.com>  
para lnunezf

vie, 1 mar 2024, 14:46 ☆ ☺ ↶

Buenos días Dra. María Loreto Nuñez Franz,

Como autor correspondiente del equipo de investigación que desarrolló el artículo titulado "Adaptation and validation of the Spanish version of Child Perception Questionnaire CPQ-Spn11-14 in a Chilean community population", solicito amablemente permiso para el uso de la versión adaptada al español de las versiones cortas del instrumento CPQ 11-14 únicamente con fines académicos en mi tesis de maestría en Investigación Científica e Innovación en la Universidad Privada de Tacna, Perú. Asimismo le estaría muy agradecido si pudiera compartir conmigo por este medio las traducciones de tales instrumentos anteriormente mencionados. Esperaré su respuesta y, dado su conocido interés en la investigación, se lo agradezco de antemano.

Atentamente,

José Andrés Vidal Arias  
Cirujano Dentista - Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann - Tacna, Perú  
Estudiante de Maestría en Investigación Científica e Innovación - Universidad Privada de Tacna, Perú



**Loreto Nunez Franz** <lnunezf@utalca.cl>  
para mi

vie, 1 mar 2024, 15:07 ☆ ☺ ↶

Estimado José, encantada que uses este instrumento, en éstos momentos estoy sin mi PC y no puedo enviarte la traducción. Espero el lunes poder hacerlo. Revisa el instrumento porque puede requerir adaptación semántica. Si no te respondo el lunes por favor escríbeme nuevamente. Saludos cordiales, Loreto Nuñez



**José André Vidal Arias** <joseandrevidalarias@gmail.com>  
para zabriskie ▾

jue, 1 ago 2024, 10:28

Good afternoon Dr. Ramon Zabriskie

As corresponding author of the research team that developed the article entitled "Parent and Child Perspectives of Family Leisure Involvement and Satisfaction with Family Life", I kindly request permission for the use of the instrument "Satisfaction With Family Life Scale (SWFLS)", solely for academic purposes in my Master's thesis in Scientific Research and Innovation at the Universidad Privada de Tacna, Peru.

I thank you in advance for your prompt reply.

Sincerely yours,

José André Vidal Arias  
Cirujano Dentista - Universidad Nacional Jorge Basadre  
Grohmann - Tacna, Perú  
Student of Master in Scientific Research and Innovation -  
Universidad Privada de Tacna, Perú.

Permiso para el uso de instrumento Recibidos



**José André Vidal Arias** <joseandrevidalarias@gmail.com>  
para tomas.caycho, tcaycho, tpcaycho ▾

jue, 1 ago 2024, 9:02

Buenos días Dr. Tomás Caycho Rodríguez,

Como autor correspondiente del equipo de investigación que desarrolló el artículo titulado "Validity and F-actonal Invariance of a Brief Measure of Satisfaction with Family Life", solicito amablemente permiso para el uso de la versión adaptada al español de dicho instrumento únicamente con fines académicos en mi tesis de maestría en Investigación Científica e Innovación en la Universidad Privada de Tacna, Perú. Asimismo le estaría muy agradecido si pudiera compartir conmigo por este medio la traducción de tal instrumento anteriormente mencionado. Esperaré su respuesta y dado su conocido interés en la investigación, se lo agradeceré de antemano.

Atentamente,

José André Vidal Arias  
Cirujano Dentista - Universidad Nacional Jorge Basadre  
Grohmann - Tacna, Perú  
Estudiante de Maestría en Investigación Científica e  
Innovación - Universidad Privada de Tacna, Perú



**Tomás Pedro Pablo Caycho Rodríguez** <tcaycho@ciereffica.edu.pe>  
para mí ▾

jue, 1 ago 2024, 9:04

Tiene permiso. Los items están en el artículo. ¡ hasta luego

## APÉNDICE 6: INFORMES DE OPINIÓN DE EXPERTOS

### CARTA DE PRESENTACIÓN

Tacna, 23 de mayo del 2024

Señor/a

.....

Presente.

Asunto: **VALIDACIÓN DE CONTENIDO A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTOS**

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que, siendo maestrante del programa de Investigación Científica e Innovación de la Universidad Privada de Tacna, requiero validar el instrumento con el cual recogeré información necesaria para poder desarrollar mi proyecto de investigación conducente a la obtención del grado de Maestro.

El título de mi proyecto de investigación es:

“VALIDACIÓN Y PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE SHORT FORM OF THE CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE FOR CHILDREN AGED 11 TO 14 YEARS EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICA DE TACNA, 2024”. Y siendo imprescindible contar con la opinión de expertos en los temas mencionados para poder aplicar el instrumento de medición, he considerado conveniente recurrir a usted, como **JUEZ EXPERTO** dada su connotada experiencia en los temas objeto de mi investigación. Agradezco anticipadamente su valiosa colaboración.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

1. Carta de presentación.
2. Matriz de consistencia.
3. Formato del instrumento.
4. Certificado de validez de contenido del instrumento

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración me despido de usted no sin antes agradecerle la atención que dispense a la presente.

Atentamente:

---

JOSÉ ANDRÉ VIDAL ARIAS  
DNI: 70081725

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO SHORT FORM  
OF THE CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE FOR CHILDREN AGED 11 TO 14  
YEARS (CPQ 11-14 – ISF:16)**

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>PREGUNTAS GENERALES</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
1	¿Eres Niño o Niña?	X		X		X		
2	¿Cuándo naciste?	X		X		X		
	<b>PREGUNTAS GLOBALES</b>							
3	Podrías decir que la salud de tus dientes, labios, mandíbula y boca es:	X		X		X		
4	¿Cuánto crees que afecta en tu vida diaria el estado de tus dientes, labios, mandíbula o boca?	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 1</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
5	¿Dolor en tus dientes, labios, mandíbula o boca?	X		X		X		
6	¿Heridas en la boca?	X		X		X		
7	¿Mal aliento?	X		X		X		
8	¿Comida que se queda dentro o entre tus dientes?	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 2</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
9	¿Has tardado más tiempo en comer que otras personas?	X		X		X		
10	¿Problemas para morder o masticar alimentos como una manzana, un choclo o un bistec?	X		X		X		
11	¿Dificultad para pronunciar algunas palabras?	X		X		X		
12	¿Dificultad para tomar líquidos o comer alimentos calientes o fríos?	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 3</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
13	¿Te has sentido irritable o frustrado?	X		X		X		

14	¿Te has sentido tímido o avergonzado?	X		X		X	
15	¿Te ha preocupado lo que piensan otras personas acerca de tus dientes, labios, boca o mandíbula?	X		X		X	
16	¿Has estado molesto?	X		X		X	
	<b>DIMENSIÓN 4</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
17	¿Has evitado reír mientras estabas con otros niños?	X		X		X	
18	¿Has discutido/peleado con tu familia u otros niños?	X		X		X	
19	¿Algunos niños se han burlado de tí o te han puesto apodos?	X		X		X	
20	¿Otros niños te han hecho preguntas acerca de tus dientes, labios, boca o mandíbula?	X		X		X	

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):**

**Opinión de aplicabilidad:**      **Aplicable [ X ]**      **Aplicable después de corregir [ ]**      **No aplicable [ ]**

**Apellidos y nombres del juez validador:** Guiselle Andrea Verastegui Baldarrago

**DNI:** 43558141

**ORCID:** 0000-0001-5845-4695

**Especialidad del validador:** Docente Renacyt, Maestría en Odontostomatología, Segunda Especialidad en Periodoncia e Implantología

\_\_\_\_\_10\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_junio\_\_\_\_\_ del 2024

-----  
**Mtro. Guiselle Andrea Verastegui Baldarrago**

<sup>1</sup>**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO SHORT FORM  
OF THE CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE FOR CHILDREN AGED 11 TO 14  
YEARS (CPQ 11-14 – ISF:16)**

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>PREGUNTAS GENERALES</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
1	¿Eres Niño o Niña?	x		x		x		
2	¿Cuándo naciste?	x		x			x	Sugiero replantear la pregunta. ¿cuándo es tu cumpleaños?
	<b>PREGUNTAS GLOBALES</b>							
3	Podrías decir que la salud de tus dientes, labios, mandíbula y boca es:	x		x			x	Sugiero utilizar solo el termino boca y no el de mandíbula
4	¿Cuánto crees que afecta en tu vida diaria el estado de tus dientes, labios, mandíbula o boca?	x		x			x	Sugiero utilizar solo el termino boca y no el de mandíbula
	<b>DIMENSIÓN 1</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
5	¿Dolor en tus dientes, labios, mandíbula o boca?	x		x			x	Sugiero replantear la pregunta has tenido dolo o tiene dolor hoy. tienes o has tenido
6	¿Heridas en la boca?	x		x			x	Lo mismo que el item anterior has, tienes
7	¿Mal aliento?	x		x			x	Lo mismo que el item anterior has, tienes
8	¿Comida que se queda dentro o entre tus dientes?	x		x			x	Sugiero replantear tus alimentos se
	<b>DIMENSIÓN 2</b>	Si	No	Si	No	Si	No	

9	¿Has tardado más tiempo en comer que otras personas?	x		x		X		
10	¿Problemas para morder o masticar alimentos como una manzana, un choclo o un bistec?	x		x			x	Sugiero mejorar la redacción tiene problemas...
11	¿Dificultad para pronunciar algunas palabras?	x		x			x	Sugiero mejorar la redacción tienes dificultad ...
12	¿Dificultad para tomar líquidos o comer alimentos calientes o fríos?	x		x			x	Sugiero mejorar la redacción tienes dificultad ...
	<b>DIMENSIÓN 3</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
13	¿Te has sentido irritable o frustrado?	x		x		x		
14	¿Te has sentido tímido o avergonzado?	x		x		x		
15	¿Te ha preocupado lo que piensan otras personas acerca de tus dientes, labios, boca o mandíbula?	x		x			x	Como lo indique líneas arriba solo definir si es boca o mandíbula
16	¿Has estado molesto?	x		x		x		
	<b>DIMENSIÓN 4</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
17	¿Has evitado reír mientras estabas con otros niños?	x		x		x		
18	¿Has discutido/peleado con tu familia u otros niños?	x		x		x		
19	¿Algunos niños se han burlado de ti o te han puesto apodos?	x		x		x		
20	¿Otros niños te han hecho preguntas acerca de tus dientes, labios, boca o mandíbula?	x		x		x		

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):**

**Opinión de aplicabilidad:**      **Aplicable** [  ]      **Aplicable después de corregir** [  ]      **No aplicable** [  ]

**Apellidos y nombres del juez validador:** Jhon Paul Iakov Mezarina Mendoza      **DNI:** 20053551

**ORCID:** 0000-0002-3496-2502

**Especialidad del validador:** \_ODONTOPEDIATRA

**Lima, 24 de mayo del 2024**



-----  
**Mtro. Jhon Paul Iakov Mezarina Mendoza**

<sup>1</sup>**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO SHORT FORM  
OF THE CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE FOR CHILDREN AGED 11 TO 14  
YEARS (CPQ 11-14 – ISF:16)**

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>PREGUNTAS GENERALES</b>							
1	¿Eres Niño o Niña?	x		x			x	Considero que se debe tener cuidado con el término niño y niña considerando el grupo etario, ¿un estudiante de 14 años aún se auto considera como niño o niña, o ya como un adolescente?
2	¿Cuándo naciste?	x		x		x		
	<b>PREGUNTAS GLOBALES</b>							
3	Podrías decir que la salud de tus dientes, labios, mandíbula y boca es:	x		x		x		
4	¿Cuánto crees que afecta en tu vida diaria el estado de tus dientes, labios, mandíbula o boca?	x		x			x	El término mandíbula es sesgado, cómo consideras que lo interpreta el estudiante, lo llega comprender correctamente?
	<b>DIMENSIÓN 1</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
5	¿Dolor en tus dientes, labios, mandíbula o boca?	x		x		X		
6	¿Heridas en la boca?	X		x		x		

**Comentado [MOU3]:** Debería colocar el enunciado de la dimensión, esto ayudaría a no tener que regresar al instrumento.

7	¿Mal aliento?	x		x		X		
8	¿Comida que se queda dentro o entre tus dientes?	x		x			x	¿Cómo entendería el estudiante el término "dentro de tus dientes"?
<b>DIMENSIÓN 2</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
9	¿Has tardado más tiempo en comer que otras personas?	x		x		X		
10	¿Problemas para morder o masticar alimentos como una manzana, un choclo o un bistec?	x		x		X		
11	¿Dificultad para pronunciar algunas palabras?	x		x		X		
12	¿Dificultad para tomar líquidos o comer alimentos calientes o fríos?	x		x		X		
<b>DIMENSIÓN 3</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
13	¿Te has sentido irritable o frustrado?	x		x		X		
14	¿Te has sentido tímido o avergonzado?	x		x		X		
15	¿Te ha preocupado lo que piensan otras personas acerca de tus dientes, labios, boca o mandíbula?	x		x			x	Revisar si el término mandíbula es lo más apropiado para el estudiante
16	¿Has estado molesto?	x		x		X		
<b>DIMENSIÓN 4</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
17	¿Has evitado reír mientras estabas con otros niños?	x		x		X		
18	¿Has discutido/peleado con tu familia u otros niños?	x		x		X		
19	¿Algunos niños se han burlado de ti o te han puesto apodosos?	x		x		X		
20	¿Otros niños te han hecho preguntas acerca de tus dientes, labios, boca o mandíbula?	x		x		x		Considerar el aspecto del



**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO SHORT FORM  
OF THE CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE FOR CHILDREN AGED 11 TO 14  
YEARS (CPQ 11-14 – ISF:16)**

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>PREGUNTAS GENERALES</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
1	¿Eres Niño o Niña?	x		x		x		
2	¿Cuándo naciste?	x		x		x		
	<b>PREGUNTAS GLOBALES</b>							
3	Podrías decir que la salud de tus dientes, labios, mandíbula y boca es:	x		x		x		
4	¿Cuánto crees que afecta en tu vida diaria el estado de tus dientes, labios, mandíbula o boca?	x		x		x		
	<b>DIMENSIÓN 1</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
5	¿Dolor en tus dientes, labios, mandíbula o boca?	x		x		x		
6	¿Heridas en la boca?	x		x		x		
7	¿Mal aliento?	x		x		x		
8	¿Comida que se queda dentro o entre tus dientes?	x		x		x		
	<b>DIMENSIÓN 2</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
9	¿Has tardado más tiempo en comer que otras personas?	x		x		x		
10	¿Problemas para morder o masticar alimentos como una manzana, un choclo o un bistec?	x		x		x		
11	¿Dificultad para pronunciar algunas palabras?	x		x		x		
12	¿Dificultad para tomar líquidos o comer alimentos calientes o fríos?	x		x		x		
	<b>DIMENSIÓN 3</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
13	¿Te has sentido irritable o frustrado?	x		x		x		

14	¿Te has sentido tímido o avergonzado?	x		x		x	
15	¿Te ha preocupado lo que piensan otras personas acerca de tus dientes, labios, boca o mandíbula?	x		x		x	
16	¿Has estado molesto?	x		x		x	
	<b>DIMENSIÓN 4</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
17	¿Has evitado reír mientras estabas con otros niños?	x		x		x	
18	¿Has discutido/pelcado con tu familia u otros niños?	x		x		x	
19	¿Algunos niños se han burlado de ti o te han puesto apodos?	x		x		x	
20	¿Otros niños te han hecho preguntas acerca de tus dientes, labios, boca o mandíbula?	x		x		x	

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):**

**Opinión de aplicabilidad:**      **Aplicable [ x ]**      **Aplicable después de corregir [ ]**      **No aplicable [ ]**

**Apellidos y nombres del juez validador:** Milton Saúl Flor Rodríguez

**DNI:** 40683426

**ORCID:** 0000-0002-0427-5429

**Especialidad del validador:** Docente Renacyt, Rehabilitación Oral

\_\_\_\_\_ Tacna 10 de \_\_\_Julio\_\_\_ del 2024

-----  
**Mtro. Milton Saúl Flor Rodríguez**

<sup>1</sup>**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO SHORT FORM  
OF THE CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE FOR CHILDREN AGED 11 TO 14  
YEARS (CPQ 11-14 – ISF:16)**

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>PREGUNTAS GENERALES</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
1	¿Eres Niño o Niña?	X		X		X		
2	¿Cuándo naciste?	X		X		X		
	<b>PREGUNTAS GLOBALES</b>							
3	Podrías decir que la salud de tus dientes, labios, mandíbula y boca es:	X		X		X		
4	¿Cuánto crees que afecta en tu vida diaria el estado de tus dientes, labios, mandíbula o boca?		X	X			X	ES MUY SUJETIVO
	<b>DIMENSIÓN 1</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
5	¿Dolor en tus dientes, labios, mandíbula o boca?	X		X		X		
6	¿Heridas en la boca?	X		X		X		
7	¿Mal aliento?	X		X		X		
8	¿Comida que se queda dentro o entre tus dientes?	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 2</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
9	¿Has tardado más tiempo en comer que otras personas?	X		X		X		
10	¿Problemas para morder o masticar alimentos como una manzana, un choclo o un bistec?	X		X		X		TALVEZ SERIA MEJOR ALIMWENT OS DUROS
11	¿Dificultad para pronunciar algunas palabras?	X		X		X		
12	¿Dificultad para tomar líquidos o comer alimentos calientes o fríos?	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 3</b>	Si	No	Si	No	Si	No	

13	¿Te has sentido irritable o frustrado?	X		X		X	
14	¿Te has sentido tímido o avergonzado?	X		X		X	
15	¿Te ha preocupado lo que piensan otras personas acerca de tus dientes, labios, boca o mandíbula?	X		X		X	
16	¿Has estado molesto?	X		X		X	
	<b>DIMENSIÓN 4</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
17	¿Has evitado reír mientras estabas con otros niños?	X		X		X	
18	¿Has discutido/peleado con tu familia u otros niños?	X		X		X	
19	¿Algunos niños se han burlado de ti o te han puesto apodosos?	X		X		X	
20	¿Otros niños te han hecho preguntas acerca de tus dientes, labios, boca o mandíbula?	X		X		X	

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):**


**Opinión de aplicabilidad:**      **Aplicable** [ X ]      **Aplicable después de corregir** [ ]      **No aplicable** [ ]

**Apellidos y nombres del juez validador:** ROSA ANA MELGAR HERMOZA DNI: 08249982

**ORCID:** 0000-0003-1124-9306

**Especialidad del validador:** ODONTOPEDIATRIA

**Lima, 06 de junio del 2024**



<sup>1</sup>**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO SHORT FORM  
OF THE CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE FOR CHILDREN AGED 11 TO 14  
YEARS (CPQ 11-14 – ISF:16)**

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>PREGUNTAS GENERALES</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
1	¿Eres Niño o Niña?	x		x		x		
2	¿Cuándo naciste?	x		x		x		
	<b>PREGUNTAS GLOBALES</b>							
3	Podrías decir que la salud de tus dientes, labios, mandíbula y boca es:	x		x		x		
4	¿Cuánto crees que afecta en tu vida diaria el estado de tus dientes, labios, mandíbula o boca?	x		x		x		
	<b>DIMENSIÓN 1</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
5	¿Dolor en tus dientes, labios, mandíbula o boca?	x		x		x		
6	¿Heridas en la boca?	x		x		x		
7	¿Mal aliento?	x		x		x		
8	¿Comida que se queda dentro o entre tus dientes?	x		x		x		
	<b>DIMENSIÓN 2</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
9	¿Has tardado más tiempo en comer que otras personas?	x		x			x	Revisar y simplificar el Item para asegurar la comprensión por parte de todos los niños
10	¿Problemas para morder o masticar alimentos como una manzana, un choclo o un bistec?	x		x		x		
11	¿Dificultad para pronunciar algunas palabras?	x		x		x		

12	¿Dificultad para tomar líquidos o comer alimentos calientes o fríos?	x		x			x	Revisar y simplificar el Item para asegurar la comprensión por parte de todos los
<b>DIMENSIÓN 3</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
13	¿Te has sentido irritable o frustrado?	x		x			x	Revisar y simplificar el Item para asegurar la comprensión por parte de todos los
14	¿Te has sentido tímido o avergonzado?	x		x		x		
15	¿Te ha preocupado lo que piensan otras personas acerca de tus dientes, labios, boca o mandíbula?	x		x		x		
16	¿Has estado molesto?							
<b>DIMENSIÓN 4</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
17	¿Has evitado reír mientras estabas con otros niños?							
18	¿Has discutido/peleado con tu familia u otros niños?		x	x		X		Se podría replantear la formulación de la pregunta, con la finalidad de tener una mejor relación con la dimensión
19	¿Algunos niños se han burlado de ti o te han puesto apodosos?	x		x			x	Revisar y simplificar el Item para asegurar la comprensión

								por parte de todos los
20	¿Otros niños te han hecho preguntas acerca de tus dientes, labios, boca o mandíbula?	x		x		X		

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):** Los ítems son pertinentes, relevantes y en su mayoría claros; revisar y simplificar los ítems que pudieran ser ambiguos para asegurar la comprensión por parte de todos los niños. Si existe suficiente suficiencia.

**Opinión de aplicabilidad:**      **Aplicable** [ x ]      **Aplicable después de corregir** [ ]      **No aplicable** [ ]

**Apellidos y nombres del juez validador:** Ulises Massino Peñaloza De La Torre      **DNI:** 41524153

**ORCID:** 0000-0002-8510-2350

**Especialidad del validador:** Segunda especialidad en Periodoncia e implantología

**Tacna, 21 de julio del 2024**



-----  
**Dr. Ulises Massino Peñaloza De La Torre**

<sup>1</sup>**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO SHORT FORM  
OF THE CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE FOR CHILDREN AGED 11 TO 14  
YEARS (CPQ 11-14 – ISF:16)**

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>PREGUNTAS GENERALES</b>							
1	¿Eres Niño o Niña?	X		X			X	hombre o mujer
2	¿Cuándo naciste?	X		X			X	edad
	<b>PREGUNTAS GLOBALES</b>							
3	Podrías decir que la salud de tus dientes, labios, mandíbula y boca es:	X		X		X		
4	¿Cuánto crees que afecta en tu vida diaria el estado de tus dientes, labios, mandíbula o boca?	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 1</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
5	¿Dolor en tus dientes, labios, mandíbula o boca?	X		X		X		
6	¿Heridas en la boca?	X			X	X		considerar gingivitis
7	¿Mal aliento?	X		X		X		
8	¿Comida que se queda dentro o entre tus dientes?	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 2</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
9	¿Has tardado más tiempo en comer que otras personas?	X		X		X		
10	¿Problemas para morder o masticar alimentos como una manzana, un choclo o un bistec?	X		X			X	considero que especificar tres alimentos podría confundir
11	¿Dificultad para pronunciar algunas palabras?	X		X		X		
12	¿Dificultad para tomar líquidos o comer alimentos calientes o fríos?	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 3</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
13	¿Te has sentido irritable o frustrado?	X		X		X		

14	¿Te has sentido tímido o avergonzado?	X		X			X	especificar en la pregunta, por problemas en boca
15	¿Te ha preocupado lo que piensan otras personas acerca de tus dientes, labios, boca o mandíbula?	X		X		X		
16	¿Has estado molesto?	X		X			X	especificar en la pregunta, por problemas en boca
	<b>DIMENSIÓN 4</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
17	¿Has evitado reír mientras estabas con otros niños?	X		X		X		
18	¿Has discutido/pelcado con tu familia u otros niños?	X		X			X	especificar en la pregunta, por problemas en boca
19	¿Algunos niños se han burlado de ti o te han puesto apodos?	X		X			X	especificar en la pregunta, por problemas en boca
20	¿Otros niños te han hecho preguntas acerca de tus dientes, labios, boca o mandíbula?	X		X		X		

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):**

**Opinión de aplicabilidad:**      **Aplicable** [ ]      **Aplicable después de corregir** [X]      **No aplicable** [ ]

**Apellidos y nombres del juez validador:** Wilfredo Gustavo Escalante Otárola      **DNI:** 42600685

**ORCID:** 0000-0003-4879-3938

**Especialidad del validador:** Investigador

Arequipa, 30 de mayo del 2024



-----  
**Dr. Wilfredo Gustavo Escalante Otárola**

<sup>1</sup>**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO SHORT FORM  
OF THE CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE FOR CHILDREN AGED 11 TO 14  
YEARS (CPQ 11-14 – ISF:16)**

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>PREGUNTAS GENERALES</b>							
1	¿Eres Niño o Niña?	✓		✓		✓		
2	¿Cuándo naciste?	✓		✓		✓		
	<b>PREGUNTAS GLOBALES</b>							
3	Podrías decir que la salud de tus dientes, labios, mandíbula y boca es:	✓		✓		✓		
4	¿Cuánto crees que afecta en tu vida diaria el estado de tus dientes, labios, mandíbula o boca?	✓		✓		✓		
	<b>DIMENSIÓN 1</b>	Si	No	Si	No	Si	No	<i>Es necesario lo</i>
5	¿Dolor en tus dientes, labios, mandíbula o boca?	✓		✓		✓		
6	¿Heridas en la boca?	✓		✓		✓		
7	¿Mal aliento?	✓		✓		✓		
8	¿Comida que se queda dentro o entre tus dientes?	✓		✓		✓		
	<b>DIMENSIÓN 2</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
9	¿Has tardado más tiempo en comer que otras personas?	✓		✓		✓		
10	¿Problemas para morder o masticar alimentos como una manzana, un choclo o un bistec?	✓		✓		✓		<i>Revisar el término bístec</i>
11	¿Dificultad para pronunciar algunas palabras?	✓		✓		✓		
12	¿Dificultad para tomar líquidos o comer alimentos calientes o fríos?	✓		✓		✓		
	<b>DIMENSIÓN 3</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
13	¿Te has sentido irritable o frustrado?	✓		✓		✓		

14	¿Te has sentido tímido o avergonzado?	✓		✓		✓	
15	¿Te ha preocupado lo que piensan otras personas acerca de tus dientes, labios, boca o mandíbula?	✓		✓		✓	
16	¿Has estado molesto?		✓		✓		✓ No me parece pertinente.
	<b>DIMENSIÓN 4</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
17	¿Has evitado reír mientras estabas con otros niños?	✓		✓		✓	
18	¿Has discutido/peleado con tu familia u otros niños?	✓		✓		✓	
19	¿Algunos niños se han burlado de tí o te han puesto apodos?	✓		✓		✓	
20	¿Otros niños te han hecho preguntas acerca de tus dientes, labios, boca o mandíbula?	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad:  Aplicable |  Aplicable después de corregir |  No aplicable |

Apellidos y nombres del juez validador: Fernando Joel Rosario Quiroz

DNI: 32990613

ORCID: 0000-0001-5839-467X

Especialidad del validador:

Psicólogo educador con mención en Psicología escolar y mejoramiento de aprendizajes

Lima, 26 de mayo del 2024

Mg. Fernando Joel Rosario Quiroz

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO SHORT FORM  
OF THE CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE FOR CHILDREN AGED 11 TO 14  
YEARS (CPQ 11-14 – ISF:16)**

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>PREGUNTAS GENERALES</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
1	¿Eres Niño o Niña?	X		X		X		
2	¿Cuándo naciste?	X		X		X		
	<b>PREGUNTAS GLOBALES</b>							
3	Podrías decir que la salud de tus dientes, labios, mandíbula y boca es:	X		X		X		
4	¿Cuánto crees que afecta en tu vida diaria el estado de tus dientes, labios, mandíbula o boca?	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 1</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
5	¿Dolor en tus dientes, labios, mandíbula o boca?	X		X		X		
6	¿Heridas en la boca?	X		X		X		
7	¿Mal aliento?	X		X		X		
8	¿Comida que se queda dentro o entre tus dientes?	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 2</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
9	¿Has tardado más tiempo en comer que otras personas?	X		X		X		
10	¿Problemas para morder o masticar alimentos como una manzana, un choclo o un bistec?	X		X		X		
11	¿Dificultad para pronunciar algunas palabras?	X		X		X		
12	¿Dificultad para tomar líquidos o comer alimentos calientes o fríos?	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 3</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
13	¿Te has sentido irritable o frustrado?	X		X		X		

14	¿Te has sentido tímido o avergonzado?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	¿Te ha preocupado lo que piensan otras personas acerca de tus dientes, labios, boca o mandíbula?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	¿Has estado molesto?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>DIMENSIÓN 4</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
17	¿Has evitado reír mientras estabas con otros niños?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	¿Has discutido/peleado con tu familia u otros niños?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	¿Algunos niños se han burlado de ti o te han puesto apodosos?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	¿Otros niños te han hecho preguntas acerca de tus dientes, labios, boca o mandíbula?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad:    **Aplicable [X]**    **Aplicable después de corregir [ ]**    **No aplicable [ ]**

Apellidos y nombres del juez validador: Isabel Del Rosario Ayca Castro

DNI: 42433205

ORCID: 0000-0002-1720-9172

Especialidad del validador: EDUCACIÓN

24 de Junio del 2024

  
Mtro. Isabel Del Rosario Ayca Castro

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

## APÉNDICE 7: CONSENTIMIENTO INFORMADO

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este protocolo es informarle sobre el proyecto de investigación y solicitarle su consentimiento.

La presente investigación se titula “Validación y propiedades psicométricas de *short form of the child perceptions questionnaire for children aged 11 to 14 years* en estudiantes de educación básica de Tacna, 2024” y es elaborada por José André Vidal Arias, maestrando en Investigación Científica e Innovación de la Universidad Privada de Tacna. El propósito de la investigación es validar el instrumento llamado CPQ 11-14 para asegurarnos de que este instrumento es confiable y preciso para medir la calidad de vida relacionada a la salud oral en niños de 11 a 14 años. Esto significa que queremos estar seguros de que las preguntas que hacemos en el instrumento realmente capturan lo que queremos medir y que las respuestas de los niños son consistentes y confiables, lo cual nos permitirá usarlo en futuros estudios para comprender mejor la repercusión de la salud bucal de los niños y adolescentes en su calidad de vida para así identificar posibles problemas temprano y brindarles un cuidado integral más adecuado.

Para ello, se solicita su autorización en calidad de padre, madre o apoderado/a del/de la menor para que pueda participar en una encuesta que le tomará 15 minutos de su tiempo. Su participación en la investigación es completamente voluntaria y usted puede decidir interrumpirla en cualquier momento, sin que ello le genere ningún perjuicio. Asimismo, participar en esta encuesta no le generará ningún perjuicio. Si tuviera alguna consulta sobre la investigación, puede formularla cuando lo estime conveniente.

Su identidad será tratada de manera anónima, es decir, el investigador no conocerá la identidad de quién completó la encuesta. Asimismo, su información será analizada de manera conjunta con la respuesta de sus compañeros y servirá para la elaboración de artículos científicos y presentaciones académicas. Además, esta será conservada por cinco años, contados desde la publicación de los resultados, en la computadora personal del investigador responsable, a la cual podrá también acceder su grupo de investigación.

Al concluir la investigación, si usted brinda su correo electrónico, recibirá un resumen con los resultados obtenidos. Si desea, también podrá escribir al correo [joseandrevidalarias@gmail.com](mailto:joseandrevidalarias@gmail.com) para recibir mayor información.

Si está de acuerdo con los puntos anteriores, complete sus datos a continuación:

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

## APÉNDICE 8: ASENTIMIENTO INFORMADO

### ASENTIMIENTO INFORMADO

Hola,

Mi nombre es José André Vidal Arias y estoy haciendo mi tesis. Como te comenté en nuestra sesión pasada, la participación de cada uno de ustedes es voluntaria y no afectará en nada tus notas.

A continuación, te presento unos puntos importantes que debes saber antes de aceptar ayudarme:

- Tu participación es totalmente voluntaria. Si en algún momento ya no quieres seguir participando, puedes decírmelo y volverás a tus actividades de clase.
- La sesión que tendremos será de 20 minutos máximo y no afectarán tus clases.
- En mi trabajo no usaré tu nombre, por lo que nadie conocerá tu identidad.
- Tus padres ya han sido informados sobre mi investigación y están de acuerdo con que participes si tú también lo deseas.

Te pido que marques con un aspa (x) en el siguiente enunciado según tu interés o no de participar en mi investigación. De estar interesado(a), debes colocar también tu nombre en la línea de abajo y devolverme este documento en mis manos.

¿Quiero participar en la investigación de José André?	Sí	No
---	----	----

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## APÉNDICE 9: CARTA DE PRESENTACIÓN A LA UGEL TACNA



UNIVERSIDAD  
PRIVADA DE  
TACNA

ESCUELA DE POSTGRADO

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Tacna, 8 de mayo de 2024

Señor:

**Dr. Javier Antonio García Rondón**

Director de la UGEL-TACNA

Presente.-

**De mi mayor consideración:**

Es sumamente grato dirigirme a usted para saludarlo y presentarle al egresado **José André VIDAL ARIAS**, del programa de Maestría en Investigación Científica e Innovación de la Escuela de Postgrado de la Universidad Privada de Tacna; quien se encuentra en la etapa de desarrollo del trabajo de investigación titulado "**VALIDACIÓN Y PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE SHORT FORM OF THE CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE FOR CHILDREN AGED 11 TO 14 YEARS EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICA DE TACNA, 2024**".

En ese sentido, solicito a usted brindar las facilidades necesarias para que el mencionado egresado pueda aplicar los cuestionarios a los estudiantes de Educación Básica, como parte del desarrollo de su trabajo de tesis.

Agradeciéndole la atención brindada al presente, se despide de usted.

Atentamente,



Firmado por

**PEDRO RONALD  
CARDENAS RUEDA**

CN = PEDRO RONALD  
CARDENAS RUEDA  
O = UNIVERSIDAD PRIVADA  
DE TACNA  
OU = Issued by SALMON CORP  
S.A.C. [PE1]  
T = DIRECTOR DE LA ESCUELA  
DE POST GRADO  
Date: 09/05/2024 18:02

c.c. Archivo  
PCR/rmch.

## APÉNDICE 10: AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LA UGEL TACNA



**UGEL TACNA**  
UNIDAD DE GESTIÓN  
EDUCATIVA LOCAL TACNA

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Tacna, 05 SEP. 2024

**OFICIO N° 3788 - 2024-UGP-UGELT-DRET/GOB.REG.TACNA**

Señor:  
JOSÉ ANDRÉ VIDAL ARIAS  
Estudiante de Postgrado de la Universidad Privada de Tacna  
joseandrevidalarias@gmail.com

PRESENTE. -

**ASUNTO : AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN**

**REFERENCIA : CUD 1010759**

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y hacer de su conocimiento, que mi despacho ha recepcionado su solicitud para aplicar el instrumento de investigación del proyecto denominado "VALIDACIÓN Y PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE SHORT FORM OF THE CHILD PRECEPTIONS QUESTIONNAIRE FOR CHILDREN AGED 11 TO 14 YEARS EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICA DE TACNA, 2024", dirigido a estudiantes del V y VI de educación básica y no habiendo encontrado observaciones, la UGEL Tacna AUTORIZA la aplicación del instrumento, el cual debe de realizarse sin interrumpir el servicio educativo.

Asimismo, debe de informar a la UGEL Tacna la relación de las IIEE seleccionadas como muestra y proporcionar los resultados a la IE para que adopte las medidas pertinentes, de ser el caso.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para reiterarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente;



GOBIERNO REGIONAL DE TACNA

**Dr. ORLANDO QUIHUE AROTINCO**  
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL TACNA  
JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN PEDAGÓGICA

OQA/J-UGP  
DLCN/EESC  
C.C/Archivo

ASOC. LAS BEGONIAS MZ.I LT.02-A-DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA  
[www.ugeltacna.gob.pe](http://www.ugeltacna.gob.pe)  
Tacna - Perú

19762

## APÉNDICE 11: CERTIFICADO DE APROBACIÓN POR PARTE DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



**HHUT**  
HOSPITAL HIPÓLITO  
UNANUE DE TACNA

*Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación*

**EL DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA AUTORIZA, POR INTERMEDIO DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN CIÉI-HHUT.**

Por Resolución Directoral N°270-2024-ETARRHH-OEGDRRHH-DRS.T/GOB.REG.TACNA, otorga

### CREDENCIAL

Del Proyecto de Investigación:

VALIDACIÓN Y PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE SHORT FORM OF THE CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE FOR CHILDREN AGED 11 TO 14 YEARS EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICA DE TACNA, 2024	<b>CÓDIGO</b>
	27-CIÉI-HHUT-2024

Autoría (es):

BACH. JOSÉ ANDRÉ VIDAL ARIAS

Dictamen otorgado por: **DRA.LINDSAY MADELEINE CALDERÓN MEDINA**, Miembro activo del Comité Institucional de Ética en Investigación informa como:

Titular  Suplente

Según Resolución Directoral N°88-2024-UADI-DIREC-EJEC-HHUT-DRS.T/GOB.REG.TACNA, quien luego de la revisión del trabajo, DETERMINA:

Que puede ejecutarse: SI  NO

Cumple con el Marco ético legal de la Investigación en seres humanos

Vulnera derechos SI  NO

Aplicará Instrumentos:

Pacientes

Personal

Otros

Consentimiento informado:

Verbal SI  NO  Escrito SI  NO  Pertinente SI  NO

Impacto Ambiental Positivo  Negativo

En base a ello el Comité Institucional de Ética en Investigación concluye que el proyecto:

SI  NO  Cumple con los requisitos de calidad exigidos para ser desarrollado

y en consecuencia SI  NO  Otorga la Aprobación, por intermedio del Comité Institucional de Ética en Investigación

Se expide el presente documento el día 11 de junio del 2024

Válido hasta el día 11 de junio del 2025



  
MÉD.EDDY RICHARD VICENTE CHOQUE  
Director Ejecutivo  
Hospital Hipólito Unanue Tacna



  
BLANCA RAQUEL ZEVALLOS DELGADO  
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación  
Hospital Hipólito Unanue Tacna

## APÉNDICE 12: CONSTANCIA DE EJECUCIÓN POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EMBLEMÁTICA CORONEL BOLOGNESI



*“Año del Bicentenario de la Consolidación de Nuestra Independencia y de la  
Commemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho”*

### CONSTANCIA

**EL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EMBLEMÁTICA  
“CORONEL BOLOGNESI” DE TACNA.**

**HACE CONSTAR:**

Que, el **Sr. VIDAL ARIAS, José André** Cirujano Dentista en el Grado de Maestría de la Universidad Privada de Tacna, ha realizado su Tesis de Proyecto de Investigación titulado: **“VALIDACIÓN Y PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE SHORT FORM OF THE CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE FOR CHILDREN AGED 11 TO 14 YEARS EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICA DE TACNA 2024”**, en esta Institución Educativa Emblemática “Coronel Bolognesi” de Tacna, desde el 14 al 25 de octubre del 2024, en los grados de 2º y 3º grado del nivel secundaria turno II habiendo sido monitoreado por la Prof. Ana Patricia Basurco Chambilla Coordinadora de TOE y el Prof. Wilber Marca Hurtado Subdirector de secundaria Turno II, habiendo cumpliendo con responsabilidad, puntualidad y compromiso en el desarrollo de las actividades realizadas.

Se expide la presente a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Tacna, 26 de noviembre del 2024



PROF. OSCAR RUFO TINTAYA CÁRDENAS  
DIRECTOR

**APÉNDICE 13: CONSTANCIA DE EJECUCIÓN POR PARTE DE LA  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SANTÍSIMA NIÑA MARÍA**



**INSTITUCIÓN EDUCATIVA “SANTÍSIMA NIÑA MARÍA”**

Creada por RD. N° 164 del 06 de abril del 1983  
Calle Piura N° 136 TACNA – PERÚ

.....  
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

**CONSTANCIA**

**EL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “SANTÍSIMA NIÑA MARÍA” DE TACNA, QUIEN SUSCRIBE,**

**DEJA CONSTANCIA:**

Que, el Sr. **VIDAL ARIAS, José André**, ha ejecutado en la Institución Educativa que dirijo, durante el mes de octubre, la aplicación de los instrumentos de su Proyecto de Investigación titulado: "VALIDACIÓN Y PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE SHORT FORM OF THE CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE FOR CHILDREN AGED 11 TO 14 YEARS EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICA DE TACNA 2024".

Se expide la presente, a solicitud del interesado, para los fines que estime por conveniente.

Tacna, 05 de diciembre de 2024



I.E. SANTÍSIMA NIÑA MARÍA  
Prof. *[Signature]* Anco Mamani  
DIRECTOR