

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

*EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA ATENCIÓN DENTAL SOBRE LAS  
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA*

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN ODONTOLOGÍA  
PRESENTA**

**RAÚL ROBERTO CABRERA HIDALGO**

**DIRECTOR: DR. FILIBERTO ENRÍQUEZ HABIB**

**OCTUBRE 2005**

m. 349452

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Cualquier tesis no publicada postulando para el grado de Doctorado y depositada en la biblioteca de la Universidad, Facultad de Odontología, queda abierta para la inspección y solo podrá ser usada con la debida autorización . Las referencias bibliográficas pueden ser tomadas, pero ser copiadas solo con el permiso del autor y el crédito se da posteriormente a la escritura y publicación del trabajo.

Esta tesis ha sido utilizada por las siguientes personas, que firman y aceptan las restricciones señaladas.

La bibliotecaria que presta esta tesis deberá asegurarse de recoger la firma de cada persona que la utilice.

NOMBRE Y DIRECCIÓN

FECHA


Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.  
NOMBRE: RAUC ROBERTO  
EDITHERIA MADALO  
FECHA: 27. OCTUBRE - 2005  
FIRMA: [Firma]

# ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
PROPÓSITO.....	5
REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	6
NECESIDAD.....	6
SATISFACCIÓN.....	8
RELACIÓN ENTRE NECESIDADES DE SALUD, SATISFACCIÓN Y CALIDAD DE VIDA.....	9
MEDICIÓN Y EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL.....	10
MODELOS DE SALUD Y ENFERMEDAD.....	11
USO DE LAS MEDIDAS DEL ESTADO DE SALUD BUCAL.....	12
PROBLEMAS METODOLÓGICOS EN MEDICIÓN DEL ESTADO DE SALUD BUCAL.....	14
DESARROLLO DE LAS MEDIDAS ESPECÍFICAS DE MEDICIÓN DE SALUD BUCAL Y SUS MÉTODOS DE CONTABILIZACIÓN.....	15
OBJETIVOS.....	18
OBJETIVO GENERAL.....	18
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
HIPÓTESIS.....	19
METODOLOGÍA.....	20
POBLACIÓN EN ESTUDIO.....	20
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	20
VARIABLES EN ESTUDIO.....	21
DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES.....	21
VARIABLES DEMOGRÁFICAS.....	22
RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	22
CRITERIOS.....	23
PRUEBA PILOTO.....	23
RECURSOS.....	24
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	24
RESULTADOS.....	25
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO.....	25
DEMANDA DE ATENCIÓN POR SERVICIO.....	25
IMPACTO SOCIAL POR CONDICIONES BUCALES.....	27
TABLAS Y CUADROS.....	33
DISCUSIÓN.....	59
RECOMENDACIONES.....	65
BIBLIOGRAFÍA.....	66
ANEXO.....	73

## RESUMEN

**Antecedentes :** El impacto de la salud sobre la calidad de vida ha recibido mucha atención en los últimos años principalmente en el área medica, la investigación odontológica en esta área ha avanzado rápidamente también. Mientras que las medidas clínicas de salud bucal continúen reflejando la manera en que los proveedores del servicio perciben el bienestar individual y de la sociedad, la perspectiva única del público se ha vuelto muy importante en evaluar que tan bien un sistema de atención bucal funciona tanto a nivel individual como social. Las condiciones de la boca pueden tener un impacto significativo, positivo o negativo, tanto a nivel individual en el sentimiento de bienestar personal con las actividades sociales diarias o en el funcionamiento social como un todo. **Materiales y Métodos :** Se aplicó un cuestionario a 226 pacientes de ambos sexos que acudieron a la Clínica Integrada de la Facultad de Odontología de la UNAM de Enero de 2002 a Mayo de 2003. De estos, 122 fueron del sexo femenino y 104 del sexo masculino. El rango de edad en ambos grupos fue de 18 a 60 años. El cuestionario recolecta información sobre las actividades de la vida diaria, incluye cinco dimensiones y fue aplicado antes y después de la intervención clínica. **Resultados:** En el rubro de apariencia el 76.9% de los pacientes no reportaron cambio y se obtuvo un 21.4% de pacientes que mejoraron su satisfacción con la apariencia después del tratamiento ( $p < .0001$ ). En el rubro dolor, 46.9% de los pacientes que habían reportado tener dolor dental espontáneo antes del tratamiento reportaron no tenerlo después del tratamiento ( $p < .0001$ ). En los rubros comodidad y desempeño se encontraron también cambios estadísticamente significativos. Satisfacción con la encía 59.8% ( $p < .0001$ ) y tiempo de dormir 15.4% ( $p < .0015$ ). **Conclusiones:** La intervención clínica en este de grupo de individuos mostró cambios importantes en ciertos rubros que se consideran como actividades sociales que el individuo lleva a cabo diariamente. La importancia de medir los resultados de la atención a la salud brindará información pertinente para las instituciones administradoras de servicios de salud, educativas y para el clínico en su actividad diaria.

**Palabras Clave:** Actividades de la vida diaria, resultado de la Atención a la Salud Bucal, satisfacción.

## ABSTRACT

The impact of health on quality of life, has received increase attention in medicine, although the research on this field in dentistry has grown recently. While clinical measures of oral health continue to reflect how oral care providers view patient and community well-being the unique perspective of the public has become increasingly important in assessment of how well an oral health care system functions at the individual or at the societal level. Oral conditions can have a significant impact, whether positive or negative, both on an individual's sense of personal well-being and on the function of a society as a whole. A total of 226 patients female and male attending the Clínica Integrada of the Faculty of Dentistry, UNAM for oral care between January 2002 and May 2003 were given a socio dental indicator questionnaire involving five dimensions.

This instrument was applied before and after the clinical intervention to see if there would be a change in one or more dimensions. On the appearance dimension 76.9% of the individuals reported no change and 21.4% reported more satisfaction with appearance after the clinical intervention ( $p < .0001$ ). On the pain dimension 46.9% of patients that have had spontaneous pain before the clinical intervention reported no pain after the intervention ( $p < .0001$ ). Statistically significant results were found on comfort and general performance dimensions. Satisfaction with gums 59.8% ( $p < .0001$ ) and bad sleep because of pain 15.4% ( $p < .0015$ ). It seems that the clinical intervention on this group of people showed change on certain dimensions that are consider as a daily activities on every day life. The importance to evaluate the health care outcomes is evident and will give data to support health policy makers, administrators, educative dental institutions and the practitioner on his every day task.

**Key words:** Daily living activities, Oral health care outcomes, Satisfaction with oral care services.

## INTRODUCCIÓN

En un periodo relativamente corto, dependiendo de la sociedad o país del que se trate, el hombre ha cambiado su manera de vida transitando de una rural a una urbana, creando así problemas de salud y otros derivados del hacinamiento, suministro inadecuado de agua potable, problemas de transporte, contaminación y alarmante pobreza que no pueden ser pasados por alto en zonas urbanas altamente concentradas.(1)

Las creencias y actitudes acerca de la salud y del cuidado de la misma en estas zonas, se encuentran intrínsecamente integradas dentro de la cultura de la sociedad. La enfermedad dental en estas sociedades, como todas las otras formas de enfermedad, no existe como un fenómeno separado, es una característica de la persona y su sufrimiento.

Las actitudes varían entre las clases sociales especialmente en lo que se refiere al concepto de salud bucal, de esta manera, la edad y el sexo de la persona, el grado de escolaridad y, las experiencias previas influyen en la idea personal de salud bucal. Así, el paciente que busca tratamiento lo hace en parte por lo práctico que resulta, también por los valores culturales de la sociedad y en parte por sus propias creencias. Sin embargo, estos atributos personales del individuo, son a su vez influidos por factores fisiológicos, psicológicos y sociológicos.(2)

Los valores culturales de la sociedad hacia la salud bucal son claramente importantes, por lo que el concepto de que el dolor dental o la apariencia de la boca desdentada son problemas que causan molestia pero que no se consideran fatales, puede motivar o no, a la búsqueda de la solución del problema o a no llevar a cabo el tratamiento correspondiente. De igual manera, la idea de que el uso de dentaduras son inevitables a determinada edad, independientemente de la apariencia estética y la eficiencia de las mismas, depende considerablemente del valor que se da a la salud bucal, lo que a su vez, afectará la conducta del paciente hacia su salud.(3)

Así, el impacto social de la enfermedad puede considerarse desde la perspectiva de tres principales actividades funcionales de la vida: desarrollo o actividad del rol, nutrición y alimentación y, la calidad de vida en las actividades de la vida diaria. De esta manera, se propusieron y crearon medidas para cuantificar el impacto social de las condiciones bucales y del tratamiento, lo que posteriormente derivó en el desarrollo de otros instrumentos de medición.(4)

Nikias describe a los indicadores sociales, como “medidas de la conducta definidas dentro del contexto del cumplimiento del individuo con los roles sociales” (5).

Otros autores(6,7,8,9) concuerdan que el cumplir con el rol social y la conducta en la enfermedad, brindan una base teórica para analizar el impacto de las condiciones bucales. El comportamiento del individuo de acuerdo al rol asignado es una conducta observable, por lo que el impacto en la conducta varía de acuerdo al tipo de condición bucal y su tratamiento. De esta manera, este tipo de análisis se puede relacionar a medidas de salud

bucal, por ejemplo el índice de dientes Cariados, Perdidos ,Obturados CPOd, el rechazo social o, acciones relevantes como la productividad.

Entre los primeros estudios que midieron el impacto en estos términos, algunos emplearon diversas medidas de la función del rol social como restricción de la actividad(10), conducta en la enfermedad(9) y discriminación social(11). Sullivan sostiene que la morbilidad no refleja la base del proceso social involucrado en episodios de enfermedad, así como tampoco condiciones similares o grados diferentes de morbilidad tienen necesariamente las mismas consecuencias sociales. De hecho, la decisión de limitar la actividad diaria debido a una condición de salud, refleja una variedad de factores culturales y contextuales que no son fácilmente aparentes en la evaluación clínica(12).

Por otro lado, existe abundante literatura acerca de los efectos de las creencias y actitudes sobre la salud bucal como el Modelo de Creencias de la Salud (Health Beliefs Model) que postula que los individuos adoptarán conductas preventivas de salud bucal, solamente si ellos se sienten susceptibles a la enfermedad, que ésta sea severa y tenga consecuencias sociales y, que los beneficios de la acción preventiva sobrepasarán el costo de esta conducta.(13)

El concepto de que la enfermedad dental constituye en muy raras ocasiones, una amenaza para la vida del individuo, facilita asumir que la salud dental contribuye muy poco al bienestar de la sociedad. Sin embargo, este no es el caso, ya que la enfermedad dental y las alteraciones bucales tienen consecuencias sociales, psicológicas y económicas significativas que impactan en la calidad de vida diaria del individuo y la sociedad(14).

La percepción de que la enfermedad bucal es trivial se debe, principalmente, a un enfoque o esquema exclusivamente clínico y a la falta o descuido en la medición de la misma, para así mostrar hasta donde incapacita y limita las actividades de la vida diaria(15,16).

## **PROPÓSITO**

El propósito de este estudio es determinar si la intervención de la atención clínica dental, modifica las actividades de la vida diaria del grupo de individuos que demandan servicios dentales. La información obtenida por medio de un instrumento específico, antes y después de la intervención, para evaluar el impacto del tratamiento clínico sobre las actividades diarias de los individuos, proporciona al clínico entendimiento claro, comprensivo y relevante acerca de la secuela de la enfermedad dental sobre estas actividades.

La relevancia sociocultural de las consecuencias de las alteraciones buco dentales, debe ser considerada por el cirujano dentista para ampliar el enfoque, exclusivamente biológico de la enfermedad, a uno que integre los conceptos sociales de la misma. De esta manera se podrá explorar la naturaleza y magnitud del impacto de la salud bucal en la calidad de vida entre poblaciones con diferentes antecedentes culturales(16).

## REVISIÓN DE LA LITERATURA

### **Necesidades de atención, satisfacción y calidad de vida relacionada a la salud del paciente.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948 definió salud como “el estado de bienestar total físico, mental y social y no solamente la ausencia de debilidad o enfermedad(17). Aunque esta definición es bastante ambiciosa, establece claramente cual debería ser el objetivo de los cuidados o atención de la salud. Los profesionales de la salud tienden a enfocarse, de manera hasta cierto punto estrecha, en un modelo médico de atención a la salud---una historia y examen clínico--- seguido por investigación y tratamiento y, finalmente la medición clínica del éxito del resultado(18).

Aunque este modelo de atención ha sido criticado por producir una relación paternalista entre el médico y el paciente, el éxito relativo de la aplicación de determinado procedimiento para el cuidado de la salud puede diferir, de manera significativa, de la perspectiva del paciente vs. la perspectiva del proveedor del servicio. Cuando esto ocurre surgen las preguntas: ¿Se ha satisfecho la necesidad de salud del enfermo? ¿Fue el proceso de atención satisfactorio? ¿El peso de la enfermedad sobre la calidad de vida del paciente, fue disminuido?

Esta forma tradicional de evaluación del paciente, usando datos clínicos y de laboratorio, se basa en clasificaciones observables por los profesionales de la salud. En el “modelo médico” hay un nivel óptimo de funcionamiento y cualquiera que se encuentre por debajo de éste puede pensarse que se encuentra en un estado de salud- enfermedad. Sin embargo, si estos casos son examinados más detenidamente, individuos con discapacidad física podrían ser considerados con mejor calidad de vida que individuos con óptimo funcionamiento ya que calidad de vida se refiere a un concepto más amplio de salud del que tradicionalmente se ha definido(19).

La medicina moderna comienza lentamente a reconocer la importancia de la perspectiva del paciente en la atención a la salud, por lo que la comprensión de la relevancia de las interrelaciones entre necesidades de salud, satisfacción y calidad de vida del individuo darán otra perspectiva en el área de la salud.

### **Necesidad**

El concepto de necesidad es conceptualmente muy complejo. Es difícil encontrar consenso acerca del significado y concepto de necesidad en el área de la salud, en sociología e inclusive en la literatura política. La ambigüedad del concepto de “necesidades” y la

enormidad de la tarea impuesta a los profesionales de la salud, ha hecho mucho más difícil la transición de la actividad enfocada al servicio a una enfocada a necesidades. Esta dificultad es más aparente cuando necesidades específicas no pueden ser catalogadas claramente dentro del dominio de atención a la salud o atención social, ya que cada una se relaciona con la otra(20,21).

Así, pacientes con percepción depreciada de lo que es el estado de salud tienen más necesidades sociales, por lo que si se satisfacen esas necesidades sociales pueden tener un impacto directo sobre el estado de salud general el cual, eventualmente, cae dentro del dominio de la salud, indicando quizás la naturaleza holística de las necesidades. Por ejemplo, los pacientes con cáncer tienen la necesidad de entender claramente el diagnóstico y el pronóstico específico. Sin embargo, estos pacientes podrían sentir culpa de interrumpir al médico que se encuentra sumamente ocupado, por lo que sus necesidades no son satisfechas. Esto podría elevar el nivel de ansiedad del paciente lo que podría a su vez empeorar su estado de salud emocional(20,22).

Wen y Gustafson concluyen que necesidad tiene un amplio espectro ya que el rango de la experiencia humana es muy muy amplio. Su principal enfoque es sobre problemas emocionales los cuales, a pesar de su importancia en los estudios de calidad de vida relacionada a la salud, consisten de solamente una parte del concepto total. Esto quiere decir que a pesar que la escala física no se contempla en sus estudios, hay otros componentes que caen en el dominio emocional como calidad del sueño, incomodidad, contactos sociales y la percepción total de la calidad de vida(23).

La necesidad puede tener un efecto directo sobre la satisfacción con la atención, pero la dirección de la relación no está claramente establecida. Ciertos pacientes podrían tener necesidad de mayor y mejor información sobre algunos aspectos de la salud . Si esta necesidad no es satisfecha , podría resultar en la no satisfacción con los servicios de salud. Alternativamente, los pacientes mejor informados tienden a tener mayores expectativas y así, encontrarse insatisfechos con la atención. Cualquiera de estos escenarios influye directamente en la calidad de vida(21,23)

Otro enfoque acerca de necesidad es aquél que indica que necesidad es “la capacidad de beneficiarse de los servicios de atención a la salud”. Sin embargo, esta definición puede ser restrictiva en el sentido de “legitimizar” las necesidades del paciente, al poder limitarlas a aquellas que pueden ser fácilmente atendidas dentro de los servicios de salud y que son consideradas médicamente necesarias, manteniendo así el modelo médico que ha probado ser insatisfactorio en resolver las necesidades del paciente(21).

Las presiones políticas obligan a los administradores de salud a manejar los problemas sin que se incremente el presupuesto destinado al sector, por lo tanto el personal encargado de tomar decisiones manipulan e introducen definiciones estrictas y hasta cierto punto artificiales para justificar la falta de recursos dedicadas al sector salud. Desgraciadamente al usar una definición más restrictiva de “necesidad”, se enmascaran una gran cantidad de

necesidades genuinas de la población. Satisfacer todas las necesidades deseadas de salud requeriría, ciertamente, más recursos monetarios.

El reto es por lo tanto, identificar y atender las necesidades genuinas con el propósito de que los recursos destinados puedan resolver esas necesidades sin que esto implique un mayor gasto, al mismo tiempo que se mantiene a los pacientes satisfechos con el servicio lo que conduciría a una mejor calidad de vida. Actualmente, no hay una definición genuina de las necesidades de salud dentro del contexto de las políticas de salud, pero es oportuno precisamente señalar el problema, bastante complejo, acerca de lo que los pacientes y la población como un todo desean recibir por parte de los servicios de atención médica para mejorar su salud(21)

La propuesta actual para la atención en salud es, buscar captar la atención tanto de los pacientes como del público en desarrollar servicios de atención a la salud e igualdad en el acceso a los mismos, y aunque esto no es fácil de llevar a cabo ya que se requiere tiempo, dedicación, apoyo político y un cambio cultural para derribar las barreras del cambio, es el camino que se debe buscar. Mejorar determinados aspectos de la atención a la salud a través de garantizar calidad y la medición o evaluación de los resultados, debe ser la propuesta del sector salud(24).

## **Satisfacción**

Mientras que lo anteriormente mencionado es importante, la valoración de la satisfacción del paciente parece ser preferible si el perfeccionamiento del servicio puede ser transformado en resultados que sean significativos para el paciente, como principalmente y de manera especial, una mayor calidad de vida(25,26).

La satisfacción puede ser definida como la extensión de la experiencia del individuo en el servicio (él o ella) comparada con la expectativa individual. La satisfacción del paciente, está relacionada al grado en el cual las necesidades de atención y las necesidades específicas son satisfechas. La evaluación de hasta que punto los pacientes se encuentran satisfechos con los servicios de salud es clínicamente relevante, ya que en pacientes satisfechos, la probabilidad de que cumplan con las indicaciones del tratamiento es mayor. También de que ejerzan un papel más activo en su cuidado, que continúen utilizando los servicios médicos y que se mantengan dentro de la institución que les brinda atención en salud. De igual forma el personal de salud se podría beneficiar de las encuestas de satisfacción, que identifiquen áreas para mejorar el servicio y optimizar el gasto a través de planeación y evaluación del servicio “guiado” por el paciente(27,28,29,30)

Sin embargo, existen algunas críticas acerca de la falta de estandarización en estudios comparativos que miden satisfacción del paciente. Por lo tanto la importancia de estos estudios en ocasiones es ignorada(31,32). La satisfacción del paciente es considerada, por algunos autores, de dudoso beneficio para facilitar el proceso de atención clínica, ya que los

pacientes no tienen experiencia clínica específica y se encuentran tal vez influenciados por factores no médicos(26,33,34).

Existe menor controversia con respecto a la medición clínica del resultado del procedimiento, ya que la calidad de vida relacionada a la salud (calidad de las actividades de la vida diaria) no solamente se ve como una medida sólida para medir los resultados sino que se puede usar y es utilizada extensamente en diferentes áreas clínicas. Es más probable que pacientes satisfechos sigan el tratamiento médico y por lo tanto debe haber un mejor resultado(29,35,36).

El valor de prever del paciente acerca de su estado de salud es muy sólido. Hay cada vez mayor evidencia indicando que la medición de la calidad de vida, puede ser considerada como un adyuvante a la medición clínica y psicológica en muchas condiciones crónicas como pueden ser cáncer y enfermedades vasculares. Se sugiere que esta propuesta sea considerada como el “estándar de oro” en la evaluación de los servicios de salud y evaluación del resultado(21,37,38).

### **Relación entre necesidades de salud, satisfacción y calidad de vida**

El trabajo de Wen y Gustafson(23), propone un modelo interesante de la relación entre las necesidades de salud, satisfacción con la atención y la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Su trabajo invita a la reevaluación y mayor exploración del concepto de evaluación de necesidad y su relación con la medición del resultado, considerando como “puntos clínicos finales,” calidad de vida y satisfacción con la atención.

La asociación de necesidades de salud y la calidad de vida relacionada a la salud junto con la satisfacción con los servicios de salud, ha sido reconocida en pacientes con cáncer, pacientes con problemas bucales y pacientes cardíacos(39,40,41).

La evaluación atenta y cuidadosa del cuidado a la salud debería dar certeza a las necesidades de salud expresadas por el paciente. La identificación de las necesidades del individuo así como las de la población local, ya sea a través de evaluación formal de necesidades o alguna otra forma, es un primer paso esencial hacia la optimización de los recursos otorgados(42,43)

La correlación del resultado entre las necesidades de salud y la calidad de vida relacionada a la salud, podrían tener beneficios potenciales en investigación clínica rutinaria donde la atención a ciertos grupos es ofrecida. El uso de herramientas para medir la calidad de las actividades de la vida diaria en hospitales, clínicas o incluso en centros de salud, podría detectar áreas de atención o cuidados que pudieran requerir un escrutinio cuidadoso por parte de los profesionales o administradores de la salud(44).

Las diferentes herramientas utilizadas para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud tienen el potencial para identificar necesidades específicas y generales de salud. De esta manera, componentes específicos de la enfermedad pueden ser más probablemente asociados con necesidades específicas de atención. También, la medición brinda información relevante hacia medidas que pudieran conducir a mejorar la calidad de la atención y, de igual manera, la implementación de estas herramientas contribuye a la identificación rápida de grupos o individuos que requieren de una evaluación más detallada o más a fondo(45).

Una crítica común a las herramientas utilizadas para medir la calidad de vida relacionada a la salud en investigación clínica, es que los datos obtenidos son “suaves” y menos confiables que la evaluación clínica tradicional o la evaluación psicológica. Sin embargo ambas herramientas, las genéricas y las específicas, pueden detectar pequeños cambios clínicos de manera precisa especialmente en enfermedades cardiacas((46).

Algunos autores han manifestado preocupación acerca de este tipo de herramientas ya que podrían no identificar precisamente los problemas más importantes. Aún así, desde un punto de vista existencial y económico, se concede que la percepción del paciente tiene igual validez y legitimidad que aquellas del médico(47).

Sin embargo, establecer las necesidades de atención a la salud en base a valores de calidad de vida, incorpora necesariamente diversas fuentes de incertidumbre debido a factores tales como la edad, sexo, clase social y el estado de salud del paciente. Además, las herramientas de la calidad de vida podrían fracasar en distinguir entre problemas de salud y el deseo de obtener atención profesional(48).

## **Medición y evaluación de calidad de vida relacionada a la salud bucal**

En odontología, como en otras ramas de la medicina, se ha reconocido que la medición objetiva de la enfermedad ofrece poca información acerca del impacto de las alteraciones bucales sobre la calidad de vida del individuo y sobre sus actividades de la vida diaria. En estudios poblacionales descriptivos, la pobre salud bucal relacionada a la calidad de vida se encuentra asociada a la pérdida de los dientes, ya que aunque la gente haya perdido sus dientes décadas atrás esos datos siguen afectando la prevalencia. Debido a que existen muy pocos estudios longitudinales, como ensayos clínicos controlados, la medición del cambio y la interpretación de los resultados continúa siendo un reto para el clínico.(49)

En un esfuerzo para enfocar más claramente este problema de evaluación de la salud y la calidad de vida del individuo, se utiliza ampliamente el término “calidad de vida relacionada a la salud”.

Con respecto a la relación salud -enfermedad con la calidad de vida, parece haber una asociación entre estos dominios que no ha sido claramente definida.

Locker ha sugerido que los problemas de salud pueden afectar la calidad de vida, pero que tal consecuencia no es inevitable. Esto implica que la gente con problemas de salud crónicos incapacitantes, perciben con frecuencia que su calidad de vida es mejor que la de aquellos individuos sanos, esto es, salud deteriorada o presencia de enfermedad no significa necesariamente pobre calidad de vida.(50)

Por otra parte, Allison y colaboradores intentaron explicar éste fenómeno sugiriendo que calidad de vida es una "construcción dinámica" y así puede ser sujeta a cambios con el tiempo. Indican también que las actitudes individuales no son constantes, que cambian con el tiempo y con la experiencia, y son modificadas por fenómenos como la imitación, expectativas y la adaptación. Estos autores, dan como ejemplo al individuo que tiene problemas para comer debido a dolor e incomodidad y que hubiera clasificado este problema como muy importante en cierto momento. Sin embargo, cuando este problema es diagnosticado como cáncer bucal y tratado con radioterapia y/o cirugía, el mismo individuo podría reportar el problema original como relativamente sin importancia(51).

## **Modelos de salud y enfermedad**

Tradicionalmente, los odontólogos han sido entrenados para reconocer y tratar enfermedades tales como la caries dental, enfermedad periodontal y lesiones tumorales. Como consecuencia se han desarrollado y utilizado varios índices epidemiológicos para describir la prevalencia de esas enfermedades en la población. Entre otros tantos encontramos el Índice de Helkimo para la disfunción mandibular y el Índice Comunitario de Necesidades de Tratamiento Periodontal(52,53).

Sin embargo, los objetivos de medición tan importantes de estos índices, solamente reflejan el punto final del proceso de la enfermedad. Estos no proporcionan indicación del impacto del proceso de la enfermedad sobre la función o el bienestar psicosocial. Más aún, las tendencias en el proceso de enfermedad no se relacionan, frecuentemente, a los indicadores objetivos per se. Por ejemplo, la prevalencia de edentulismo (pérdida total de los dientes) varía ampliamente entre varias comunidades, de 36% en un estudio en Nueva Zelanda, a 1% en una población japonesa(54). Esto sugiere fuertemente que los factores culturales y económicos influyen sobre los resultados de la atención a la salud bucal como fue sugerido originalmente por Davis(55).

En estudios los cuales valoran la asociación entre las medidas objetivas de la enfermedad dental (como la presencia de caries dental o la pérdida de la inserción epitelial) y las opiniones del paciente acerca de su condición bucal, la asociación fue débil y la medición objetiva no reflejó de manera aguda la percepción del paciente(56,57).

Estos resultados indican claramente la necesidad de desarrollar un nuevo paradigma que comprenda la naturaleza multidimensional de la salud y todos sus posibles resultados. Las limitaciones del paradigma "biomédico" de la salud han sido reconocidas, ya que este modelo tiene que ver solamente con la enfermedad. Por consiguiente, cualquier medición de la salud necesita evaluar o medir los aspectos emocionales y sociales de la salud así como medir la presencia o ausencia de la enfermedad.

En el modelo de salud socio-medioambiental cada uno de estos dominios conceptuales separados es reconocido. En este modelo, se contempla la naturaleza compleja y multidimensional de la salud incluyendo las influencias culturales, del medio ambiente y psicosociales(58).

Locker describe el marco conceptual para medir el estado de salud bucal basado en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del deterioro, invalidez y desventaja e intenta capturar todos los resultados psicosociales y funcionales posibles de las alteraciones bucales. Por definición, las personas que pierden sus dientes sufren un deterioro o se encuentran impedidas(perdieron una parte del cuerpo). Otras consecuencias de la pérdida de dientes incluyen invalidez (falta de habilidad para ejecutar tareas de la vida diaria tales como hablar y comer) e impedimento o desventaja (minimizar el contacto social debido a la angustia por usar dentaduras completas)(59,60).

Aunque la cavidad bucal ha sido históricamente disociada del resto del cuerpo cuando se considera el estado de salud general, investigación reciente ha demostrado que las alteraciones bucales tienen consecuencias emocionales y psicosociales tan serias como las ocasionadas por otras alteraciones. Resine y Gift(61,62) han señalado que aproximadamente 160 millones de horas-trabajo al año son perdidas debido a alteraciones de la cavidad bucal.

Igualmente Resine y Weber compararon datos base de calidad de vida de pacientes con alteraciones de la Articulación TemporoMandibular (ATM) contra un grupo de pacientes con alteraciones cardiacas. Su reporte indica que los pacientes con alteración de la ATM tenían mayor grado de invalidez en áreas tales como sueño y descanso, interacción social, función intelectual y comunicación(63).

## **Uso de las medidas del estado de salud bucal**

La importancia de medir tanto la percepción del paciente acerca de su salud como la presencia o ausencia de la enfermedad, descansa en la necesidad de tener datos para la promoción de la salud, programas para prevención de enfermedades y también para la asignación de recursos para la salud(64,65).

Debido a que la evaluación por parte del paciente de su calidad de vida relacionada a la salud, es frecuentemente muy diferente a la opinión de los profesionales al cuidado de la

misma, la evaluación de los procedimientos de atención está garantizada por parte del paciente. Por lo tanto, la evaluación del estado de salud basada en la percepción del paciente es esencial para la evaluación de la salud(66).

Slade y Spencer señalan que la comprensión de los procesos patológicos es fundamental para la prevención y el manejo clínico de la enfermedad, ya que el conocimiento sistemático acerca de las consecuencias de esta, es de gran valor para cuantificar el alcance que afecta la función, la habilidad y la comodidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. También han sugerido que las medidas del estado de salud bucal, podrían ser usadas igualmente para apoyar especialmente la búsqueda de fondos monetarios para la atención a la salud. La información obtenida por estas medidas facilita el entendimiento de cómo los individuos perciben sus necesidades de salud bucal y cuales resultados de salud bucal los impulsan para buscar atención. (67)

Durante los últimos años se ha llevado a cabo un esfuerzo sistemático en desarrollar indicadores de salud bucal que vayan más allá de las medidas tradicionales, basadas en la enfermedad, que contemplen las consecuencias sociales y psicológicas de la misma. El modelo médico tradicional está siendo reemplazado por una perspectiva multidimensional en la cual se considera el bienestar funcional, social y psicosocial del individuo junto con los procesos patológicos y sus consecuencias biológicas en términos de daño a los tejidos del cuerpo o a las alteraciones fisiológicas. La medición del impacto de las condiciones bucales sobre los aspectos funcional, social y psicológico tienen que ver necesariamente con la experiencia y conducta individual con respecto a la enfermedad, por lo que consecuentemente podrían ser referidos como indicadores subjetivos de la salud bucal.(68)

Estos mismos autores mencionan dos tipos de indicadores subjetivos a saber, los que miden los resultados de la salud bucal a nivel sociedad y los que lo miden a nivel individual. Aquellos llevados a cabo en la sociedad miden el impacto de las alteraciones bucales en términos de cambio de la función del rol y la pérdida de horas trabajo o productividad. Los llevados a cabo a nivel individual abarcan más al intentar medir de que manera las alteraciones bucales impactan diversos aspectos de la vida del individuo.

Asimismo señalan que las medidas genéricas del estado de salud tienen la ventaja de que sus propiedades psicométricas así como su fuerza y debilidad son conocidas, mientras que los indicadores específicos del estado de salud tienen la ventaja de ser asociados directamente a las alteraciones bucales y podrían ser más sensitivos al impacto de esas condiciones. Por lo tanto, su validez de contenido es probable que sea mayor que aquellas de las medidas genéricas.

Allen también menciona que otra característica de las medidas genéricas es que la comparación entre poblaciones con diferentes problemas puede ser hecha usando estas escalas. Sin embargo concuerda con la preocupación acerca de la sensibilidad de las medidas genéricas para medir el efecto sobre la salud bucal, ya que la validez discriminatoria y las propiedades de respuesta al cambio pueden ser muy pobres. (69)

## **Problemas metodológicos en medición del estado de salud bucal**

Conforme la investigación acerca de la calidad de vida relacionada a la salud se ha ido incrementando, lo mismo ha sucedido con las medidas usadas para el estado de salud. Evaluaciones basadas en el paciente acerca del impacto de una gran variedad de condiciones crónicas esta siendo contemplada. La sofisticación de los instrumentos de medición disponibles actualmente varía extensamente y un amplio número de problemas teóricos necesita ser considerado cuando se selecciona un instrumento de medición del estado de salud.

En el contexto de salud bucal, la pregunta acerca de cual medida usar ha sido el tema de intensa investigación en los últimos años. Como se mencionó anteriormente tanto medidas genéricas o específicas del estado de salud son empleadas.

Bowling sugiere usar ambas medidas, una apropiada específica para la enfermedad y otra genérica. La razón para esto es tener la medida genérica con un conjunto de enunciados acerca de la calidad de vida y otro con enunciados específicos de la enfermedad para aumentar la respuesta y participación (70). También menciona que estudios poblacionales descriptivos han dado cierta indicación de propiedades discriminativas de validez de muchas medidas del estado de salud

Locker menciona que los estudios transversales, de cohorte, ensayos clínicos y estudios evaluativos han utilizado indicadores clínicos de enfermedad para medir los cambios del estado de salud bucal del individuo o la población, y relativamente pocos han usado la medición basada en el paciente, de los resultados de la salud bucal. Se sabe mucho acerca de los cambios en el patrón de la enfermedad bucal, pero de alguna manera se conoce menos acerca de los cambios en el patrón de la salud bucal.(71)

Ahondando en la medición del cambio del estado de salud, el mismo autor menciona dos tipos de cambio: cualitativo y cuantitativo. La medida del cambio cualitativo es relativamente directa porque existe un cambio en el estado del individuo conforme pasa el tiempo o no existe este. Las mediciones del cambio cuantitativo dan mucha más información pero más difíciles desde el punto de vista analítico. Las diversas maneras en las cuales se puede medir el cambio cualitativo y cuantitativo en el estado de salud podrían dividirse a grandes rasgos en comparaciones antes y después y en la modificación de los marcadores. Sin embargo hay que considerar problemas importantes en esto dos acercamientos a la medición del cambio en el estado de salud.

## **Desarrollo de las medidas específicas de medición de salud bucal y sus métodos de contabilización**

El largo desarrollo de las medidas del estado de salud y su relación con la calidad de vida ha sido claramente establecida en diferentes áreas de la medicina, sin embargo el uso de estas medidas en odontología no ha sido tan amplio como se esperaría. Cohen y Jago fueron los primeros en reconocer la necesidad de desarrollar medidas basadas en el paciente y su estado de salud bucal. Asimismo señalaron la falta de datos relacionando el impacto psicosocial de los problemas de salud bucal(72).

A partir de lo señalado por Cohen y Jago, Reisine utilizó indicadores sociales como la inasistencia al trabajo o la pérdida del mismo debido a problemas dentales, para describir el impacto social de la enfermedad bucal. Aunque una desventaja de este método es que da poca información a nivel individual(62).

Debido a lo anterior, Locker (60) sugirió que cuando se midan los resultados de la atención a la salud a nivel individual, es necesario utilizar una medida individual. De esta forma Reisine (73) usa el instrumento denominado Perfil del Impacto de la Enfermedad para medir los resultados de la atención de manera individual. Utiliza esta medida porque ya había sido validada por Bergner(74) y había sido utilizada ampliamente (75).

Locker, sin embargo, señala que el Perfil del Impacto de la Enfermedad, es una medida genérica del estado de salud y podría no ser sensible a todos los problemas de salud bucal, ya que, mientras el impacto de las condiciones de dolor agudo y crónico pueden ser detectadas por esta medida, los efectos de la pérdida dental o el edentulismo no son medidos (60).

Diferentes métodos se han usado para desarrollar medidas específicas del estado de salud bucal. Entre ellos se encuentra el Índice de Medición de la Salud General de la Boca, (GOHAI) por sus siglas en inglés (76), que utiliza escalas que proveen un índice del impacto de las alteraciones bucales. El impacto de las alteraciones bucales sobre la salud relacionada a la calidad de vida, es calculado al asignarle un registro o cuenta total, que es de naturaleza una escala ordinal o de intervalo, para indicar la extensión de un rango de consecuencias funcionales y psicosociales.

Otros métodos similares son usados en los instrumentos: Impacto Social de la Enfermedad Dental e Indicadores Subjetivos del Estado de la Salud Bucal, (SIDD y SOHSI) respectivamente por sus siglas en inglés (77, 78).

Un enfoque diferente ha sido evaluar las percepciones del paciente, en rasgos importantes de ciertos eventos como ha sido demostrado por el Perfil de Impacto Dental (DIP) por sus siglas en inglés. Este instrumento contiene veinticinco enunciados usando el formato: “¿Piensa usted que sus dientes o dentaduras tienen un efecto bueno(positivo), un efecto malo(negativo) o ningún efecto en su alimentación ?”

Estos veinticinco enunciados son divididos en cuatro sub-escalas que son: alimentación, salud / bienestar, relaciones sociales, romance. De esta manera, una cuenta total del perfil se calcula como la proporción de las respuestas negativas o positivas entre todos los enunciados respondidos (79).

Un análisis final ha consistido en colocar desordenes funcionales y sus consecuencias sociales en una jerarquía de resultados. Este enfoque, difiere de un índice en la medida de que, el que responde, puede indicar si el problema es enteramente interno, tal como dificultad al masticar, o si esto causa a su vez consecuencias sociales o interpersonales, como el evitar la compañía de otros.

La jerarquía de los resultados está basada en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los marcos teóricos para medir la salud bucal. Así, se puede describir un perfil del impacto social, usando estos métodos (61).

El Perfil del Impacto en Salud Bucal (OHIP), Impacto Dental en Actividades de la Vida Diaria (DIDL), y el Impacto Bucal en el Desempeño de la Vida Diaria (OIDP), (todos, respectivamente, por sus siglas en inglés), fueron desarrollados de esta manera (80, 81,82). Cada uno de ellos intenta medir ambos aspectos, la frecuencia y severidad de los problemas bucales, sobre el bienestar funcional y psicosocial del individuo.

El instrumento de medición desarrollado por Leao y Sheiham (81) del impacto dental sobre las actividades de la vida diaria, está conformado por treinta y seis preguntas acumuladas en cinco escalas que comprenden: Comodidad, Apariencia, Dolor, Desempeño y Restricción al comer. La característica principal de este instrumento es que captura la percepción de bienestar y otras dimensiones socio-psicológicas relacionadas a la satisfacción con el estado de salud bucal y dental por parte del paciente.

A pesar de que en los últimos años se han desarrollado diferentes y sofisticados instrumentos para medir el estado de salud bucal, específicamente para evaluar los resultados en los pacientes de la atención a la salud, estos no han sido ampliamente utilizados en odontología como lo han sido en medicina.

El instrumento utilizado en este estudio es el que desarrolló Leao y Sheiham (81). Se sabe por los resultados de estudios descriptivos, especialmente en poblaciones de adultos mayores, que los problemas bucales tienen un impacto sobre el bienestar funcional y psicosocial del individuo, por lo que la importancia de aplicar algún instrumento de medición que evalúe el impacto social de las condiciones bucales sobre las actividades diarias del enfermo, es de suma relevancia para obtener datos que muestren y ayuden al clínico a determinar los niveles, bajos o altos, de satisfacción o insatisfacción con la salud bucal.

Este instrumento fue seleccionado porque captura la percepción de la gente acerca de factores que son importantes para ellos en su vida cotidiana. Además de que engloba diferentes preguntas específicas algunas de las cuales, por ejemplo, están dirigidas a la comodidad, apariencia o dolor. De esta manera se delineará la experiencia individual con los objetivos del estudio de evaluar el impacto social de las condiciones bucales antes y después del tratamiento dental recibido y las actividades de la vida diaria.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Medir el impacto del tratamiento dental sobre comodidad, apariencia, dolor, desempeño restricción al comer--- limitación en las actividades de la vida diaria--- en individuos que demandan atención dental general en la clínica de Odontología Integrada de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, de Enero de 2002 a Mayo de 2003.

### **Objetivos específicos**

1. Precisar si la comodidad del paciente con su encía aumenta posterior al tratamiento dental.
2. Determinar si el paciente está satisfecho con su apariencia dental después de haber recibido el tratamiento dental.
3. Establecer si el paciente manifiesta dolor dental o disminución del mismo posterior al tratamiento dental.
4. Establecer si la interacción social se incrementa después del tratamiento dental.
5. Identificar si la capacidad de masticación del paciente mejora después del tratamiento dental.

## HIPÓTESIS

- HO1. La comodidad con la encía será mayor en aquellos individuos que hayan sido rehabilitados bucalmente.
- Ha1. La comodidad con la encía no será mayor en aquellos individuos que hayan sido rehabilitados bucalmente.
- HO2. La satisfacción con la apariencia dental mejorará en aquellos pacientes que hayan sido rehabilitados bucalmente.
- Ha2. La satisfacción con la apariencia dental no mejorará en aquellos pacientes que hayan sido rehabilitados bucalmente.
- HO3. El dolor dental se reducirá en aquellos individuos que hayan sido rehabilitados bucalmente.
- Ha3. El dolor dental no se reducirá en aquellos individuos que hayan sido rehabilitados bucalmente.
- HO4. La interacción social se intensificará en aquellos individuos que hayan sido rehabilitados bucalmente.
- Ha4. La interacción social no se intensificará en aquellos individuos que hayan sido rehabilitados bucalmente.
- HO5. La efectividad en la masticación aumentará en aquellos individuos que hayan sido rehabilitados bucalmente.
- Ha5. La efectividad en la masticación no aumentará en aquellos individuos que hayan sido rehabilitados bucalmente.

# **METODOLOGÍA**

## **Población en estudio**

Participaron 226 pacientes consecutivos de ambos sexos, entre 18 y 60 años de edad, que solicitaron atención en la Clínica de Odontología Integrada de la Facultad de Odontología de la UNAM de Enero de 2002 a Mayo de 2003. Debido al objetivo del estudio y al lugar donde se llevó a cabo, no se utilizó un muestreo aleatorio y se empleó un muestreo de conveniencia, esto es, los participantes en el estudio fueron los que se presentaron en la clínica de Odontología Integrada en el periodo arriba mencionado para recibir tratamiento dental general y que aceptaron ser incluidos en el mismo.

## **Criterios de Inclusión y Exclusión**

Los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta para que el paciente que demandaba atención dental general pudiera participar en el estudio fueron:

- > Que tuvieran una edad entre dieciocho y sesenta años.
- > Que presentara en boca al menos un diente.
- > Que la atención dental solicitada fuera en las áreas de Operatoria Dental, Endodoncia o Periodoncia.
- > Que no requiriera la intervención clínica de cirujanos dentistas especialistas.
- > Que el tiempo para la rehabilitación de su enfermedad dental no excediera dieciséis semanas

Los criterios de exclusión contemplados para que el paciente que demandaba atención dental general no pudiera participar en el estudio fueron:

- > Que tuviera el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

## **Variables en Estudio**

### **Independientes:**

Tratamiento dental

Edad

Sexo

Enfermedades sistémicas

### **Dependientes:**

Actividades de la vida diaria.

## **Definición operacional de variables**

**TRTAMIENTO DENTAL:** Procedimientos clínicos realizados en la cavidad bucal del paciente con el fin de rehabilitarla funcional y estéticamente. Se mide clínicamente a la inspección ocular como procedimiento terminado o no terminado y se registra el resultado en la hoja de evolución clínica como, se concluyó tratamiento.

**ENFERMEDADES SISTÉMICAS:** Presencia o ausencia de alguna(s) enfermedad(es) crónica(s) y/o degenerativa(s). Se consideraron las siguientes enfermedades sistémicas: Diabetes, Hipertensión y Enfermedad Cardiovascular. Se registraron como ausente o presente en la Historia Clínica al obtener una respuesta positiva a la pregunta: ¿Tiene usted alguna de las siguientes enfermedades? elaborada al momento del interrogatorio directo.

**ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:** Actos y acciones que lleva a cabo cualquier individuo durante el desarrollo de sus tareas cotidianas al cumplir con su rol social.

**COMODIDAD:** Cosa o situación que hace la vida más fácil, hace sentirse cómodo y facilita la realización de ciertas actividades. Medida por uno mismo al dar respuesta positiva a siete diferentes preguntas.

**APARIENCIA:** Aspecto exterior de alguien, cuyo dicho aspecto no corresponde con su verdadero estado o condición. Medida por uno mismo al dar respuesta positiva a cuatro diferentes preguntas.

**DOLOR:** Sensación penosa y desagradable que se siente en una parte del cuerpo y expresada por uno mismo. Medida por uno mismo al dar respuesta positiva a cuatro diferentes preguntas.

**DESEMPEÑO:** Realizar una persona las funciones o actividades que corresponden a su papel o rol social. Medida por uno mismo al dar respuesta positiva a quince diferentes preguntas.

**RESTRICCIÓN AL COMER:** Limitaciones impuestas a uno mismo, al restringir la variedad de los alimentos debido a condiciones bucales. Medida por uno mismo al dar respuesta positiva a seis diferentes preguntas.

### **Variables demográficas**

**EDAD:** Expresada en años. Información obtenida del expediente clínico de cada paciente de la clínica de Odontología Integrada de la Facultad de Odontología de la UNAM.

**SEXO:** Información obtenida a la observación y del expediente clínico de cada paciente de la clínica de Odontología Integrada de la Facultad de Odontología de la UNAM.

### **Recolección de información**

A los pacientes de entre 18 y 60 años de edad que acudieron a la clínica de Odontología Integrada de la Facultad de Odontología de la UNAM, se les elaboró la historia clínica como procedimiento convencional obligatorio para poder recibir la atención solicitada. Se realizó también, como procedimiento de diagnóstico, la ficha clínica bucal donde se anotaron las necesidades de tratamiento dental específicas que el enfermo presenta.

A aquellos enfermos que aceptaron participar en el estudio les fue proporcionado un formato con treinta seis preguntas para ser contestadas *antes* de recibir cualquier atención bucal por parte del estudiante encargado. La definición operacional de estas preguntas(variables), las cuales están englobadas en las cinco dimensiones de Comodidad, Apariencia, Dolor, Desempeño y Restricción al comer pueden ser consultada en el anexo. (Anexo I) El formato del cuestionario también puede ser consultado en este mismo anexo.

A determinado número de pacientes que participaron en el estudio, se les aplicó por segunda vez el mismo formato, para obtener información *después* de haber recibido la atención dental por parte del estudiante encargado. Esta segunda aplicación del cuestionario se llevó a cabo, al menos seis semanas después de haber concluido el tratamiento.

## **Criterios**

- = El cuestionario con las treinta y seis preguntas fue aplicado solamente a los pacientes que demandaron atención dental y que accedieron a participar en el estudio.
- = El cuestionario fue aplicado independientemente del grado de escolaridad del paciente.
- = De las cinco o dos opciones de respuesta, el paciente solo contestó una opción de cada una de las treinta y seis preguntas.
- = Los pacientes que presentaban tratamiento ortodóntico no participaron en el estudio.
- = Se aplicó el cuestionario a los pacientes que aceptaron participar en el estudio, independientemente de la presencia o ausencia de enfermedad sistémica.
- = El cuestionario fue aplicado a los pacientes con vivienda rural o urbana.

## **Prueba piloto**

Se realizó una prueba en 12 personas para verificar la comprensión clara de la explicación del objetivo del estudio y de las treinta y seis preguntas que conforman el cuestionario. Esta prueba fue realizada por el investigador de este trabajo.

Debido a que es un cuestionario autoadministrado para ser contestado por los sujetos participantes, los sujetos que responden, leen las preguntas y colocan una "X" sobre la respuesta que cree o considera adecuada.

Para tal propósito, se siguió la forma estandarizada de elaborar las preguntas que se utiliza en investigación comunitaria, lo que da mayor certeza de que los datos pueden ser reproducidos. El uso de cuestionarios autoadministrados es más simple y barato y tiene la ventaja de que puede ser aplicado, a varias personas simultáneamente, sin la necesidad de estandarización del método empleado para el llenado del mismo.

Esta prueba se realizó en individuos que no iban a participar en el estudio.

Se eliminaron los párrafos donde originalmente se explicaban los cinco rubros: Apariencia, Comodidad, Dolor, Desempeño y Restricción al comer, porque causaban confusión y las personas comenzaron a marcar más de una respuesta en la misma pregunta. De igual manera, se remarcó la instrucción en la pregunta dieciocho para mayor claridad de la persona que responda el cuestionario.

Después de haber hecho los cambios, el párrafo inicial en el formato del cuestionario quedó más claro y conciso para la persona dispuesta a llenarlo y ya no se presentaron los

problemas antes mencionados. Ya tampoco, ninguna de las treinta y seis preguntas fue modificada.

## **Recursos**

### **Materiales**

Sillones dentales.

Lámpara dental.

Papelería: Historia clínica, hoja de evolución de tratamiento y formato de encuesta.

Lápices.

### **Humanos**

Veinticinco alumnos de Clínica Integrada, de ambos sexos, de la División de Estudios Profesionales, Facultad de Odontología UNAM.

## **Análisis estadístico**

La prueba estadística no paramétrica, prueba del signo, es la más indicada para el análisis en estudios antes y después donde existen muchas escalas de Likert (variables ordinales). (83, 84)

Las principales virtudes de los procedimientos no paramétricos, rango o jerarquía, son dos.(85) La primera es que las pruebas de jerarquía pueden ser aplicadas directamente a datos ordinales los cuales están expresados en rangos. Las escalas ordinales son las mejores y en ocasiones los únicos mecanismos para expresar fenómenos médicos tales como, dolor, estrés, malfuncionamiento que no pueden ser medidos dimensionalmente. Las escalas ordinales son necesarias para situaciones clínicas como el estado o grado de la enfermedad (I, II, III), condiciones de datos base en ciertos estudios (Excelente, Buena, Regular, Pobre) y respuestas a la terapia ( Muy Mal, Mal, Igual, Bien, Muy Bien).

La segunda ventaja de las pruebas de rango, es que pueden ser aplicadas sin temor de violar las conjeturas matemáticas a los muchos grupos de datos dimensionales que tienen distribuciones excéntricas o no Gaussianas.

Más aún, las pruebas de rango pueden demostrar en ocasiones significancia estocástica que no puede ser lograda en ciertas situaciones. Por estas razones se seleccionó la prueba de signo para el análisis estadístico en este estudio.

## RESULTADOS

### Distribución de la población por edad y sexo

Se examinaron 226 pacientes de ambos sexos de entre 18 y 60 años de edad que acudieron a la Clínica Integrada de la Facultad de Odontología de la UNAM de Enero de 2002 a Mayo de 2003 para recibir atención dental general. Posterior a la atención dental recibida, solamente 117 pacientes, de los 226 originales, permanecieron en el estudio y cumplieron con el llenado de un segundo cuestionario.

Con respecto de la distribución de la población inicial por grupo de edad y sexo, se observa que la mayor proporción de pacientes correspondieron al grupo de 40 a 49 años de edad (30%). Las mujeres fueron 122 (53.9%) y los hombres 104 (46.1%). La tabla 1 muestra la distribución de la población estudiada por grupo de edad y sexo.

La distribución del total de los individuos que originalmente participaron en el estudio de acuerdo a su grado de escolaridad, se observa una mayor proporción en aquellos con estudios de secundaria 66 (29.3%) tanto hombres como mujeres. Sin embargo 30 hombres (28.8%) del total de este grupo tenían estudios de licenciatura o posgrado contra 23 mujeres (19.0%). Solamente 9 hombres y 16 mujeres, (8.7%) y (13.2%) respectivamente indicaron no haber terminado la instrucción escolar primaria. Tabla 2.

La información recabada con respecto a los materiales de construcción de la vivienda y los servicios con que cuenta la misma, indica que los 226 pacientes atendidos (100%) viven en zonas que se consideran urbanas, ya que su vivienda consta de piso, paredes y techo así como con drenaje, agua corriente, electricidad, baño exclusivo, refrigerador y televisión. Los pacientes refirieron vivir en la ciudad de México y sus áreas conurbanas.

### Demanda de atención por servicio

Respecto de la atención solicitada por los enfermos y brindada en la Clínica Integrada, los pacientes son asignados para su atención dependiendo del motivo de la consulta, al servicio de Operatoria Dental, de Endodoncia o de Periodoncia,

Sin embargo, si un enfermo solicita la restauración dental como causa principal de consulta, pero presenta enfermedad periodontal crónica, entonces se atiende primeramente al paciente de los tejidos periodontales para posteriormente, una vez concluido este tratamiento, continúe con la atención originalmente solicitada. Con esto se quiere decir que los enfermos son atendidos sin respetar necesariamente el "orden" de atención dental establecido originalmente en la Clínica de Admisión.

La tabla 3 muestra la demanda del servicio de operatoria dental de los doscientos veintiséis pacientes. 98 mujeres (80.3%) y 88 hombres (84.6%) solicitaron este servicio.. Un porcentaje menor a 20%, tanto en el grupo de hombres y mujeres, no requirieron de este tipo de atención.

Determinar clínicamente la necesidad de tratamiento dental de conductos es, con cierta frecuencia, compleja debido a que la relación de signos y síntomas no es muy clara para el clínico. En ocasiones el paciente presenta dolor agudo y solicita un tratamiento.

endodóntico, sin embargo cuando la lesión cariosa, causa principal de la infección pulpar, es eliminada, el dolor desaparece y el trastorno tiene una evolución positiva lo que hace innecesario el tratamiento de endodoncia.

La tabla 4 muestra el número y porcentaje de los enfermos originales que solicitaron expresamente tratamiento de conductos o endodoncia, confirmado por el clínico a cargo. La tabla muestra un bajo porcentaje de demanda por este servicio, solamente 5 hombres (4.8%) del total de hombres y 10 mujeres (8.2%) de las ciento veintidós.

La identificación y clasificación clínica de las personas con enfermedad periodontal es relativamente más fácil desde el punto de vista macro, ya que la simple observación de la boca y los tejidos periodontales muestran claramente cuando existe un cambio en la consistencia y textura de los mismos, indicando con esto la presencia de la enfermedad. No se quiere decir con lo anterior que el diagnóstico periodontal se hizo a simple vista, ya que se utilizó el instrumental apropiado para su detección, sino solamente señalar que ahora sabemos que existen distintas entidades patológicas complejas y, que de las diferentes alteraciones periodontales, la gingivitis es la más común.

Por lo anterior, los datos que se recopilaron en la tabla 5 muestran altos porcentajes de la población inicial estudiada que, ya sea demandaron el servicio periodontal como primera opción o que requirieron atención periodontal previa (necesidad no sentida), a los otros procedimientos clínicos como ya se explicó anteriormente. Cabe recordar aquí, aunque no se consideró en ningún momento medirla, que la enfermedad periodontal conduce a la destrucción de los tejidos de sostén de los dientes y en casos severos a la pérdida de los mismos.

El 85% de los hombres y mujeres fueron atendidos por lesiones periodontales, pero nuevamente no sabemos la complejidad de las mismas. Por género encontramos a 103 mujeres de 122, esto es el 84.4% y 89 hombres de 104, esto es, 85.6% porcentajes casi iguales para este tipo de enfermedad.

La tabla 6 ilustra los resultados de los ciento diecisiete individuos que contestaron la segunda encuesta. La tabla muestra el porcentaje de aquellos que mejoraron, siguieron igual o empeoraron en relación con los diferentes rubros o dimensiones y muestra las diferencias por sexo.

En el rubro Apariencia en la variable de satisfacción con la apariencia dental, es interesante observar que un porcentaje mayor de mujeres mejoró 26.7% contra un 11.9% de hombres después del tratamiento, aunque un 2.7% de mujeres empeoró su satisfacción. Es interesante señalar el hecho de que en la variable de satisfacción con la posición de los dientes, en la misma dimensión, un 4.8% de hombres mejoró y con igual porcentaje empeoró mientras que un 10.7% de mujeres mejoró y un 1.3% empeoró, esto cuando no se llevó a cabo ningún tratamiento para modificar la posición dental. Habrá que tomarse con precaución estos datos aunque no fueron significativos cuando se realizó la prueba de Fisher.

En la dimensión Restricción al comer y las variables cambiar tipo de alimento por problemas con los dientes y capacidad de masticación de los alimentos sin dificultad causada por los dientes, se observan porcentajes altos 97.6% y 98.7% de hombres y mujeres respectivamente que permanecieron igual en la primera variable y, porcentajes

de más de 20% tanto en hombres como en mujeres que mejoraron su capacidad de masticar los alimentos.

En el análisis de la variable molestia de los dientes con algún problema, es de notarse que un 26.2% de hombres y un 16.0% de mujeres empeoraron después del tratamiento recibido. En la variable diente flojo, solo empeoró el 1.3% de las mujeres y menos del 10% mejoró tanto en hombres como mujeres. Ambas variables del rubro Comodidad. Sin embargo estos porcentajes tampoco son significativos con la prueba de Fisher.

Donde si hubo cambios significativos fue en la dimensión Desempeño, donde la variable apariencia de los dientes y contacto con la gente y en la variable dolor dental o de ATM y contacto con la gente son la únicas variables con cambios significativos. En la primera variable el 88.1% de los hombres y el 76.0% de las mujeres permanecieron igual, el 4.8% de los hombres y el 21.3% de las mujeres mejoraron y solo el 7.1% de los hombres y el 2.7% de las mujeres empeoraron en relación con el contacto con la gente. Cabe destacar el mayor porcentaje de las mujeres que mejoraron en relación con los hombres. Estos resultados son significativos  $<0.5$  con la prueba exacta de Fisher.

En lo referente al rubro Dolor y contacto con la gente se observa un alto porcentaje de mujeres que mejoraron 26.7% contra un 7.1% de hombres, pero también se observa que un 12.0% de mujeres empeoraron su contacto con la gente debido a dolor contra un 7.1% de hombres. Aunque más del 25% de mujeres mejoraron su contacto con la gente después del tratamiento cuando habían presentado dolor, es también para considerar que más del 10% empeoraron en esta variable. Estos resultados son significativos  $<0.5$  con la prueba exacta de Fisher.

Vale la pena señalar que en las variables apariencia dental y capacidad de trabajar y la variable dolor dental o de ATM y capacidad de trabajar el porcentaje de mujeres que mejoraron fue mayor 18.7% y 20.0% que el porcentaje de los hombres 7.1% y 11.9% respectivamente. Aunque los cambios en estos porcentajes no son significativos con la prueba exacta de Fisher, es importante señalarlo dada la importancia de ambas variables en la dimensión Desempeño.

En el resto de las variables, que se muestran en esta tabla, los cambios que se presentan son mas o menos parejos tanto en hombres como en mujeres.

## **Impacto social por condiciones bucales**

Los resultados de este estudio respecto de las dimensiones Apariencia, Comodidad, Dolor, Desempeño, Restricción al comer; para determinar si la intervención clínica mejoró la actividad diaria, muestran muchos cambios para mejorar en el grupo de estudio. Los siguientes cuadros muestran los resultados antes y después de las 36 variables en estudio. Los cuadros muestran los resultados de los 117 pacientes a los cuales se les realizó una segunda evaluación.

En el cuadro 1 se muestran a los pacientes que estuvieron satisfechos con sus dientes al momento de la entrevista. Se tiene a prácticamente el total de los pacientes muy satisfechos antes del procedimiento o los procedimientos realizados. Posterior a la atención dental, el 76.9% permaneció igual de satisfecho, el 22.2% mejoró y solamente el 0.9% empeoró después del tratamiento ( $p < .0001$ ).

El cuadro 2 muestra la molestia con los dientes con algún problema. Se observa que un porcentaje relativamente alto de pacientes 64% manifestó que algunas veces tuvo molestia debido a cierto problema, mientras que el 23.1% tuvo problemas frecuentemente y el 75% reportó que nunca había tenido molestias en los dientes. Sin embargo es de notar que casi el 20% de los pacientes empeoraron después del tratamiento y solamente el 28.2% mejoró después del mismo ( $p = 0.229$ ).

En el cuadro 3 se presentan los porcentajes de los pacientes que estuvieron satisfechos con la apariencia de sus dientes. Se observa que el 76.9% de los pacientes no reportaron cambio, sin embargo el 21.4% de los pacientes mejoraron en cuanto a su satisfacción con la apariencia después del tratamiento. Este resultado es estadísticamente significativo ( $p < .0001$ ). Entre el 45 y 50% de los pacientes más o menos satisfechos, insatisfechos o muy insatisfechos mostraron mejoría en este indicador. Un porcentaje mínimo de los pacientes (1.7%) reportó menor satisfacción después que antes de recibir el tratamiento. Se trató de pacientes satisfechos o más o menos satisfechos con su apariencia al principio de su tratamiento.

La satisfacción con el color de los dientes se muestra en el cuadro 4. Porcentajes arriba del 80% muestran que los pacientes están muy satisfechos y satisfechos con el color de sus dientes. Sin embargo un porcentaje alto está insatisfecho 66.7%. Aunque más del 93% permanecieron satisfechos con el color de sus dientes, solamente el 4.3% mejoró y el 2.6% empeoró. ( $p = 0.727$ )

Los pacientes que no reportaron cambio en cuanto a su satisfacción con la posición de sus dientes en el rubro de apariencia, se observan en el cuadro 5 que muestra el 88.9% de estos pacientes. El porcentaje de pacientes que mejoraron en su satisfacción con respecto a la posición de sus dientes fue mayor que el de los pacientes que estaban menos satisfechos después del tratamiento que antes (8.5% vs. 2.6%). No obstante estos resultados no fueron estadísticamente significativos.

El 78.6% de los pacientes no reportaron cambio en cuanto a evitar reír abiertamente para no mostrar los dientes después del tratamiento. A pesar de ello, el 18.8% mejoró en este indicador después de recibir el tratamiento. Este resultado es estadísticamente significativo. La mejoría fue más manifiesta en los pacientes que reportaron inicialmente evitar reír frecuentemente (100% mejoraron) o algunas veces (73% mejoraron). El 2.6% de los pacientes empeoraron en este indicador después de recibir el tratamiento correspondiendo todos ellos a quienes antes del tratamiento habían respondido que rara vez evitaban reír abiertamente por no mostrar los dientes. Cuadro 6.

Porcentajes similares se encuentran en los pacientes que se encuentran satisfechos con mostrar sus dientes cuando sonríen. El 81.2% permaneció igual mientras que el 17.1% mejoraron y solo el 1.7% empeoró. ( $p < .0001$ ) Cuadro 7.

Respecto de restos de comida atrapados entre los dientes el 57.3% de los pacientes no reportaron cambio Cuadro 8 . A pesar de ello, el 36.8% reportaron una mejoría estadísticamente significativa ( $p < .0001$ ) en este indicador después del tratamiento. Los porcentajes de mejoría fueron similares en los diferentes grupos de pacientes clasificados antes del tratamiento en función de esta escala. Por otro lado, solo el 6% de los pacientes empeoraron en esta escala después del tratamiento. Se trató de pacientes que reportaron rara vez o a veces tener restos de comida atrapados entre los dientes antes del tratamiento.

El cuadro 9 muestra que el 60.7% de los pacientes no reportaron cambio en cuanto a la escala de mal aliento por problemas de la boca. Sin embargo el 29.9% de los 117 pacientes tratados reportó una mejoría en este indicador después del tratamiento. Este hallazgo es también estadísticamente significativo ( $p = 0005$ ). Los porcentajes de pacientes agrupados según la escala de mal aliento al principio del tratamiento que mejoraron fueron similares en cada nivel de dicha escala. En contraste, el 9.4% de los pacientes mostró un empeoramiento en la escala de mal aliento después de recibir el tratamiento. Todos estos pacientes habían respondido que raramente tenían mal aliento por problemas de la boca al principio del tratamiento.

Mientras que el cuadro 10 indica que no hubo diferencias estadísticamente significativas en el indicador cambio del tipo de alimento, después del tratamiento ( $p = 1.000$ ), el cuadro 11 muestra que casi la totalidad de los pacientes 98.3% seguía preparando sus alimentos de manera igual a como lo venía haciendo antes del tratamiento y, solamente el 1.7% mejoró en esta escala. ( $p = .500$ )

El 73.5% de los pacientes no tuvo cambio después del tratamiento en la escala que medía la capacidad de masticar la comida. Pese a ello, el 26.5% de los pacientes mejoraron en esta escala después del tratamiento y ninguno empeoró. Estos datos son estadísticamente significativos ( $p < .0001$ ). Los pacientes que reportaron masticar mal o más o menos al principio del tratamiento mostraron mejoría después del tratamiento. Cuadro 12.

El cuadro 13 muestra el porcentaje de los pacientes satisfechos con su masticación. Se observa que altos porcentajes de insatisfacción y muy insatisfechos, 70.0% y 50.0% respectivamente se presentaron en los individuos estudiados. Sin embargo casi el dieciocho por ciento, 17.9%, mejoraron después del tratamiento y ninguno empeoró en su satisfacción con la masticación. ( $p < .0001$ )

La capacidad de morder los alimentos se muestra en el cuadro 14. Aquí el 65.8% de los pacientes no tuvo cambio después del tratamiento en la escala que medía esta capacidad. Sin embargo el 31.6% tuvo mejoría en esta escala después del tratamiento, dato que es estadísticamente significativo ( $p < .0001$ ). Los porcentajes de mejoría fueron mayores en los pacientes que al inicio del tratamiento habían reportado una capacidad de morder los alimentos moderadamente mala, mala o muy mala. Por otro lado, un 2.6% de los pacientes reportaron un empeoramiento en esta escala. Dichos pacientes correspondieron a los grupos que inicialmente habían reportado una capacidad de morder los alimentos buena o muy buena.

Con respecto a la satisfacción con la mordida de los pacientes, altos porcentajes se encuentran tanto en la escala Satisfecho, Más o menos, e Insatisfecho encontrando porcentajes respectivos de 95.9%, 80.0% y 72.7%. Aunque la gran mayoría de los pacientes reportaron permanecer igual, solo se encontró un 9.4% que mejoró en este rubro. Cuadro 15 (  $p=.001$  )

En el cuadro 16 donde se observa que en relación con la movilidad dental no hubo cambios significativos después del tratamiento a pesar de que el 41% que habían reportado movilidad dental antes del tratamiento y reportaron no tenerla después podría ser explicado porque los pacientes miden la movilidad utilizando ya sea la lengua o el dedo por lo que lo que se mueve no es el diente en si.

El 46.9% de los pacientes que antes del tratamiento habían reportado dolor dental espontáneo, reportaron no tenerlo después del tratamiento. Este cambio fue estadísticamente significativo ( $p< .0001$ ). El 50.75% de los pacientes que antes del tratamiento habían reportado dolor dental a los cambios térmicos reportaron no tenerlo después del tratamiento. Este cambio también fue estadísticamente significativo ( $p= <.0001$ ). Un 4.2% de los pacientes que inicialmente no habían reportado dolor dental a los cambios térmicos, lo reportaron después del tratamiento. Cuadro 17 y cuadro 18 respectivamente.

Respecto del cambio de tipo de comida por dolor al comer o beber no hubo diferencias estadísticamente significativas, cuadro 19. Sin embargo fue mayor el porcentaje de pacientes que mejoraron después del tratamiento en comparación con el porcentaje de aquellos que empeoraron (47.1% vs. 23.5%).

El cuadro 20 señala que no hubieron diferencias estadísticamente significativas en la escala que medía dolor en la articulación temporomandibular (ATM). No obstante, fue mayor el porcentaje de los que mejoraron después del tratamiento en comparación con el porcentaje de aquellos que empeoraron (5.1% vs.1.7%).

El 82.1% de los pacientes no mostró cambios después del tratamiento en el indicador que medía la apariencia dental y la capacidad de trabajar. No obstante el 14.5% de los 117 pacientes tratados reportó mejoría en este indicador después del tratamiento. Estos datos fueron estadísticamente significativos ( $p<= .0072$ ). El porcentaje de mejoría fue mayor en pacientes que habían reportado antes del tratamiento que su apariencia dental y su capacidad de trabajar molestó mucho (83.3% mejoraron). Solo el 3.4% de los pacientes reportaron haber empeorado después del tratamiento en esta escala. Cuadro 21

La incapacidad de trabajar por dolor dental o de la ATM puede ser importante en ciertos segmentos de la sociedad. Sin embargo el cuadro quince muestra que el 79.5% de los pacientes no demostró cambios después del tratamiento en la escala que medía la incapacidad para trabajar por dolor dental o de la ATM. A pesar de ello el 17.1% de los 117 pacientes tratados mejoraron en esta escala después del tratamiento. Este cambio fue estadísticamente significativo ( $p< .0015$ ).

El porcentaje de mejoría fue mayor en quienes habían reportado mayor incapacidad al inicio del tratamiento. Por otro lado el 3.4% de los pacientes tratados empeoró en este

indicador después del tratamiento. Quienes empeoraron habían reportado poca o nula capacidad para trabajar por dolor antes del tratamiento. Cuadro 22.

El cuadro 23 muestra como la función de los dientes ha afectado la capacidad de trabajo. Prácticamente para un alto porcentaje de los sujetos en el estudio, 94.0%, le fue indiferente el comer y hablar y la capacidad de trabajar. Sin embargo el 17.1% de los individuos mejoraron su capacidad de trabajo después del tratamiento. Aunque en este estudio no se preguntó sobre las áreas de trabajo sería interesante conocerlas y determinar cuales son para que la función de los dientes haya mejorado esta capacidad.

El 80.3% de los pacientes no mostró cambios después del tratamiento en la escala que medía la apariencia de los dientes y el contacto con la gente. A pesar de ello, el 15.4% mejoró después del tratamiento. El porcentaje de mejoría fue mayor entre los pacientes que antes del tratamiento habían reportado molestia o mucha molestia en este indicador. Por otro lado solo el 4.3% de los pacientes mostró un empeoramiento en este indicador. Estos resultados son estadísticamente significativos ( $p = .0106$ ). Cuadro 24.

En la escala de dolor dental o de la ATM y contacto con la gente, no hubo cambios postratamiento estadísticamente significativos en esta escala, a pesar que el porcentaje de pacientes con mejoría después del tratamiento fue mayor que el de quienes no mejoraron (19.7% vs. 10.3%) Cuadro 25.

El comer y hablar, función de los dientes, y el contacto con la gente se muestra en cuadro 26. Se encontró una mejoría en el 12.8% de los pacientes ya que para un porcentaje alto, 96.7%, esta función fue indiferente. Sin embargo se encontró un porcentaje bajo de 2.6% que empeoró en este rubro. ( $p=.008$ )

La escala que medía la apariencia de los dientes y la vida romántica indica que el 86.3% de los pacientes no mostraron cambio después del tratamiento. A pesar de ello el 13.7% de los pacientes mejoraron en esta escala con el tratamiento y ninguno empeoró. Estos datos son estadísticamente significativos ( $p<.0001$ ). Los pacientes que antes de tratamiento habían reportado que molestó o molestó mucho tuvieron los mayores porcentajes de mejoría. Cuadro 27.

No hubo diferencias estadísticamente significativas después del tratamiento en la escala que medía dolor dental o de la ATM y vida romántica. No obstante el porcentaje que reportó mejoría en esta escala después del tratamiento fue mayor que el porcentaje que mostró empeoramiento (11.1% vs. 5.1%). Cuadro 28.

El cuadro 29 se muestra que el 16.2% mejoró su vida romántica cuando la función de sus dientes fue atendida. Solamente el 0.9% empeoró y el 82.9% permaneció igual en este rubro.

El 82.1% de los pacientes tratados no mostró cambio en el indicador que medía dolor dental o de ATM y tiempo de dormir. No obstante el 15.4% de los 117 pacientes tratados mostró una mejoría en dicho indicador, en comparación con un 2.6% que empeoró. Estos cambios fueron estadísticamente significativos ( $p= .0015$ ). Cuadro 30.

Por el mismo tenor, el 85.5% de los pacientes tratados no mostró cambio en el indicador que medía dolor dental o de ATM y estrés. Sin embargo el 14.5% de los pacientes tratados mostró una mejoría en dicho indicador después del tratamiento y ninguno empeoró. Estos cambios fueron estadísticamente significativos ( $p < .0001$ ). Los pacientes con dolor moderado o extremo mostraron los mayores porcentajes de mejoría postratamiento. Cuadro 31.

Con respecto a la confianza y los dientes, observamos que al 75.0% les ayudó mucho la condición dental y su seguridad en si mismos. A un 78.8% les fue indiferente y que a una tercera parte les molesto mucho 33.3%. Sin embargo tenemos también un porcentaje de 29.9% que mejoraron después del tratamiento y solo un 3.4% que empeoraron en su confianza por la condición dental. ( $p < .001$ ) Cuadro 32.

El cuadro referente al sentimiento de vergüenza por la apariencia dental, muestra que el 71.8% de los pacientes tratados no mostró cambio en este sentido. A pesar de ello el 20.7 % de los 117 pacientes tratados mejoró en este indicador después del tratamiento. Los pacientes que mostraron mayores porcentajes de mejoría fueron los que habían reportado moderada o mucha vergüenza. Por otro lado el 7.7% de los pacientes empeoró en esta escala después del tratamiento. Estos cambios fueron estadísticamente significativos ( $p = .0135$ ). Cuadro 33.

Se sabe que la gingivitis afecta a prácticamente toda la población. El indicador de satisfacción con la encía muestra que solo el 39.3% de los pacientes tratados no mostró cambios después del tratamiento. El 59.8% de los pacientes tratados mejoró en esta escala después del tratamiento, mientras que un 0.9% empeoró. Los porcentajes de mejoría fueron mayores a medida que se había reportado mayor insatisfacción inicial. Estos cambios fueron estadísticamente significativos ( $p < .0001$ ) Cuadro 34.

El sangrado de la encía es un signo clínico importante para el profesional del área. El cuadro 35 muestra que el 88.2% de los pacientes presentaba sangrado de la encía antes del tratamiento, después del tratamiento el porcentaje se encontró en 74.4% y el porcentaje que permaneció igual fue de 96.6% con una mejoría del 3.4% y ni uno de los pacientes empeoró. ( $p = .125$ )

El cuadro 36 muestra los resultados donde prácticamente no se presentaron cambios con relación a la sensibilidad dental por retracción de la encía. Aquí tanto hombres como mujeres permanecieron en la misma situación, lo cual podría ser explicado porque el tipo de tratamiento para resolver el problema de sensibilidad dental no se ofrece específicamente en la clínica integrada de atención dental. ( $p = 1.00$ )

## TABLAS Y CUADROS

Tabla 1. Distribución de la población en estudio por grupo de edad y sexo.

E D A D	S E X O				T O T A L
	Femenino		Masculino		
	N	%	N	%	
19-29	31	25.3	23	22.1	54
30-39	22	18.1	17	16.4	39
40-49	41	33.5	27	25.9	68
50-59	28	23.1	37	35.6	65
T O T A L	122	100	104	100	226

ji cuadrada  $p= 0.208$

No hubo diferencias en cuanto a las distribuciones por edad de hombres y mujeres ( $p=.208$ ).

Tabla 2. Distribución del grado de escolaridad por género.

ESCOLARIDAD	S E X O				T O T A L
	Femenino		Masculino		
	N	%	N	%	
1*	16	13.2	9	8.7	25
2	19	15.7	10	9.6	29
3	31	25.6	21	20.2	52
4	32	26.5	34	32.7	66
5	23	19.0	30	28.9	53
T O T A L	121	100	104	100	225

ji cuadrada  $p= 0.170$

No hubo diferencias en escolaridad entre hombres y mujeres ( $p=0$ ).

\*1=Primaria incompleta 2=Primaria completa 3=Secundaria 4=Preparatoria 5=Universidad o posgrado

Tabla 3. Número de pacientes para tratamiento de operatoria.

TRATAMIENTO	SEXO				TOTAL
	Femenino		Masculino		
	N	%	N	%	
Si	98	80.3	88	84.6	186
No	24	19.7	16	15.4	40
Total	122	100	104	100	226

ji cuadrada  $p= 0$

El porcentaje de hombres y mujeres para tratamiento de operatoria significativamente diferente ( $p=0.400$ )

Tabla 4. Número de pacientes para tratamiento de endodoncia.

TRATAMIENTO	SEXO				TOTAL
	Femenino		Masculino		
	N	%	N	%	
Si	10	8.2	5	4.8	15
No	112	91.8	99	95.2	211
Total	122	100	104	100	226

ji cuadrada  $p= 0$ .

El porcentaje de hombres y mujeres para tratamiento de endodonc fue significativamente diferente ( $p=0.308$ )

Tabla 5. Número de pacientes para tratamiento de periodoncia.

TRATAMIENTO	SEXO				TOTAL
	Femenino		Masculino		
	N	%	N	%	
Si	103	84.4	89	85.6	192
No	19	15.6	15	14.4	34
Total	122	100	104	100	226

ji cuadrada  $p= 0$

El porcentaje de hombres y mujeres para tratamiento de periodoncia fue significativamente diferente ( $p=0.809$ )

Tabla 6. Satisfacción entre hombres y mujeres. Porcentajes que mejoraron, siguieron igual o empeoraron, por sexo. Se muestra por dimensiones.

DIMENSIÓN	VARIABLES	Hombres(n=42)			Mujeres(n=75)			Valor de p*
		Mejor	Peor	Igual	Mejor	Peor	Igual	
COMODIDAD	Halitosis	21.4	69.1	9.5	34.7	56.0	9.3	0.302
COMODIDAD	Encía sangrante	7.1	92.9	0.0	1.3	98.7	0.0	0.131
COMODIDAD	Comida atrapada entre los dientes	28.6	66.7	4.8	41.3	52.0	6.7	0.287
COMODIDAD	Diente flojo	4.8	95.2	0.0	9.3	89.3	1.3	0.670
COMODIDAD	Satisfacción con la encía	69.1	31.0	0.0	54.7	44.0	1.3	0.225
COMODIDAD	Preocupación por dientes	26.2	47.6	26.2	29.3	54.7	16.0	0.412

\*Prueba exacta de Fisher

Tabla 6. Continuación...

DIMENSIÓN	VARIABLE	Hombres(n=42)			Mujeres(n=75)			Valor de p*
		Mejor	Igual	Peor	Mejor	Igual	Peor	
APARIENCIA	Satisfacción con los dientes	21.4	78.6	0.0	22.7	76.0	1.3	1.000
APARIENCIA	Satisfacción con la apariencia de los dientes	11.9	88.1	0.0	26.7	70.7	2.7	0.071
APARIENCIA	Satisfacción con color de los dientes	0.0	97.6	2.4	6.7	90.7	2.7	0.240
APARIENCIA	Satisfacción con posición de los dientes	4.8	90.5	4.8	10.7	88.0	1.3	0.322
DOLOR	Dolor espontáneo	16.7	83.3	0.0	10.7	89.3	0.0	0.394
DOLOR	Cambio de comida debido a dolor	7.1	9.5	83.3	17.3	8.0	74.7	0.333
DOLOR	Dolor con alimentos fríos o calientes	35.7	61.9	2.4	26.7	72.0	1.3	0.386
DOLOR	Dolor de la Articulación Temporo Mandibular	4.8	92.9	2.4	5.3	93.3	1.3	1.000

\*Prueba exacta de Fisher

Tabla 6. Continuación...

DIMENSIÓN	VARIABLE	Hombres(n=42)			Mujeres(n=75)			Valor de p*
		Mejor	Igual	Peor	Mejor	Igual	Peor	
DESEMPEÑO	Capacidad de trabajo afectada por apariencia dental	4.8	88.1	7.1	21.3	76.0	2.7	0.021
DESEMPEÑO	Capacidad de trabajo afectada por comer o hablar	16.7	76.2	7.1	17.3	81.3	1.3	0.293
DESEMPEÑO	Contacto con la gente afectado por apariencia dental	4.8	88.1	7.1	21.3	76.0	2.7	0.021
DESEMPEÑO	Contacto con la gente afectado por comer y hablar	4.8	92.9	2.4	17.3	80.0	2.7	0.122
DESEMPEÑO	Contacto con la gente afectado por dolor	7.1	85.7	7.1	26.7	61.3	12.0	0.017
DESEMPEÑO	Vida romántica afectada por dolor	4.8	90.5	4.8	14.7	80.0	5.3	0.266
DESEMPEÑO	Vida romántica afectada por comer o hablar	11.9	88.1	0.0	18.7	80.0	1.3	0.639
DESEMPEÑO	Vida romántica afectada por condición dental	9.5	90.5	0.0	16.0	84.0	0.0	0.409
DESEMPEÑO	Autoestima afectada por condición dental	21.4	76.2	2.4	34.7	61.3	4.0	0.278
DESEMPEÑO	Vergüenza causada por condición dental	11.9	81.0	7.1	25.3	66.7	8.0	0.205
DESEMPEÑO	Evitar mostrar los dientes cuando se ríe	11.9	85.7	2.4	22.7	74.7	2.7	0.340

\*Prueba exacta de Fisher

Tabla 6. Continuación...

DIMENSIÓN	VARIABLE	Hombres(n=42)			Mujeres(n=75)			Valor de p*
		Mejor	Igual	Peor	Mejor	Igual	Peor	
DESEMPEÑO	Satisfacción con la sonrisa	14.3	85.7	0.0	18.7	78.7	2.7	0.583
DESEMPEÑO	Capacidad de trabajo afectada por dolor	11.9	81.0	7.1	20.0	78.7	1.3	0.151
DESEMPEÑO	Estrés debido a dolor	7.1	92.9	0.0	18.7	81.3	0.0	0.107
DESEMPEÑO	Mal dormir debido a dolor	16.7	81.0	2.4	14.7	82.7	2.7	0.908
RESTRICCIÓN AL COMER	Capacidad para masticar	21.4	78.6	0.0	29.3	70.7	0.0	0.391
RESTRICCIÓN AL COMER	Satisfacción con la masticación	11.9	88.1	0.0	21.3	78.7	0.0	0.315
RESTRICCIÓN AL COMER	Capacidad para morder alimentos	28.3	71.4	4.8	36.0	62.7	1.3	0.216
RESTRICCIÓN AL COMER	Satisfacción con la mordida	9.5	90.5	0.0	9.3	90.7	0.0	1.000
RESTRICCIÓN AL COMER	Cambio de manera de preparación de alimentos	0.0	0.0	0.0	2.7	97.3	0.0	0.536
RESTRICCIÓN AL COMER	Cambio de tipo de alimentos por condición dental	2.4	97.6	0.0	0.0	98.7	1.3	0.591

\*Prueba exacta de Fisher

Cuadro 1. Satisfacción con los dientes.

\*Porcentaje de renglon. (Rubro Apariencia)

							<u>Después</u>
		Ms	S	Mm	I	Mi	
<u>Antes</u>	Ms	100	0.0	0.0	0.0	0.0	100
	S	3.8	94.3	1.9	0.0	0.0	100
	Mm	0.0	36.8	63.2	0.0	0.0	100
	I	9.1	18.2	45.5	27.3	0.0	100
	Mi	0.0	0.0	33.3	33.3	33.3	100

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	26	90	1	117
%	22.2	76.9	0.9	

Prueba del signo  $p < .0001$

Ms= Muy Satisfecho S= satisfecho Mm= Más o menos I= Insatisfecho Mi= Muy Insatisfecho

Cuadro 2. Molestia de los dientes con algún problema.

\*Porcentaje de renglon. (Rubro Comodidad)

							<u>Después</u>
		S	F	Av	R	N	
<u>Antes</u>	S	0.0	75	0.0	25	0.0	100
	F	0.0	23.1	76.9	0.0	0.0	100
	Av	0.0	8	64	28	0.0	100
	R	0.0	2.6	39.5	44.7	13.2	100
	N	0.0	0.0	0.0	25	75	100

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	23	61	33	117
%	19.7	52.1	28.2	

Prueba del signo  $p=0.229$

S=Siempre F=Frecuentemenete Av=Aiguas veces R=Raramente N=Nunca

**Cuadro 3. Satisfacción con la apariencia de los dientes.  
\*Porcentaje de renglon (Rubro Apariencia)**

							<u>Después</u>
		Ms	S	Mm	I	Mi	
<u>Antes</u>	Ms	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100
	S	3.5	94.8	0.0	1.7	0.0	100
	Mm	0.0	45.5	51.5	3.0	0.0	100
	I	0.0	7.1	42.9	50.0	0.0	100
	Mi	0.0	0.0	50.0	0.0	50.0	100

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	25	90	2	117
%	21.4	76.9	1.7	

Prueba del signo  $p < .0001$

Ms= Muy Satisfecho S= satisfecho Mm= Más o menos I= Insatisfecho Mi= Muy Insatisfecho

**Cuadro 4. Satisfacción con el color de los dientes  
\*Porcentaje de renglon. (Rubro Apariencia)**

							<u>Después</u>
		Ms	S	Mm	I	Mi	
<u>Antes</u>	Ms	100	0.0	0.0	0.0	0.0	100
	S	0.0	97.4	2.6	0.0	0.0	100
	Mm	0.0	16.7	83.3	0.0	0.0	100
	I	0.0	0.0	22.2	66.7	11.1	100
	Mi	0.0	0.0	0.0	0.0	100	100

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	5	109	3	117
%	4.3	93.2	2.6	

Prueba del signo  $p = 0.727$

Ms= Muy Satisfecho S= satisfecho Mm= Más o menos I= Insatisfecho Mi= Muy Insatisfecho

**Cuadro 5. Satisfacción con la posición de los dientes.  
\*Porcentaje de renglon. (Rubro Apariencia)**

							<u>Después</u>
<u>Antes</u>		Ms	S	Mm	I	Mi	
	Ms	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100
	S	0.0	97.8	2.2	0.0	0.0	100
	Mm	0.0	4.4	91.3	4.4	0.0	100
	I	0.0	0.0	33.3	66.7	0.0	100
	Mi	0.0	0.0	66.7	0.0	33.3	100

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	10	104	3	117
%	8.5	88.9	2.6	

Prueba del signo  $p=0.0923$

Ms= Muy Satisfecho S= satisfecho Mm= Más o menos I= Insatisfecho Mi= Muy insatisfecho.

**Cuadro 6. Evitar reír abiertamente por no mostrar los dientes.  
\*Porcentaje de renglon.(Rubro Desempeño)**

							<u>Después</u>
<u>Antes</u>		Se	Fe	Av	Re	Ne	
	Se	50.0	0.0	25.0	0.0	25.0	100
	Fe	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	100
	Ave	0.0	0.0	26.7	73.3	0.0	100
	Re	0.0	0.0	23.1	30.8	46.2	100
	Ne	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	22	92	3	117
%	18.8	78.6	2.6	

Prueba del signo  $p=0.0002$

Se=Siempre lo evito Fe=Frecuentemente lo evito Av=Algunas veces lo evito  
Re= Raramente lo evito Ne= Nunca lo evito

**Cuadro 7. Satisfacción con mostrar los dientes cuando ríe.**  
 \*Porcentaje de renglon. (Rubro Desempeño)

							<u>Después</u>
<u>Antes</u>		Ms	S	Mm	I	Mi	
	Ms	91.7	8.3	0.0	0.0	0.0	100
	S	1.7	96.7	1.7	0.0	0.0	100
	Mm	0.0	24.1	75.9	0.0	0.0	100
	I	9.1	18.2	54.5	18.2	0.0	100
	Mi	0.0	0.0	20.0	40.0	40.0	100

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	20	95	2	117
%	17.1	81.2	1.7	

Prueba de signo  $p = <.0001$

Ms= Muy Satisfecho S= satisfecho Mm= Más o menos I= Insatisfecho Mi= Muy insatisfecho

**Cuadro 8. Restos de comida atrapados entre los dientes.**  
 \*Porcentaje de renglon.(Rubro Comodidad)

							<u>Después</u>
<u>Antes</u>		S	F	Av	R	N	
	S	40.0	40.0	0.0	20.0	0.0	100
	F	0.0	50.0	50.0	0.0	0.0	100
	Av	0.0	2.6	44.7	52.6	0.0	100
	R	0.0	0.0	13.5	40.5	46.0	100
	N	0.0	0.0	0.0	3.2	96.8	100

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	43	67	7	117
%	36.8	57.3	6.0	

Prueba del signo  $p < .0001$

S=Siempre F=Frecuentemenete Av=Algunas veces R=Raramente N=Nunca

**Cuadro 9. Mal aliento por problemas en la boca.**  
**\*Porcentaje de renglon(Rubro Comodidad)**

		<u>Después</u>					
		S	F	Av	R	N	
<u>Antes</u>	S	0.0	50.0	50.0	0.0	0.0	100
	F	0.0	0.0	50.0	33.3	16.7	100
	Av	0.0	11.1	44.4	44.4	0.0	100
	R	0.0	0.0	23.3	26.7	50.0	100
	N	0.0	0.0	0.0	1.9	98.1	100

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	35	71	11	117
%	29.9	60.7	9.4	

Prueba del signo  $p= 0.0005$

S=Siempre Frecuentemenete Av=Algunas veces R=Raramente N=Nunca  
 F=Frecuentemenete Av=Algunas veces R=Raramente N=Nunca

**Cuadro 10. Cambio tipo de alimento.**  
**\*Porcentaje de renglon (Rubro Restricción al comer)**

		<u>Después</u>		
		Si	No	%
<u>Antes</u>	Si	8	1	100
	No	0	106	100

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	1	114	0	115
%	0.9	98.3	0.9	

Prueba del signo  $p= 1.0000$

**Cuadro 11. Cambio manera de preparación alimento.  
\*Porcentaje de renglon (Rubro Restricción al comer)**

<u>Antes</u>		<u>Después</u>		
		Si	No	%
Si		80	20	100
No		0	100	100

  

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	2	115	0	117
%	1.7	98.3	0.0	

Prueba del signo  $p=.500$

**Cuadro 12 Capacidad de masticar la comida.  
\*Porcentaje de renglon.  
(Rubro Restricción al comer)**

<u>Antes</u>		<u>Después</u>					
		Mb	B	Mom	M	Mm	
Mb		100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100
B		9.6	90.4	0.0	0.0	0.0	100
Mom		0.0	52.8	47.2	0.0	0.0	100
M		0.0	9.1	54.6	36.4	0.0	100
Mm		0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100

  

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	31	86	0	117
%	26.5	73.5	0.0	

Prueba del signo  $p < 0.0001$

Mb=Muy Bien B=Bien Mom=Más o menos M=Mal Mm=Muy mal

**Cuadro13. Satisfacción con la masticación.**  
**\*Porcentaje de renglon.**  
**(Rubro Restricción al comer)**

<u>Antes</u>							<u>Después</u>
		Ms	S	Mm	I	Mi	
Ms		100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100
S		5.5	94.5	0.0	0.0	0.0	100
Mm		0.0	59.1	40.9	0.0	0.0	100
I		0.0	0.0	30.0	70.0	0.0	100
Mi		0.0	0.0	0.0	50.0	50.0	100

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	21	96	0	117
%	17.9	82.1	0.0	

Prueba del signo  $p < .0001$

Ms= Muy Satisfecho S= satisfecho Mm= Más o menos I= insatisfecho Mi= Muy insatisfecho

**Cuadro 14 Capacidad de morder los alimentos.**  
**\*Porcentaje de renglon (Rubro Restricción al comer)**

<u>Antes</u>							<u>Después</u>
		Mb	B	Mom	M	Mm	
Mb		90.9	9.1	0.0	0.0	0.0	100
B		8.9	89.3	1.8	0.0	0.0	100
Mom		0.0	60.5	39.5	0.0	0.0	100
M		0.0	12.5	62.5	12.5	12.5	100
Mm		0.0	0.0	25.0	50.0	25.0	100

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	37	77	3	117
%	31.6	65.8	2.6	

Prueba del signo  $p < 0.0001$

Mb=Muy Bien B=Bien Mom=Más o menos M=Mal Mm=Muy mal

**Cuadro 15. Satisfacción con la mordida.**  
 \*Porcentaje de renglon.  
 (Rubro Restricción al comer)

							<u>Después</u>
		Ms	S	Mm	I	Mi	
<u>Antes</u>	Ms	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100
	S	4.1	95.9	0.0	0.0	0.0	100
	Mm	0.0	20.0	80.0	0.0	0.0	100
	I	0.0	0.0	27.3	72.7	0.0	100
	Mi	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100

		Mejor	Igual	Peor	Total
N		11	106	0	117
%		9.4	90.6	0.0	

Prueba del signo  $p=.001$

Ms= Muy Satisfecho S= satisfecho Mm= Más o menos I= Insatisfecho Mi= Muy insatisfecho

**Cuadro 16 Movilidad dental.**  
 \*Porcentaje de renglon. (Rubro Comodidad)

				<u>Después</u>
		Si	No	
<u>Antes</u>	Si	58.8	41.2	100
	No	1.0	99.0	100

		Mejor	Igual	Peor	Total
N		7	107	1	115
%		7.7	91.5	0.9	

Prueba del signo  $P= 0.0703$

**Cuadro 17 Dolor dental espontaneo.  
\*Porcentaje de renglon (Rubro Dolor)**

<u>Antes</u>		<u>Después</u>		
		Si	No	
Si		53.1	46.9	100
No		0.0	100.0	100

  

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	15	102	0	117
%	12.8	87.2	0.0	

Prueba del signo  $p= 0.0001$

**Cuadro 18. Dolor dental a los cambios térmicos.  
\*Porcentaje de renglon(Rubro Dolor)**

<u>Antes</u>		<u>Después</u>		
		Si	No	
Si		49.3	50.7	100
No		4.2	95.8	100

  

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	35	80	2	117
%	29.9	68.4	1.7	

Prueba del signo  $p< 0.0001$

**Cuadro 19. Cambio tipo de comida por dolor al comer o beber.  
\*Porcentaje de renglon (Rubro Dolor)**

							<u>Después</u>
<u>Antes</u>		S	F	Av	R	N	
	S	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100
	F	0.0	0.0	50.0	0.0	50.0	100
	Av	0.0	6.7	20.0	66.7	6.7	100
	R	0.0	0.0	50.0	25.0	25.0	100
	N	0.0	0.0	0.0	20.0	80.0	100

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	13	98	6	117
%	13.7	77.7	8.6	

Prueba del signo  $p = 0.1516$

S=Siempre F=Frecuentemente Av=Algunas veces R=Raramente N=Nunca

**Cuadro 20. Dolor en la Articulación Temporo Mandibular (ATM).  
\*Porcentaje de renglon(Rubro Dolor)**

							<u>Después</u>
<u>Antes</u>		Td	1Vs	MeVs	SoAm	Nd	
	Td	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100
	1Vs	0.0	50.0	0.0	50.0	0.0	100
	MeVs	0.0	0.0	20.0	40.0	40.0	100
	SoAm	0.0	0.0	0.0	90.9	9.1	100
	Nd	0.0	0.0	1.0	1.0	98.0	100

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	6	109	2	117
%	5.1	93.2	1.7	

Prueba del signo  $p = 0.2891$

Td=Todos los días 1Vs=Una vez a la semana MeVs=Menos de una vez a la semana  
SoAm=Solo en algunos movimientos Nd=Ningún dolor

Cuadro 21. Apariencia dental y capacidad de trabajar.  
\*Porcentaje de renglon. (Rubro Desempeño)

							<u>Después</u>
		Am	Ay	Fi	M	Mm	
<u>Antes</u>	Am	50.0	25.0	25.0	0.0	0.0	100
	Ay	40.0	40.0	20.0	0.0	0.0	100
	Fi	0.0	5.6	93.3	0.0	1.1	100
	M	0.0	16.7	25.0	58.3	0.0	100
	Mm	0.0	0.0	50.0	33.3	16.7	100

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	17	96	4	117
%	14.5	82.1	3.4	

Prueba del signo  $p = 0.0072$

Am=Ayudó mucho Ay=Ayudó Fi=Fue indiferente M=Molestó Mm=Molestó mucho

Cuadro 22. Incapacidad de trabajar por dolor dental o de ATM.  
\*Porcentaje de renglon(Rubro Desempeño)

							<u>Después</u>
		Ex	Mu	Md	P	N	
<u>Antes</u>	Ex	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100
	Mu	0.0	33.3	33.3	0.0	33.3	100
	Md	0.0	0.0	30.0	40.0	30.0	100
	P	0.0	0.0	17.7	17.7	64.7	100
	N	0.0	0.0	1.2	0.0	98.9	100

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	20	93	4	117
%	17.1	79.5	3.4	

Prueba del signo  $p = 0.0015$

Ex=Extremadamente Mu=Mucho Md=Moderadamente P=Poco N=Nada

**Cuadro23. Función de los dientes y capacidad de trabajo.**  
**\*Porcentaje de renglon. (Rubro Desempeño)**

<u>Antes</u>		<u>Después</u>					
		Am	Ay	Fi	M	Mm	
Am		60.0	40.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Ay		0.0	83.3	16.7	0.0	0.0	100.0
Fi		0.0	4.8	94.0	0.0	1.2	100.0
M		0.0	26.1	43.5	30.4	0.0	100.0
Mm		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	20	93	4	117
%	17.1	79.5	3.4	

Prueba del signo  $p=.002$

Am=Ayudó mucho Ay=Ayudó Fi=Fue indiferente M=Molestó Mm=Molestó mucho

**Cuadro 24. Apariencia de los dientes y contacto con la gente.**  
**\*Porcentaje de renglon. (Rubro Desempeño)**

<u>Antes</u>		<u>Después</u>					
		Am	Ay	Fi	M	Mm	
Am		66.7	33.3	0.0	0.0	0.0	100
Ay		42.9	42.9	14.3	0.0	0.0	100
Fi		0.0	3.4	94.4	1.1	1.1	100
M		0.0	16.7	66.7	16.7	0.0	100
Mm		0.0	66.7	0.0	0.0	33.3	100

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	18	94	5	117
%	15.4	80.3	4.3	

Prueba del signo  $p = 0.0106$

Am=Ayudó mucho Ay=Ayudó Fi=Fue indiferente M=Molestó Mm=Molestó mucho

**Cuadro 25. Dolor dental o de la ATM y contacto con la gente.  
\*Porcentaje de renglon. (Rubro Dolor)**

		<u>Después</u>					
		Ex	Mu	Md	P	N	
<u>Antes</u>	Ex	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100
	Mu	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	100
	Md	0.0	0.0	18.2	54.6	27.3	100
	P	0.0	0.0	36.4	13.6	50.0	100
	N	0.0	0.0	1.2	3.7	95.1	100

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	23	82	12	117
%	19.7	70.1	10.3	

Prueba del signo  $p = 0.0895$

Ex=Extremadamente Mu=Mucho Md=Moderadamente P=Poco N=Nada

**Cuadro 26. Función de los dientes como comer  
y hablar y contacto con la gente.  
\*Porcentaje de renglon. (Rubro Desempeño)**

		<u>Después</u>					
		Am	Ay	Fi	M	Mm	
<u>Antes</u>	Am	75.0	25.0	0.0	0.0	0.0	100.0
	Ay	25.0	75.0	0.0	0.0	0.0	100.0
	Fi	0.0	2.2	96.7	0.0	1.1	100.0
	M	0.0	27.8	38.9	27.8	5.6	100.0
	Mm	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	15	99	3	117
%	12.8	84.6	2.6	

Prueba del signo  $p=.008$

Am=Ayudó mucho Ay=Ayudó Fi=Fue indiferente M=Molestó Mm=Molestó mucho

**Cuadro 27. Apariencia de los dientes y vida romántica.  
\*Porcentaje de renglon. (Rubro Desempeño)**

							<u>Después</u>
<u>Antes</u>		Am	Ay	Fi	M	Mm	
	Am	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100
	Ay	25.0	75.0	0.0	0.0	0.0	100
	Fi	0.0	2.3	97.7	0.0	0.0	100
	M	0.0	26.3	21.1	52.6	0.0	100
	Mm	0.0	50.0	0.0	50.0	0.0	100

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	16	101	0	117
%	13.7	86.3	0.0	

Prueba del signo  $p < .0001$

Am=Ayudó mucho Ay=Ayudó Fi=Fue indiferente M=Molestó Mm=Molestó mucho

**Cuadro 28. Dolor dental o de la ATM y vida romántica.  
\*Porcentaje de renglon(Rubro Desempeño)**

							<u>Después</u>
<u>Antes</u>		Ex	Mu	Md	P	N	
	Ex	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100
	Mu	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100
	Md	0.0	0.0	22.2	33.3	44.4	100
	P	0.0	14.3	14.3	28.6	42.9	100
	N	0.0	0.0	0.0	2.2	97.9	100

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	13	98	6	117
%	11.1	83.8	5.1	

Prueba del signo  $p=0.1671$

Ex=Extremadamente Mu=Mucho Md=Moderadamente P=Poco N=Nada

**Cuadro 29. Función de los dientes como comer y hablar afectó su vida romántica. \*Porcentaje de renglon. (Rubro Desempeño)**

							<u>Después</u>
<u>Antes</u>		Am	Ay	Fi	M	Mm	
	Am	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	100.0
	Ay	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0
	Fi	0.0	8.2	91.8	0.0	0.0	100.0
	M	0.0	9.1	63.6	27.3	0.0	100.0
	Mm	0.0	33.3	33.3	33.3	0.0	100.0

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	19	97	19	117
%	16.2	82.9	16.2	

Prueba del signo  $p < .001$

Am=Ayudó mucho Ay=Ayudó Fi=Fue indiferente M=Molestó Mm=Molestó mucho

**Cuadro 30. Dolor dental o de ATM y tiempo de dormir. \*Porcentaje de renglon. (Rubro Desempeño)**

							<u>Después</u>
<u>Antes</u>		Ex	Mu	Md	P	N	
	Ex	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100
	Mu	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	100
	Md	0.0	0.0	0.0	50.0	50.0	100
	P	0.0	0.0	6.3	25.0	68.8	100
	N	0.0	1.1	0.0	1.1	97.9	100

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	18	96	3	117
%	15.4	82.1	2.6	

Prueba del signo  $p = 0.0015$

Ex=Extremadamente Mu=Mucho Md=Moderadamente P=Poco N=Nada

Cuadro 31. Dolor dental o de la ATM y estrés.

\*Porcentaje de renglon. (Rubro Desempeño)

		<u>Después</u>					
<u>Antes</u>		Ex	Mu	Md	P	N	
	Ex	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100
	Mu	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100
	Md	0.0	0.0	0.0	85.7	14.3	100
	P	0.0	0.0	0.0	40.0	60.0	100
	N	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	17	100	0	117
%	14.5	85.5	0.0	

Prueba del signo  $p < 0.0001$

Ex=Extremadamente Mu=Mucho Md=Moderadamente P=Poco N=Nada

Cuadro 32. Ayuda de los dientes a sentirse confiado.

\*Porcentaje de renglon. (Rubro Desempeño)

		<u>Después</u>					
<u>Antes</u>		Am	Ay	Fi	M	Mm	
	Am	75.0	25.0	0.0	0.0	0.0	100.0
	Ay	15.8	73.7	10.5	0.0	0.0	100.0
	Fi	1.5	19.7	78.8	0.0	0.0	100.0
	M	4.0	40.0	20.0	32.0	4.0	100.0
	Mm	0.0	0.0	0.0	66.7	33.3	100.0

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	35	78	4	117
%	29.9	66.7	3.4	

Prueba del signo  $p = < .001$

Am=Ayudó mucho Ay=Ayudó Fi=Fue indiferente M=Molestó Mm=Molestó mucho

Cuadro 33. Sentimiento de vergüenza por apariencia dental.  
\*Porcentaje de renglon. (Rubro Desempeño)

							<u>Después</u>
<u>Antes</u>		Ex	Mu	Md	P	N	
	Ex	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100
	Mu	0.0	22.2	44.4	22.2	11.1	100
	Md	0.0	13.3	20.0	60.0	6.7	100
	P	0.0	0.0	41.2	17.7	41.2	100
	N	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	24	84	9	117
%	20.5	71.8	7.7	

Prueba del signo  $p = 0.0135$

Ex=Extremadamente Mu=Mucho Md=Moderadamente P=Poco N=Nada

Cuadro 34. Satisfacción con la condición de la encía.  
\*Porcentaje de renglon. (Rubro Comodidad)

							<u>Después</u>
<u>Antes</u>		Ms	S	Mm	I	Mi	
	Ms	91.7	8.3	0.0	0.0	0.0	100
	S	21.6	78.4	0.0	0.0	0.0	100
	Mm	0.0	88.4	11.6	0.0	0.0	100
	I	7.7	76.9	15.4	0.0	0.0	100
	Mi	8.3	66.7	16.7	0.0	8.3	100

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	70	46	1	117
%	59.8	39.3	0.9	

Prueba del signo  $p < 0.0001$

Ms= Muy Satisfecho S= satisfecho Mm= Más o menos I= Insatisfecho Mi= Muy insatisfecho

Cuadro 35. Sangrado de encía.\*Porcentaje de renglon.  
(Rubro Comodidad)

		<u>Después</u>		
		Si	No	
<u>Antes</u>	Si	88.2	11.8	100
	No	0.0	100	100

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	4	113	0	117
%	3.4	96.6	0.0	

Prueba del signo  $p=.125$

Cuadro 36. Sensibilidad dental al comer o beber  
alimentos fríos o ácidos.  
\*Porcentaje de renglon.(Rubro Comodidad)

		<u>Después</u>		
		Si	No	
<u>Antes</u>	Si	100	0.0	100
	No	0.0	100	100

	Mejor	Igual	Peor	Total
N	0	117	0	117
%	0.0	100	0.0	

Prueba de signo  $p= 1.00$

## DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación indican que hubo muchos cambios para beneficio en la mayoría de las escalas medidas. Es importante recordar que la prueba de signo utilizada para el análisis estadístico, pregunta si hubo cambios para bien o para mal en los pacientes en vez de preguntar si mejoraron o empeoraron.

Los valores que se obtuvieron en relación con la utilización del servicio y la distribución por edad y sexo de los pacientes examinados fue similar, aunque habría sido de esperarse una mayor demanda de atención dental por parte de las mujeres. Esto por varias razones entre las que destaca, una mayor exigencia de atención preventiva, la relación de las mujeres con el sistema de atención a la salud, la influencia social sobre ellas en relación con su salud y a que en cualquier grupo étnico las mujeres tienen mayor expectativa de vida que los hombres.

Al contrastar los datos entre ambos sexos, se encontró que el sexo femenino tiende a demandar más atención a la salud especialmente en lo que se refiere a tratamientos restauradores que, actualmente, se consideran como procedimientos estéticos. Esto no quiere decir que los hombres no demanden estética sino simplemente señalar el mayor consumo de cuidados a la salud por parte de las mujeres.

También las mujeres se mostraron más satisfechas con la apariencia dental que los hombres después del tratamiento, con altos porcentajes de ambos grupos que se mantuvieron sin cambio alguno. De igual manera, tanto las mujeres como los hombres muestran porcentajes altos de satisfacción en relación con su capacidad de masticación de los alimentos y mantener una dieta diaria común, esto es, no recurrir a alimentos predominantemente blandos por problemas con los dientes. Estos resultados podrían indicar, especialmente en el grupo de mayor edad tanto para hombres como mujeres, que el deterioro de la salud dental ya sea por edad o por otras condiciones dentales, no ha llegado a ser grande por lo que se conserva una dentición natural apta para estas funciones.

En las variables donde si hubo cambios significativos entre hombres y mujeres, específicamente apariencia y dolor y contacto con la gente, es de llamar la atención como estas condiciones afectan el intercambio social con otras personas. Aunque no sabemos el tiempo transcurrido con esta limitante. Cabe señalar aquí, que la población estudiada vive en zonas urbanas pero con diferente grado de escolaridad, por lo que sería interesante determinar, en un futuro cercano, las diferencias que pudieran existir entre diferentes clases sociales con respecto a estas mismas variables.

En relación con la capacidad de trabajar, afectada por dolor y apariencia dental, los hombres más que las mujeres, no obtuvieron beneficio, datos que podrían ser explicados porque hay más hombres trabajando que mujeres. Sin embargo estos datos no fueron significativos.

Por otro lado el que ambos grupos no hayan requerido un tipo de tratamiento complejo independientemente de la edad, es un buen dato que pudiera interpretarse de varias formas. Una de ellas podría ser que la actitud de la gente hacia el cuidado y atención de su salud bucal es mejor en la sociedad actual, tratando de lograr con este comportamiento una mejor calidad de vida.

Los datos obtenidos después del tratamiento en los rubros Apariencia, Comodidad, Dolor, Desempeño y Restricción al comer donde se explica que el cambio que se dio para bien fue debido a la intervención clínica, son alentadores tanto para el género femenino como masculino.

El que más del veinte por ciento, entre hombres y mujeres, haya estado más satisfecho con la apariencia de sus dientes, después del tratamiento, es un indicador de que las necesidades sentidas del paciente se han satisfecho y de que el servicio de atención a la salud bucal es efectivo. Sin embargo, hay que considerar que aunque este porcentaje no es muy elevado, el porcentaje de los que no obtuvieron beneficio fue menor a dos por ciento.

Un porcentaje similar al mencionado anteriormente se obtuvo en la variable de evitar reír abiertamente para no mostrar los dientes. Aquí prácticamente el diecinueve por ciento se benefició después del tratamiento. Hay que resaltar que más de setenta y dos por ciento de los individuos que dijeron que algunas veces evitaban reír abiertamente, también se beneficiaron de los procedimientos dentales realizados en su boca.

En la dimensión de Comodidad, porcentajes relativamente altos de pacientes mejoraron en cuanto a restos de comida atrapadas entre los dientes y en lo que respecta a mal aliento. Dado que la presencia en la boca de restauraciones dentales mal ajustadas o fracturadas o que simplemente llevan muchos años de haber sido colocadas perdiendo características físicas, la presencia de lesiones cariosas y de enfermedad periodontal contribuyen directamente para la manifestación de estas variables, se puede explicar el mayor beneficio que el tratamiento dental brindó a estos pacientes en lo que respecta a estas variables.

Lo interesante en este punto sería medir el tiempo en que la reincidencia de la enfermedad o la restauración dental terminada, cumple su función en la boca del paciente antes de que pudiera ser el factor que contribuye nuevamente a la presencia de mal aliento o a restos de comida atrapados entre los dientes. De hecho esta es una medida, de varias, para determinar la eficiencia de un servicio de atención a la salud.

En relación a dolor dental espontáneo o al producido por cambios térmicos, es interesante observar que porcentajes ligeramente por abajo y por arriba del cincuenta por ciento de los pacientes que originalmente presentaban este tipo de dolor, se beneficiaron del tratamiento ya que no reportaron dolor después del mismo. El dato es alentador porque podría explicar una actitud preventiva por parte de los individuos afectados por la dolencia. Estos datos ayudan a reflexionar acerca de la importancia de la educación y promoción a la salud que, lamentablemente en nuestra sociedad es muy escasa por no decir inexistente.

Hay que recordar, sin embargo, que la incapacidad de trabajar por dolor dental puede ser alta en distintos grupos sociales. En este grupo de estudio el diecisiete por ciento de los

individuos obtuvieron beneficio en relación con esta variable y el ochenta por ciento no mostró cambio alguno o siguieron igual que al inicio del tratamiento.

Generalmente los individuos que ven afectada su capacidad de trabajo por dolor dental, no logran tener un descanso adecuado por las noches lo que les impide dormir tranquilamente y también se encuentran estresados. Un porcentaje de individuos similar al anterior se benefició del tratamiento dental, ya que más del quince por ciento obtuvieron beneficio en esta variable y pudieron dormir mejor y solamente menos del tres por ciento no se beneficiaron con respecto al descanso. También es alentador el dato de que después del tratamiento, más del catorce por ciento de los pacientes se beneficiaron del mismo, y reportaron no sentir estrés y ninguno de los pacientes reportó sentirse mal.

En relación con la gingivitis, la enfermedad periodontal con mayor prevalencia a escala mundial, se observaron resultados igualmente alentadores, ya que el sesenta por ciento de los pacientes tratados obtuvieron beneficio sobre todo en aquellos pacientes que al inicio del estudio habían reportado mayor insatisfacción. Estos datos refuerzan la idea de que las diferentes enfermedades que afectan el periodonto se pueden prevenir haciendo mayor énfasis en la promoción y educación a la salud.

El sentimiento de vergüenza por la apariencia dental, expresado individualmente, es algo para considerar con más detenimiento. Es probable que dependiendo del nivel sociocultural la expresión de este sentimiento sea muy variada, por lo que es importante señalar que en este grupo de individuos un poco más del veinte por ciento se benefició del tratamiento siendo éstos los que originalmente habían manifestado tener vergüenza moderada o mucha por su apariencia dental.

De aquí la importancia de los indicadores sociodentales y su aplicación en diferentes grupos sociales, especialmente en niños y adolescentes, para determinar su desempeño del rol social y como se ve afectado este por las condiciones de salud dental.

Sin embargo, existen argumentos para cuestionar este tipo de “diseños de estudio” acerca del impacto de la salud en la calidad de vida.

Un argumento principal es el que establece una manera “funcional” y una “hermenéutica” en la investigación de la calidad de vida relacionada a la salud, donde la manera funcional que es la más utilizada, busca medir esas características basada en la hipótesis preconcebida, de la relevancia para todos los individuos de la calidad de vida relacionada a la salud.

Se argumenta que la manera funcional es inapropiada porque algunos de los rubros o preguntas, que son incluidos en las escalas de medición, son cuestionados acerca de su pertinencia o su relevancia para todos los individuos. Como en el rubro Desempeño.

En contraste al punto de vista funcionalista, el punto de vista hermenéutico mide el significado y la significancia de salud- enfermedad en la calidad de vida del individuo. Explora como el individuo construye fenómenos subjetivos, tales como la calidad de vida, sin una noción preconcebida de las dimensiones o dominios de la misma.

Esta escuela de pensamiento refleja el punto de vista de los fenomenólogos que argumentan que, la calidad de vida relacionada a la salud, es dependiente de la interpretación y percepción del individuo y que, la lista de características o rubros o dimensiones usadas en las escalas para medir la calidad de vida, es inapropiada porque éstas no capturan la subjetividad humana y los procesos de interpretación.(86)

El desarrollo del método sociodental Impacto Dental sobre las Actividades de la Vida Diaria, instrumento de medición utilizado en este estudio, contempla la definición contemporánea que involucra tanto el aspecto clínico como el subjetivo. Aunque el estado dental clínico tiene correlaciones no muy sólidas con el impacto subjetivo, algunas de ellas son significativas. Aquellas variables que podrían tener correlaciones significativas, rubro Desempeño o Apariencia, podrían ser usadas para entender características clínicas y sociales de las personas que experimentan problemas dentales.

Leao y Sheiham señalan una asociación significativa, aunque débil, entre el estado bucal y las medidas socio-psicológicas. Se espera, en ciertas condiciones, asociaciones débiles entre indicadores clínicos e indicadores subjetivos de salud bucal. (87)

Los datos obtenidos de los pacientes que acudieron a la clínica y que participaron en el estudio, muestran que el total de los mismos viven en zonas urbanas, que provienen de diferentes condiciones económicas y que muestran distintos niveles culturales. Los rubros Apariencia, Dolor y Desempeño podrían tener un diferente significado en relación con las características personales mencionadas.

Esto ha sido señalado por Slade y colaboradores, donde las actitudes y percepciones basadas en factores culturales en poblaciones urbanas podrían influir sobre la expectativa individual de incomodidad hacia las condiciones bucales, determinando por lo tanto si éstas conducen a actitudes ya sea de vergüenza o de la disminución de la interacción social. (88)

Ha habido una “pausa” en la investigación clínica usando medidas del estado de salud bucal para evaluar el resultado (outcome) de la intervención clínica. De hecho no se encontró en la literatura algún reporte utilizando el diseño clínico antes –después en procedimientos clínicos de corta duración. Los estudios clínicos existentes se han enfocado a comparar el resultado de remplazar dientes naturales con restauraciones protésicas retenidas con implantes dentales. Aunque el diseño pudiera ser similar al utilizado en este estudio, persiste la variante de la complejidad del tratamiento clínico en esos estudios.(89)

Una razón que pudiera explicar la falta de utilización generalizada de estas medidas en la clínica es la gran cantidad de preguntas en la gran mayoría de instrumentos o cuestionarios actualmente disponibles. Los individuos que participaron en este estudio se llevaron de 15 a 17 minutos aproximadamente para llenar el cuestionario con, en ciertos casos, la queja del alumno por el tiempo perdido de clínica para el o ella. Se deben llevar a cabo estudios para acortar los instrumentos de medición siempre y cuando se conserven características tan importantes como viabilidad y precisión.

Existe un número de razones por las cuales estas medidas no son utilizadas por profesionales de la salud que no estuvieron involucrados en su desarrollo. Mientras que todas las medidas parecen estar bien validadas y basadas en conceptos teóricos sólidos, algunos problemas prácticos permanecen. Por ejemplo ¿cuál de estas medidas o instrumentos utilizar? Determinar cual instrumento utilizar no es muy claro ya que no existe trabajo sustantivo para comparar el comportamiento o ejecución relativa de varias medidas en el muy amplio rango de situaciones clínicas. Esto sería de muchísima utilidad para el clínico que espera utilizar estas medidas para evaluar el resultado de los procedimientos clínicos llevados a cabo en el paciente.(90)

La expectativa del clínico de contar con instrumentos de medición más cortos, como se mencionó anteriormente, impone principalmente la gran desventaja desde el punto de vista de las propiedades psicométricas, de que la sensibilidad disminuye conforme las preguntas son removidas.

Actualmente las medidas que usan la importancia o peso para permitir que la severidad de un impacto sea descrita, son probablemente las mejores medidas para medir el resultado. Los métodos de conteo basados en conteo ordinal son factibles de producir resultados desviados especialmente cuando el rango de posibles respuestas es pequeño. Sin embargo esto no quiere decir, que la contribución de la importancia o peso del desempeño de las medidas del estado de salud no haya sido cuestionado.(90)

Allen y Locker (91) encontraron que la validez discriminativa y predictiva del instrumento de medición conocido como Índice del Impacto de la Salud Bucal, fueron moderadamente mejoradas por la importancia o peso. Este hallazgo concuerda con el encontrado por Leao y Sheiham para el instrumento Impacto Dental sobre las Actividades de la Vida Diaria utilizado en este estudio.

Por lo tanto, se puede decir que, dada la situación de las cosas actualmente, el peso o la importancia incrementa la complejidad del uso e interpretación de las medidas del estado de salud. Esto es muy probable que actúe como un impedimento para el uso de estas medidas en situaciones clínicas. Los problemas que necesitan ser resueltos son si los métodos para desarrollar pesos apropiados, son rangos de peso lo suficientemente amplios para discriminar o si los pesos son de algún beneficio después de todo.

Finalmente, los resultados de esta investigación deben ser tomados con cautela debido a lo arriba descrito y a dos factores principales. El primero tiene que ver con el cuestionario utilizado, ya que no se llevó a cabo la validación del mismo. La razón de esto fue que se consideró que las preguntas que conforman el cuestionario son adecuadas de hacerse o aplicarse a la población estudiada. Esto fue confirmado durante la prueba piloto ya que no se observó ningún problema en la comprensión de las preguntas por lo que se aceptó la pertinencia de las mismas. Sin embargo, en el rubro apariencia, la pregunta acerca de la satisfacción con la posición de los dientes podría resultar inadecuada ya que no se llevó a cabo ningún tratamiento para corregir la supuesta malposición dentaria presente, por lo que en este sentido hay sesgo en los resultados de esta pregunta.

Como segundo factor, el número de sujetos en el estudio podría influir también en los resultados. Aunque el número de sujetos que participaron en el estudio puede considerarse adecuado y, más del cincuenta y dos por ciento contestó la segunda aplicación del cuestionario, el número de individuos no se compara con los más de cuatrocientos que se han reportado en estudios descriptivos. Sin embargo en un estudio llevado a cabo en Inglaterra y Escocia donde se utilizó el Perfil del Impacto en Salud Bucal (OHIP por sus siglas en inglés), antes y después de haber colocado dentaduras totales, la población en estudio fue de solo cincuenta y ocho sujetos (92).

Como conclusión se puede decir que, dado que la mayoría de la atención dental es dirigida hacia enfermedades que rara vez ponen en peligro la vida del individuo, cada vez es mayor la necesidad de reconocer la importancia de evaluar el impacto de la atención dental sobre la calidad de vida. Enfocar y mantener en perspectiva los resultados de la atención a la salud es, actualmente, esencial para los profesionales de la salud. La efectividad de los servicios dentales en lograr resultados de salud deseados por los individuos y la sociedad, no puede ser simplemente asumido, sino que debe ser demostrado a los pacientes, la comunidad y, principalmente, a las autoridades de salud.

## RECOMENDACIONES

La comprensión del impacto de la salud bucal deteriorada, o por el contrario de un excelente estado de salud, y de los procedimientos o sistemas de atención a la salud sobre como vive la gente y sus actividades sociales diarias, presenta un caudal de oportunidades de investigación.

A pesar que las medidas relacionadas a la salud y la calidad de vida han contribuido ya ampliamente al conocimiento en este tema, un número de importante metas en áreas relacionadas permanece por ser explorado.

Se recomiendan entre otras:

1. Medir y comparar el estado de salud y la calidad de vida en diferentes poblaciones con distintos sistemas de atención a la salud.
2. Medir y comparar el estado de salud y la calidad de vida en subgrupos de personas y categorías de enfermedad.
3. Determinar los beneficios y efectos colaterales de medidas preventivas o terapéuticas y su influencia en la medición del resultado(outcome) en ensayos clínicos sobre la calidad de vida y las actividades de la vida diaria.
4. Fortalecer los fundamentos para la toma de decisiones que los administradores de la salud, los clínicos, las instituciones educativas y, sobre todo, los consumidores de la salud necesitan hacer sobre la salud y sus actividades de la vida diaria.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. WHO Technical Report Series, No. 625 1978 Financing of Health Services Report of a Study Group pp. 24-26
2. Willcocks A.J. Dental Health and Changing Society In: Dental Public Health Wright 1981 pp. 2-6
3. Gray P.G., Todd J.E., Slack G.L., Bulman J.S. 1970 Adult Dental Health in England and Wales in 1968 London HMSO pp. 16-18
4. Reisine S.T. The Economic, Social and Psychological Impact of Oral Health Conditions, Disease and Treatments. In: Social Science and Dentistry. Federation Dentaire Internationale 1984 pp. 396-405
5. Nikias M., Bailit H., Beck J., Cohen L.K., Conrad D., Giddon D., Reisine S., Sheiham A. 1979 Progress Report to WHO/Oral Research Advisory Group pp. 37
6. Albreth G. The negotiated diagnosis and treatment of occlusal problems. Soc Sci Med 1977 (11) 277-283
7. Cohen L.K., Jago J.D. Toward the formulation of socio dental indicators. Int. J. Health Ser. 1976, 6: 681-698
8. Fuller J.F. Dental and Oral Health: A community and professional enigma. Int Dent J. 1978; 74: 4-20
9. Reisine S. Theoretical considerations in formulating socio dental indicators. Soc Sci Med 1980; 15: 745-750
10. Psychological problems of patients with head and neck cancer. J Prosthet Dent 1978; 39: 68-73
11. Sable R.K. Sociologic and psychologic considerations in special patient care. Dent Clin No Am 1974; 18: 545-556
12. Sullivan D. Conceptual problems in developing an index of health. 1976 USDHHS Series 2 No. 7
13. Rosenstock I.M. Historical origins of the Health Belief Model. Health Educ Monogr 1974; 2: 328-335
14. Blinkhorn A.S. Factors affecting the compliance of patients with preventive dental regimens. Int Dent J 1993; 43: 3 294-298

15. Reisine S., Litt M. Social and psychological theories and their use for dental practice. *Int Dent J* 1993; 43:3 279-287
16. Locker D. The Social and Psychological Consequences of Oral Disease In: *Introduction to Behavioural Science and Dentistry*. Tavistock/Routledge 1989 pp. 88-101
17. WHO: Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York 19-22 June, 1946
18. McKinstry B. Paternalism and the doctor- patient relationship in general practice. *Br J Gen Pract* 1992 42: 340-342
19. Detmar S.B., Muller M.J. Health related quality of life assesment and patient-physician communication: A randomized control trial. *JAMA* 2002; 288: 3027-3034
20. Culyer A. Need, is a consensus posible? *J Med Ethics* 1998; 24: 77-80
21. Asadi-Lari M., Packham C., Gray D. Need for redefining needs. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1 (34)
22. Parry-Jones B., Soulsby J. Needs led assesment the challenges and the reality. *Health and Soc* 2001; 9: 414-428
23. Wen K.Y., Gustafson D.H. Needs assesment for cancer patients and their families. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2 (11)
24. Ware J.E., Davies-Avery A., Stewart A.L. The measuring and meaning of patient satisfaction. *Health Med Care Serv Rev* 1978; 1: 3-15
25. Aharony L., Strasser S. Patient satisfaction. What we know about and what we need to explore. *Med Care Rev* 1993; 50: 49-79
26. Von Essen L., Larson G., Oberg K., Sjoden P.O. Satisfaction with care: Associations with health related quality of life and phsycological functions among swedish patients with endocrine gastrointestinal tumors. *Eur J Cancer Care* 2002; 11: 91-99
27. Pascoe G.C. Patient satisfaction in primary health care. A literary review and análisis. *Eval Program Plann* 1983; 6: 185-210
28. Guldvog B. Can patient satisfaction improve health among patients with angina pectoris? *Int J Qual Health Care* 1999; 11: 233-240
29. Donabedian A. The quality of care. How can it be assesed? *JAMA* 1988; 260: 1743-1748
30. Marquis M.S., Davies A.R., Ware J.E. Patient satisfaction and change in medical care provider: A longitudinal study. *Med Care* 1983; 21: 821-829

31. Oldridge N. Predictors of health related quality of life with cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. *J Cardiopulm Rehabil* 1998 18: 95-103
32. Thompson D.R., Meadows K.A., Lewin R.J. Measuring quality of life in patients with coronary heart disease. *Eur Heart J* 1998; 19: 693-695
33. Nabati L., Shea N., McBride L., Gavin C., Bauer M.S. Adaptation of a simple patient satisfaction instrument to mental health: Psychometric properties. *Psychiatry Res* 1998; 77: 51-56
34. Bredart A., Razavi D., Robertson C., Batel-Copel L., Larsson G. A comprehensive assessment satisfaction with care: Preliminary psychometric analysis in french, polish, swedish and italian oncology patients. *Patient Educ Couns* 2001 43: 243-252
35. Munro H.B. Statistical methods for Health care research. 4th. ed. Philadelphia, Lippincot, Williams and Wilkins 2001
36. Kravitz R.L. Measuring patients expectations and requests. *Ann Inter. Med* 2001; 134: 881-888
37. Mossey J.M., Shapiro E. Self rated health: A predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health* 1982; 72: 800-808
38. Patrick D.L., Deyo R.A. Generic and disease specific measures in assessing health status and quality of life. *Med Care* 1989; 27: 217-232
39. Assadi-Lari M., Packham C., Gray D. Is quality of life measurement likely to be a proxy for health needs assesment in patients with coronary artery disease? *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1 (50)
40. Assadi-Lari M., Packham C., Gray D. Patients satisfaction and quality of life in coronary artery disease *Health Qual Outcomes* 2003 1 (57)
41. Allen P.F. Assesment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes* 2003 1 (40)
42. Van den Boss G.A., Triemstra A.H. Quality of life as an instrument for needs assesment and outcome assesment of health care in chronic patients. *Qual Health Care* 1999; 8: 247-252
43. Rumsfeld J.S., MaWhiney S., McCarthy M., Shroyer A.L., Villanueva C.B., O'Brien M., Mortiz T.E., Henderson W.G., Grover F.L., Sethi G.K. Health related quality of life as predictor of mortality following coronary artery bypass graft surgery. *JAMA* 1999; 281: 1298-1303

44. Spertus J.A., Dewhurst T.A., Dougherty C.M., Nichol P., McDonell M., Bliven B., Fihn S.D. Benefits of an "angina clinic" for patients with coronary artery disease: A demonstration of health status measures as markers of health care quality. *Am Heart J* 2002; 143: 145-150
45. Spertus J.A., Winder J.A. Dewhurst T.A., Deyo R.A., Prodzinski J., McDonell M., Fihn S.D. Development and evaluation of Seattle angina questionnaire: A new functional status measure for coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol* 1995; 25: 333-341
46. Brown N., Melville M., Gray D., Young T., Munro J., Skene A.M., Hampton J.R. Quality of life four years after acute myocardial infarction: Short form 36 scores compared with a normal population. *Heart* 1999; 81: 352-358
47. Leplege A., Hunts S. The problem of quality of life in medicine. *JAMA* 1997 278: 47-50
48. Osse B.H., Vernooij-Dassen M.J. de Vree B.P., Schade E., Grol R.P. Assessment of the need for palliative care as perceived by individual cancer patients and their families. A review of instruments for improving patient participation in palliative care. *Cancer* 2000; 88: 900-911
49. U.S. Public Health Service, National Center for Health Statistics. Edentulous Persons, United States 1971. DHEW Publication No (HRA) 74-1516 Series 10, No 89 Government Printing Office 1974
50. Locker D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: *Measuring Oral Health and Quality of Life*. Chapel Hill, University of North Carolina. *Dental Ecolog* 11-24
51. Allison P.J., Locker D., Feine S.S. Quality of life: A dynamic construct. *Social Science and Medicine* 1997; 45: 221-230
52. Helkimo M. Studies of function and dysfunction in the masticatory system. II Index for anamnestic and clinical dysfunction and occlusal state. *Swed Dent Journal* 1974; 67: 101-119
53. Ainamo J., Barmes D., Beagrie G., Cutress T., Martín J., Sarco-Infirri J. Development of the World Health Organization (WHO) Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN). *Int Dent J.* 1982; 32: 281-291
54. Cohen L.K. The emerging field of oral health related quality of life outcomes research.. In: *Measuring Oral Health and Quality of Life* Chapel Hill University of North Carolina *Dental Ecolog* 1997
55. Davis P. Culture, inequality and pattern of dental care in New Zeland. *Social Science and Medicine* 1981; 15<sup>a</sup>: 801-805

56. Locker D. The burden of oral disorder in a population of older adults. *Community Dental Health* 1992; 9: 109-124
57. Locker D., Slade G.D. Association between clinical and subjective indicators of oral health status in an older adult population. *Gerodontology* 1994; 11: 108-114
58. Wilson I.B., Cleary P.D. Linking clinical variables with health related quality of life: A conceptual model of patients outcomes. *J Am Med Assoc* 1995; 273: 59-65
59. Locker D. Measuring oral health: A conceptual framework. *Community Dental Health* 1988; 5: 3-18
60. World Health Organization. International classifications of Impairments, Disabilities and Handicaps. Geneva WHO 1980
61. Reisine S. Dental disease and work loss. *J Dent Res* 1984; 63: 1158-1161
62. Gift H., Reisine S., Larach D. The social impact of dental problems and visits. *Am J Public Health* 1989; 82: 1163-1168
63. Reisine S.T., Fartig S., Weber J., Leder S. Impact of dental conditions on patient's quality of life. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1989; 17: 7-10
64. Locker D. Social and psychological consequences of oral disorders. In: *Turning society into action*. Manchester 1995
65. Fitzpatrick R., Fletcher A., Gore D., Spiegelhalter D., Cox D. Quality of life measures in health care. Applications and issues in assesment. *BMJ* 1992; 305: 1074-1077
66. Slevin M.L., Plant H., Lynch D. Who should measure the quality of life, the doctor or the patient? *British Journal of Cancer* 1998; 57; 109-112
67. Slade G.D., Spencer A.J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health* 1994; 11: 3-11
68. Locker D., Miler Y. Evaluation of subjective oral health status indicators. *J Public Health Dent* 1994; 54: (3) 167-76
69. Allen P.F., McMillan A.S., Locker D. An assesment of the responsivness of the Oral Health Impact Profile in a clinical trial. *Comm Dent Oral Epidemiol* 2001; 29: 175-182
70. Bowling A. *Measuring disease. A review of disease specific quality of life measurements scales*. Open University Press 1995
71. Locker D. Issues in measuring change in self –percieved oral health status. *Community Dent and Oral Epidemiol* 1998; 26: 41-7

72. Cohen L.K., Jago T.D. Toward formulation of socio-dental indicators. *International Journal of Health Services*. 1976; 6: 681-698
73. Reisine S. Dental health and public policy: The social impact of dental disease. *Am J Public Health* 1985; 74: 27-30
74. Bergner M., Bobbit B., Carter W.B., Wilson B.S. The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure. *Medical Care* 1981; 19: 787-805
75. Nikias M. Oral disease and the quality of life. *Am J Public Health* 1985; 75: 11-12
76. Atchinson K.A., Dolan T.A. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ* 1990; 54: 680-687
77. Cushing A., Sheiham A., Maisels J. Developing socio-dental indicators-the social impact of dental disease. *Community Dental Health* 1986; 3: 3-17
78. Locker D., Miller Y. Evaluation of subjective oral health status indicators. *J Public Health Dent* 1994; 54: 167-176
79. Strauss R., Hunt R. Understanding the value of teeth to older adults: Influences on the quality of life. *J Am Dent Assoc* 1993; 124: 105 –110
80. Slade G.D., Spencer A.J. Development and Evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dental Health* 1994; 11: 3-11
81. Leao A., Sheiham A. The development of a socio-dental measure of Dental Impacts on Daily Living. *Community Dental Health* 1996; 13: 22-26
82. Adulyanon S., Sheiham A. Oral Impacts on Daily Performances. In: *Measuring Oral Health and Quality of Life* Chapel Hill, University of North Carolina. Dental Ecology 1997
83. Klinkenber-Knol E., Festen H.P., Jansen J.B. Long term treatment with Omeprazole for refractory reflux esophagitis: Efficacy and safety. *Ann Intern Med* 1994; 121: 161-167
84. Weiss J.S., Ellis C.N., Headington J.T., Tincoff T., Hamilton T.A., Voorhees J.J. Topical Tretinoina improves photoaged skin. A double blind vehicle-controlled study. *JAMA* 1988 259: 527-532.
85. Feinstein A.R. Non Parametric Rank Test. In: *Principles of Medical Statistics*. Chapman & Hall/CRC 2002 pp.269-291
86. McGrath C., Bedi R. Measuring the impact of oral health on life quality in two national surveys.--functionalist vs. hermeneutic approaches. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30: 254-9

87. Leao A., Sheiham A. Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. *J Dent Res* 1995; 74(7): 1408-1413
88. Slade G.D., Spencer A.J., Locker D., Hunt R.J., Strauss R.P., Beck J.D. Variations in the social impact of oral conditions among older adults in south Australia, Ontario and North Carolina. *J Dent Res* 1996; 75: 1439-1450
89. Allen P.F., McMillan A.S. A longitudinal study of quality of life outcomes in older adults requesting implant prostheses and complete removal dentures. *Clinical Oral Implants Research* 2003; 14: 173-179
90. Streiner D., Norman G. *Health Measurements Scales: A practical guide to their development and use.* Open University Press Oxford 1989
91. Allen P.F., Locker D. Do item weights matter? An assessment using the Oral Health Impact Profile. *Community Dental Health* 1997; 14: 133-138
92. Forgie A.H., Scott B J., Davis D.M. A study to compare the Oral health impact profile and satisfaction before and after having replacement complete dentures in England and Scotland. *Gerodontology* 2005; 22(3): 137-42

## ANEXO

## VARIABLES Y SU RELACIÓN CON ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

DIMENSIONES	VARIABLES	DEFINICIÓN	VARIABLE DEPENDIENTE/ INDEPENDIENTE	ESCALA DE MEDICIÓN
COMODIDAD	Halitosis	¿Ha tenido usted mal aliento por algún problema en su boca?	Dependiente	Ordinal
COMODIDAD	Encía sangrante	¿Le ha sangrado su encía?	Dependiente	Ordinal
COMODIDAD	Comida atrapada entre los dientes	¿Ha tenido usted problemas con restos de comida atrapados entre los dientes?	Dependiente	Ordinal
COMODIDAD	Diente flojo	¿Ha tenido usted algún diente flojo?	Dependiente	Ordinal
COMODIDAD	Satisfacción con la encía	¿Qué tan satisfecho ha estado usted con su encía?	Dependiente	Ordinal
COMODIDAD	Sensibilidad por encía retraída	¿Ha tenido usted sensibilidad en sus dientes, cuando ha comido o ha bebido algo frío o ácido, debido a que su encía se ha retraído?	Dependiente	Ordinal
COMODIDAD	Preocupación por dientes, prótesis parcial o total	¿Le han molestado o preocupado sus dientes con algún problema?	Dependiente	Ordinal

APARIENCIA	Satisfacción con los dientes	¿Qué tan satisfecho ha estado usted con sus dientes?	Dependiente	Ordinal
APARIENCIA	Satisfacción con la apariencia de los dientes?	¿Qué tan satisfecho ha estado usted con la apariencia de sus dientes?	Dependiente	Ordinal
APARIENCIA	Satisfacción con color de los dientes	¿Qué tan satisfecho ha estado usted con el color de sus dientes?	Dependiente	Ordinal
APARIENCIA	Satisfacción con posición de los dientes	¿Qué tan satisfecho ha estado usted con la posición de sus dientes?	Dependiente	Ordinal
DOLOR	Dolor espontáneo	¿Ha tenido usted algún dolor espontáneo?	Dependiente	Ordinal
DOLOR	Cambio de comida debido a dolor	¿Ha tenido usted que cambiar el tipo de comida desde que comenzó este dolor?	Dependiente	Ordinal
DOLOR	Dolor con alimentos fríos o calientes	¿Ha tenido usted algún dolor dental cuando ha comido o bebido alimentos fríos o calientes?	Dependiente	Ordinal
DOLOR	Dolor de la Articulación Temporo Mandibular	¿Ha tenido usted dolor de la articulación de la mandíbula?	Dependiente	Ordinal

DESEMPEÑO	Capacidad de trabajo afectada por apariencia dental	¿Qué tanto afectó la apariencia de sus dientes su capacidad de trabajar?	Dependiente	Ordinal
DESEMPEÑO	Capacidad de trabajo afectada por comer o hablar	¿Qué tanto la función de sus dientes como comer y hablar ha afectado su capacidad de trabajo?	Dependiente	Ordinal
DESEMPEÑO	Contacto con la gente afectado por apariencia dental	¿Qué tanto la apariencia de sus dientes afectó su contacto con la gente, por ejemplo salir con amigos?	Dependiente	Ordinal
DESEMPEÑO	Contacto con la gente afectado por comer y hablar	¿Qué tanto afectó la función de sus dientes, como comer o hablar, el contacto con la gente, por ejemplo, salir con amigos?	Dependiente	Ordinal
DESEMPEÑO	Contacto con la gente afectado por dolor	¿Si usted tuvo algún dolor dental que tanto afectó este dolor el contacto con la gente, por ejemplo, salir con amigos?	Dependiente	Ordinal
DESEMPEÑO	Vida romántica afectada por dolor	¿Si usted tuvo algún dolor dental que tanto afectó este dolor su vida romántica?	Dependiente	Ordinal

DESEMPEÑO	Vida romántica afectada por comer o hablar	¿Qué tanto la función de sus dientes, como comer y hablar, afectó su vida romántica?	Dependiente	Ordinal
DESEMPEÑO	Vida romántica afectada por condición dental	¿Qué tanto afectó la apariencia de sus dientes su vida romántica?	Dependiente	Ordinal
DESEMPEÑO	Autoestima afectada por condición dental	¿Le han ayudado sus dientes ha sentirse confiado?	Dependiente	Ordinal
DESEMPEÑO	Vergüenza causada por condición dental	¿Le han causado vergüenza sus dientes?	Dependiente	Ordinal
DESEMPEÑO	Evitar mostrar los dientes cuando se ríe	¿Ha evitado usted sonreír o reír abiertamente para no mostrar sus dientes	Dependiente	Ordinal
DESEMPEÑO	Satisfacción con la sonrisa	¿Qué tan satisfecho se ha sentido usted mostrar sus dientes cuando sonríe?	Dependiente	Ordinal
DESEMPEÑO	Capacidad de trabajo afectada por dolor	¿Si ha tenido usted dolor dental cuanto afectó su capacidad de trabajo?	Dependiente	Ordinal
DESEMPEÑO	Estrés debido a dolor	¿Si usted tuvo algún dolor dental que tanto estrés le ha causado este dolor?		

DESEMPEÑO	Mal dormir debido a dolor	¿Si usted tuvo algún dolor dental que tanto afectó este dolor su tiempo de dormir?	Dependiente	Ordinal
RESTRICCIÓN AL COMER	Capacidad para masticar	¿Qué tan bien ha sido usted capaz de masticar su comida sin tener alguna dificultad causada por sus dientes?	Dependiente	Ordinal
RESTRICCIÓN AL COMER	Satisfacción con la masticación	¿Qué tan satisfecho está usted con su masticación?	Dependiente	Ordinal
RESTRICCIÓN AL COMER	Capacidad para morder alimentos	¿Qué tan bien ha sido usted capaz de morder sus alimentos sin tener problemas causados por sus dientes?	Dependiente	Ordinal
RESTRICCIÓN AL COMER	Satisfacción con la mordida	¿Qué tan satisfecho está usted con su mordida?	Dependiente	Ordinal

RESTRICCIÓN AL COMER	Cambio de manera de preparación de alimentos	¿Ha tenido usted que cambiar la manera en que venía preparando sus alimentos por periodos largos, (más de tres meses), debido a algún problema con sus dientes?	Dependiente	Ordinal
RESTRICCIÓN AL COMER	Cambio de tipo de alimentos por condición dental	Ha tenido usted que cambiar el tipo de alimento, el que acostumbra comer, por periodos largos, (más de tres meses), debido a algún problema con sus dientes	Dependiente	Ordinal

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

## CUESTIONARIO

### Instrucciones:

Se realizarán algunas preguntas acerca de sus dientes. No hay respuestas correctas o incorrectas. Esta información es confidencial y no afectará el curso de su tratamiento. La participación es voluntaria y, si usted lo desea, puede decidir no responder el cuestionario. Por favor sienta la **libertad de preguntar** cualquier cosa que usted no entienda.

Usted cuenta con cinco opciones de respuesta para casi la totalidad de las preguntas en el cuestionario.

**Marque** con una **cruz**, en el espacio sobre la línea, **una respuesta solamente**. La respuesta que elija será aquella que tenga para usted, la mayor importancia relativa para cada rubro.

Por favor responda a todas las preguntas. Gracias.

1.- En general, durante los últimos tres meses ¿Que tan satisfecho ha estado usted, con sus dientes? (Rubro: Apariencia)

/ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Muy Satisfecho    Satisfecho    Mas o Menos    Insatisfecho    Muy Insatisfecho

2.- En los últimos tres meses, ¿Le han molestado sus dientes con algún problema? ¿le han preocupado? (Rubro: Comodidad)

/ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Siempre    Frecuentemente    Algunas Veces    Raramente    Nunca

3.- Durante los últimos tres meses ¿Que tan satisfecho ha estado usted con la apariencia de sus dientes? (Rubro: Apariencia)

/ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Muy Satisfecho    Satisfecho    Más o Menos    Insatisfecho    Muy Insatisfecho

4.- Durante los últimos tres meses ¿Que tan satisfecho ha estado usted con el color de sus dientes? (Rubro: Apariencia)

/ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Muy Satisfecho    Satisfecho    Más o Menos    Insatisfecho    Muy Insatisfecho

5.- Durante los últimos tres meses ¿Que tan satisfecho ha estado usted con la posición de sus dientes? (si están chuecos o no). (Rubro: Apariencia)

/ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Muy Satisfecho    Satisfecho    Más o Menos    Insatisfecho    Muy Insatisfecho

6.- Algunas personas, cuando no están satisfechas con sus dientes, evitan mostrarlos cuando sonríen. ¿ Durante los últimos tres meses ha evitado usted sonreír o reír abiertamente para no mostrar sus dientes? (Rubro: Desempeño)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Siempre    Frecuentemente    Algunas    Raramente    Nunca  
lo Evito    lo Evito    Veces lo Evito    lo Evito    lo Evito

7.- Durante los últimos tres meses ¿Qué tan satisfecho se ha sentido usted mostrar sus dientes cuando sonríe? (Rubro: Desempeño)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Muy Satisfecho    Satisfecho    Más o Menos    Insatisfecho    Muy Insatisfecho

8.- Ocasionalmente al comer, a ciertas personas se les quedan atrapados restos de comida entre los dientes, ¿Durante los últimos tres meses, ha tenido usted problemas con restos de comida atrapados entre sus dientes? (Rubro: Comodidad)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Siempre    Frecuentemente    Algunas Veces    Raramente    Nunca

9.- Algunas personas tienen mal aliento, ¿Durante los últimos tres meses ha tenido usted mal aliento por algún problema en su boca? (Rubro: Comodidad)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Siempre    Frecuentemente    Algunas Veces    Raramente    Nunca



17.- Durante los últimos tres meses, ¿Ha tenido usted algún dolor dental espontáneo? (que no haya sido causado por alguna causa específica) (Rubro: Dolor)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Sí / No

18.- Durante los últimos tres meses, ¿Ha tenido usted algún dolor dental cuando ha comido o bebido alimentos fríos o calientes? (Rubro: Dolor). *Si la respuesta es No, pase a la pregunta 20.*

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Sí / No

19.- ¿Ha tenido usted que cambiar el tipo de comida desde que comenzó este dolor? (rubro: Dolor)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Siempre / Frecuentemente / Algunas Veces / Raramente / Nunca

20.- Durante los últimos tres meses, ¿Ha tenido usted dolor de la articulación de la mandíbula? (Rubro: Dolor)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Todos los Días / Una vez a la Semana / Menos de una vez a la Semana / Solo en Algunos Movimientos / Ningún Dolor

21.- Durante los últimos tres meses, ¿Qué tanto afectó la apariencia de sus dientes su capacidad de trabajar? (Rubro: Desempeño)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Ayudó Mucho / Ayudó / Fue Indiferente / Molestó / Molestó Mucho

22.- Durante los últimos tres meses, si ha tenido usted algún dolor dental o dolor de la articulación de la mandíbula ¿Cuánto afectó su capacidad de trabajo? (Rubro: Desempeño)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Extremadamente / Mucho / Moderadamente / Poco / Nada

23.- Durante los últimos tres meses, ¿Qué tanto la función de sus dientes, como comer y hablar, ha afectado su capacidad de trabajo? (Rubro: Desempeño)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Ayudó Mucho      Ayudó      Fue Indiferente      Molestó      Molestó Mucho

24.- Durante los últimos tres meses, ¿Qué tanto la apariencia de sus dientes afecta su contacto con la gente, por ejemplo, salir con amigos? (Rubro: Desempeño)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Ayudó Mucho      Ayudó      Fue Indiferente      Molestó      Molestó Mucho

25.- Durante los últimos tres meses, si usted tuvo algún dolor dental o algún dolor de la articulación de la mandíbula ¿Que tanto afectó este dolor el contacto con la gente, por ejemplo, salir con amigos? (Rubro: Desempeño)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Extremadamente      Mucho      Moderadamente      Poco      Nada

26.-Durante los últimos tres meses, ¿Que tanto afectó la función de sus dientes, como comer o hablar, el contacto con la gente, por ejemplo salir con amigos? (Rubro: Desempeño)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Ayudó Mucho      Ayudó      Fue Indiferente      Molestó      Molestó Mucho

27.- Durante los últimos tres meses, ¿Qué tanto afectó la apariencia de sus dientes su vida romántica? (Rubro: Desempeño)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Ayudó Mucho      Ayudó      Fue Indiferente      Molestó      Molestó Mucho

28.- Durante los últimos tres meses, si usted tuvo algún dolor dental o algún dolor de la articulación de la mandíbula, ¿Qué tanto afectó este dolor su vida romántica? (Rubro: Desempeño)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Extremadamente      Mucho      Moderadamente      Poco      Nada

29.- Durante los últimos tres meses, ¿Qué tanto la función de sus dientes, como comer y hablar, afectó su vida romántica? (Rubro: Desempeño)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Ayudó Mucho      Ayudó      Fue Indiferente      Molestó      Molestó Mucho

30.- Durante los últimos tres meses, si usted tuvo algún dolor dental o algún dolor de la articulación de la mandíbula, ¿Qué tanto afectó este dolor su tiempo de dormir? (Rubro: Desempeño)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Extremadamente      Mucho      Moderadamente      Poco      Nada

31.- Durante los últimos tres meses, si usted ha tenido algún dolor dental o algún dolor de la articulación de la mandíbula, ¿Qué tanto estrés le ha causado este dolor? (Rubro: Desempeño)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Extremo      Mucho      Moderado      Poco      Nada

32.- Durante los últimos tres meses, ¿Le han ayudado sus dientes a sentirse confiado? (Rubro: Desempeño)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Ayudó Mucho      Ayudó      Fue Indiferente      Molestó      Molestó Mucho

33.- Durante los últimos tres meses, ¿Le han causado vergüenza sus dientes? (Rubro: Desempeño)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Extremadamente      Mucho      Moderadamente      Poco      Nada

34.- En general, ¿Que tan satisfecho ha estado usted con su encía en los últimos tres meses? (Rubro: Comodidad)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Muy Satisfecho      Satisfecho      Más o Menos      Insatisfecho      Muy Insatisfecho

35.- Durante los últimos tres meses, ¿Le ha sangrado su encía? (Rubro: Comodidad)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Sí No

36.- Durante los últimos tres meses, ¿Ha sentido usted sensibilidad en sus dientes, cuando ha comido o bebido algo frío o ácido, debido a que su encía se ha retraído? (Rubro: Comodidad)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Sí No