



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD
BUCODENTAL.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

ALMA AMÉRICA GÓMEZ LÓPEZ

TUTOR: MTRO. JAVIER DE LA FUENTE HERNÁNDEZ

ASESORA: MTRA. ERIKA HEREDIA PONCE



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Quiero agradecerle a Dios por esta gran etapa que finaliza en mi vida, y por la que a partir de este instante comenzará. Por sus bendiciones y por haberme dado la fortaleza de seguir adelante en todo momento, sobre todo en los momentos más difíciles en los que la desesperación se hizo presente y en los que todo se veía oscuro y sin solución.

A mis padres, Alma y Rodolfo, por haberme apoyado día y noche a lo largo de mi vida y en la lucha de realizarme profesionalmente, por esos desvelos, por sus consejos y hasta sus regaños, ya que siempre han buscado mi bien.

A mi hermano Rodolfo, que aparte de ser mi hermano ha sido mi mejor amigo. Gracias pequeño, por todo el apoyo incondicional que me has dado, por tu cariño y tus palabras de aliento y por haber aceptado ser mi ángel guardián, prometo que nunca te voy a fallar.

A mis amigos que en su momento han estado presentes brindándome su apoyo, dándome consejos, alegrándose de mis éxitos y animándome en mis fracasos: Carolina, Ivette, Rosario, Laura y Daniel; Héctor, Nallely, Oscar Rocha, Alicia, Janet, Rodrigo Barrón, Oswaldo, Carlitos Rosas, Alejandro Escartín, Ebenezer.

A mis tíos y primos, que sin pretexto alguno me apoyaron a lo largo de mi carrera y que confiaron en mis conocimientos y habilidades aplicados en las consultas clínicas.

A Israel, que no me ha dejado caer ni un segundo a pesar de las circunstancias, por acompañarme, escucharme, por siempre sacarme una sonrisa y recordarme que debo ser valiente ante la vida.



Al Mtro. Javier de la Fuente Hernández y la Mtra. Erika Heredia Ponce, quienes me brindaron su paciencia, tiempo y dedicación en la realización de este proyecto. Les agradezco sus atenciones y buenos consejos.

A la Mtra. Arcelia Meléndez Ocampo y a la C.D. Concepción Ramírez Soberón, por sus enseñanzas, anécdotas y buenos momentos que me brindaron en el Seminario de Epidemiología y Salud Pública.



ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	6
II.	PROPÓSITO	8
III.	OBJETIVOS	8
IV.	MARCO TEÓRICO	9
1.	CALIDAD DE VIDA	9
1.1	Definición	9
1.2	Evolución del concepto de Calidad de Vida a través de los años	11
1.3	Utilidad del concepto de Calidad de Vida	15
1.3.1	Calidad de Vida: Puntos de Vista en los distintos ámbitos de los Servicios Humanos	16
1.3.1.1	Desde el Punto de vista Físico	16
1.3.1.2	Desde el Punto de vista Psicológico	16
1.3.1.3	Desde el Punto de vista Emocional	16
1.3.1.4	Desde el Punto de vista de la Educación	17
1.3.1.5	Desde el Punto de vista de las Ciencias de la Salud	17
2.	CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)	17
3.	ENFOQUES CUALITATIVOS Y CUANTITATIVOS	19
3.1	Enfoques Cuantitativos	20
3.1.1	Sociales	20
3.1.2	Psicológicos	20
3.1.3	Ecológicos	20
3.1.4	Enfoques Cualitativos	20
4.	FACTORES A CONSIDERAR PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA	20
4.1	El entendimiento de la palabra “Calidad” al hablar de Calidad de los Cuidados y Calidad de Vida	21
4.2	Dominios, Dimensiones o Subescalas y sus componentes	23
5.	CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD BUCODENTAL	26
5.1	Factores que influyen en la evaluación de la Calidad de Vida relacionada con la Salud Bucodental	33
5.1.1	Percepciones de la Salud	33
5.1.2	Funcionamiento Social, Físico y Psicológico	34
5.1.3	Género y la Educación Dental	37
5.1.4	El uso de la Calidad de Vida relacionada con la Salud Bucodental para reenfoque la Educación Dental	37
6.	DESARROLLO DE LOS INDICADORES SOCIODENTALES	38
6.1	Características que debe tener un Indicador Sociodental	42
6.2	Discapacidad, Impedimento e Invalidez (Minusvalía)	43

7.	INDICADORES, INSTRUMENTOS O ÍNDICES USADOS PARA LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCODENTAL	46
7.1	Social Impacts of Dental Disease (Impactos Sociales de la Enfermedad Dental)	49
7.2	GOHAI- Geriatric (General) Oral Health Assessment Index	49
7.3	OHIP- Oral Health Impact Profile	51
7.4	DIDL- Dental Impact on Daily Living	57
7.5	OIDP- Oral Impact on Daily Performance	58
V.	CONCLUSIONES	62
VI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64



I. INTRODUCCIÓN

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemoriales. La aparición del concepto de Calidad de Vida como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es muy reciente.

La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta hoy en día convertirse en un concepto muy utilizado en varios ámbitos: salud, educación, política, economía, etc.⁵Concordando con este cambio de valores en la sociedad en el campo del cuidado de la salud, la World Health Organization (WHO)⁴⁵ introdujo un cambio en el paradigma de la definición de salud. En el campo de la Odontología, esta nueva perspectiva de la salud sugirió como meta final en el cuidado dental el lograr una buena salud oral que no solamente se enfocara en la ausencia de caries o de enfermedad periodontal; el bienestar social y mental de los pacientes debe considerarse como un hecho importante.

Las enfermedades orales influyen en la calidad de vida afectando diversos aspectos de la vida diaria tales como: la función masticatoria y la función fonética, la apariencia física, las relaciones interpersonales e incluso las oportunidades de trabajo.

Calidad de Vida reconoce el valor de la salud de un individuo en los amplios aspectos sociales y psicológicos de su vida; el diagnóstico del clínico no es suficiente para entender la salud del paciente. Esto aplica en la Odontología, en donde un único diagnóstico de la salud oral no es suficiente para justificar un diagnóstico global de la salud oral del individuo. El constructo de Calidad de Vida considera la satisfacción del paciente por su actual estado de salud



oral así como de sus metas a futuro. Calidad de Vida es un concepto multidisciplinario que incluye la supervivencia o duración de la vida; la ausencia de una discapacidad o impedimento, enfermedad o síntomas; el apropiado funcionamiento físico (oral); la ausencia de dolor e incomodidad; funcionamiento emocional y social; percepciones de la adecuada salud oral; satisfacción con su salud oral; y la ausencia de desventajas sociales y culturales relacionadas con la misma.



II. PROPÓSITO

Determinar cuál es la relación entre la Calidad de Vida con la Salud Bucodental.

III. OBJETIVOS

- Determinar los puntos de vista en los distintos ámbitos de los Servicios Humanos.
- Indicar cuáles son los enfoques cualitativos y cuantitativos de la Calidad de Vida relacionada con la Salud.
- Definir los Dominios, Dimensiones o Subescalas y sus componentes.
- Determinar los factores que influyen en la evaluación de la Calidad de Vida relacionada con la Salud Bucodental.
- Mencionar la importancia de la Calidad de Vida y su relación con la Salud Bucodental.
- Mencionar las características que debe tener un Indicador Sociodental.
- Definir los conceptos de Discapacidad, Impedimento e Invalidez (Minusvalía).
- Describir las características de los Indicadores Sociodentales usados para la medición de la Calidad de Vida relacionada con la Salud Bucodental.



IV. MARCO TEÓRICO

1. CALIDAD DE VIDA

1.1 Definición

La palabra *Calidad de Vida*, según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua¹, se deriva de la palabra “*Calidad*” que significa: Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una persona o cosa que permiten apreciarla con respecto a las restantes de su especie; es una clase o condición. Y de la palabra “*Vida*” que significa: Capacidad de los seres vivos para desarrollarse, reproducirse y mantenerse en un ambiente; Existencia de los seres vivos; y/o Espacio de tiempo que transcurre desde el nacimiento de un ser vivo hasta su muerte.¹

Calidad de Vida es un concepto general, abstracto e inclusive, que tiene un doble carácter: objetivo y subjetivo y de múltiples dimensiones. *Objetivo* porque no se deja influir por consideraciones personales en sus juicios o en su comportamiento; y a la vez *Subjetivo* porque el modo de pensar, vivir y sentir es dependiente del sujeto sin importar si existe oposición con el mundo exterior siendo relativo al modo de pensar o de sentir y no al objeto en sí mismo.¹

Podemos sostener que la Calidad de Vida consiste en el grado de satisfacción de las necesidades humanas, objetivas y subjetivas, individuales y sociales, en función del medio donde se vive.²



Sin embargo, al revisar la literatura sobre Calidad de Vida encontramos múltiples definiciones.^{4,5,6,8} Dicha pluralidad de definición se relaciona con la multiplicidad de orígenes, enfoques e intereses; de perspectivas disciplinarias, de niveles de análisis, así como con la diversidad de orientaciones de investigación.

Detrás de cada definición de Calidad de Vida subyacen supuestos teóricos, paradigmas y corrientes políticas; enfoques objetivos y subjetivos; problemas de validez, estrategias metodológicas, indicadores, índices y escalas, tipos de intervención y su evaluación.²

Peter Townsend ², sostiene que las necesidades humanas tienden a ser infinitas, están en constante cambio; varían de una cultura a otra y son diferentes en cada periodo histórico.

Calidad de Vida se define como bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que está influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo.³

Algunos describen Calidad de Vida como un conjunto de actitudes y comportamientos individuales que mantienen a la persona sana y libre de un deterioro físico ante una enfermedad crónica. Este modelo de atención médica delega en la persona afectada toda la responsabilidad sobre su salud, la calidad de vida depende solo del individuo como si la salud fuera un evento voluntario. Otros ¹, describen a la Calidad de Vida como el acceso a un subconjunto de cuidados médicos que garanticen la salud del individuo.



De acuerdo a la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, la Calidad de Vida es “La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”.³

Es un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su relación con el entorno.

1.2 Evolución del concepto de Calidad de Vida a través de los años

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemoriales. Aunque la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es muy reciente.

La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta hoy en día convertirse en un concepto muy utilizado en varios ámbitos: salud, educación, política, economía, etc.

La expresión “*Calidad de Vida*” aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir la realidad con ayuda de datos objetivos y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las



condiciones objetivas, de tipos social-económico, para luego contemplar elementos subjetivos.⁵

El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los años 70 y comienzo de los 80, da la diferenciación de éstos con el concepto de Calidad de Vida. La expresión ya comienza a definirse como un ente integrador que comprende todas las áreas de la vida (multidimensional) refiriéndose a elementos objetivos y subjetivos.⁵

En la década de los 80, se comienza la investigación del término, al incluirse en la “*Social Indicators Research*” en 1974 y en “*Sociological Abstracts*” en 1979.⁵ Transcurridos 20 años, aun existe una falta de consenso sobre la definición del *constructo* (concepto) y su evaluación. Así, aunque históricamente han existido dos aproximaciones básicas (aquella que lo concibe como una entidad unitaria, y en la que se considera un concepto compuesto por una serie de dominios), todavía en 1995, Felce y Perry (Figura 1) encontraron diversos modelos conceptuales de Calidad de Vida.⁵

En 1992, Borth Wick- Duffy propuso 4 conceptualizaciones referentes a la Calidad de Vida⁵:

- 1.- La calidad de las condiciones de vida de una persona.
- 2.- La satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales.
- 3.- La combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida.

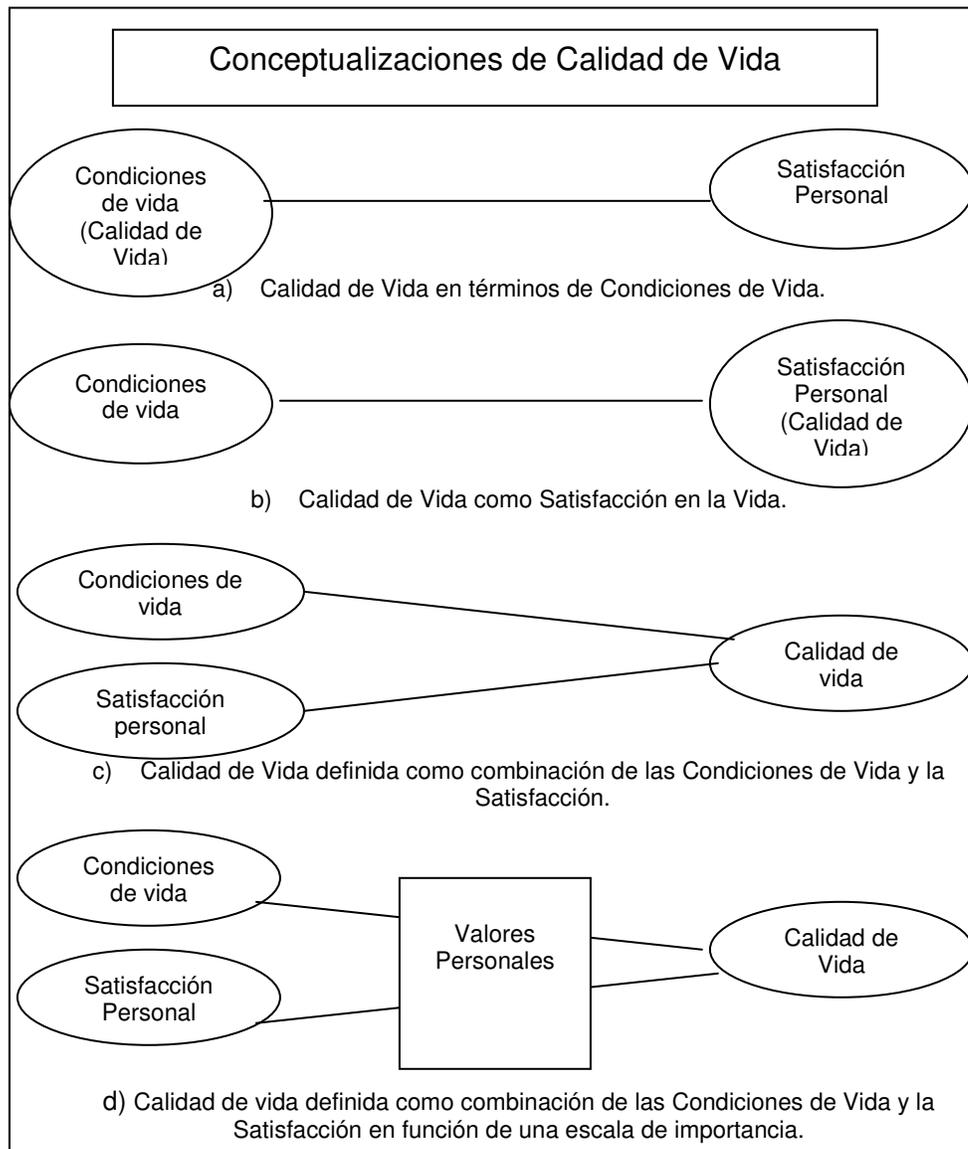


4.- La combinación de las condiciones de vida de una persona.

En las personas, la forma de sentir o pensar acerca de algo está influida directamente por los factores del entorno, en especial la cultura. Por lo tanto, Calidad de Vida es un concepto relativo que depende de cada grupo social y de lo que éste defina como su situación ideal de bienestar por su acceso a un conjunto de bienes y servicios, así como al ejercicio de sus derechos y al respeto de sus valores. Es así como cada grupo social identifica las tendencias en materia de bienestar, por ello se hace preciso diferenciar los diversos modos de vida, aspiraciones e ideales, éticas e idiosincrasias de los conjuntos sociales, para distinguir los diferentes eslabones y magnitudes, pudiendo así dimensionar mejor las respectivas variaciones entre unos y otros sectores de la comunidad, por citar un ejemplo, en el caso de las sociedades que ya han resuelto sus necesidades básicas, en términos de bienes y servicios, sus objetivos de bienestar se orientan más hacia la realización personal familiar y profesional del grupo social, es decir, dada la existencia de sociedades más desarrolladas que otras, los estándares de bienestar son diferentes y así las definiciones de Calidad de Vida.⁵



Figura 1. Conceptualizaciones de Calidad de Vida



Fuente: Programa Calidad de Vida, Cultura, Salud y ambiente en la Península de Yucatán.²

Y tal como plantea Blanco⁶: Los valores e ideales de las personas varían notoriamente con el tiempo y dependiendo del estrato social al que pertenezcan, por lo tanto, la Calidad de Vida está formada histórica y culturalmente con valores sujetos a las variables de tiempo y espacio, con diferentes grados y alcances de desarrollo; debido a su particular forma de mirar el mundo se le relaciona con la *subjetividad*.⁶



El primer paso hacia una mejor Calidad de Vida se da al tener acceso a los servicios de salud. La sobrevivencia física y el alivio al dolor deben ir acompañados del bienestar psicológico y social para poder pasar al mejoramiento progresivo de la Calidad de Vida en todas sus dimensiones.⁴

1.3 Utilidad del concepto Calidad de Vida

Para Schalock⁵, el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede aplicarse para mejorar una sociedad, sometida a transformaciones sociales, políticas, económicas y tecnológicas. La verdadera utilidad del concepto se percibe sobre todo en los servicios humanos, inmersos en una *“Revolución de Calidad”*.⁵

Entre las recomendaciones que se dan para mejorar la Calidad de Vida están el dormir bien y tener una buena alimentación ya que esto beneficia a la salud, el problema es lo difícil que es alcanzar un buen descanso y una buena alimentación cuando se carecen de los medios y de los recursos mínimos para vivir.⁴

1.3.1 Calidad de Vida: Puntos de vista en los distintos ámbitos de los Servicios Humanos.

1.3.1.1 Desde el Punto de Vista Físico:

La Calidad de Vida es un concepto que va más allá de lo físico, pues implica valores y actitudes mentales. Su búsqueda es una constante, en la vida del hombre desde comienzos de los tiempos. Desde cierto punto de



vista, es un estado positivo, es estar en plenitud, poder funcionar al cien por ciento.⁷

1.3.1.2 Desde el Punto de Vista Psicológico:

Desde este punto de vista, es poder disfrutar, hacerse cargo de las responsabilidades, combatir la tensión nerviosa y el estrés.⁷ La Psiquiatría y la Psicología realizan evaluaciones de Calidad de Vida con el fin de medir los resultados de programas y terapias, sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas, esquizofrenia y depresiones mayores.⁵

1.3.1.3 Desde el Punto de Vista Emocional:

Es estar en paz. Las personas que mantienen su Calidad de Vida son personas que se sienten bien, vigorosas, entusiastas, con la sonrisa propia del que se siente bien, en todas sus dimensiones.⁷

1.3.1.4 Desde el Punto de Vista de la Educación:

En el terreno de la educación, la investigación es escasa y hay pocos instrumentos para evaluar la percepción de niños y jóvenes sobre los efectos de la educación en su calidad de vida.⁵

1.3.1.5 Desde el Punto de Vista de las Ciencias de la Salud:

Entre las ciencias de la salud los avances de la medicina han prolongado notablemente la vida. Ello ha llevado a poner atención a un nuevo término: *Calidad de vida relacionada con la salud*.⁵



2. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)

Una parte integral de cualquier profesional es la ética y su sentido de responsabilidad social, esto es que para lograr nuestros fines debemos operar de tal forma que se vean beneficiados nuestros ideales (individuales y profesionales) así como los ideales colectivos.

Cualquier profesional es un “*integrador de personas*” y si es un integrador de públicos, requiere en su perfil el logro de su propia calidad de vida. Si esto se conforma dentro de su desarrollo profesional, incluyendo las dos áreas que comprenden a la calidad de vida (modo y nivel de vida), en su actitud estará presente la calidad como ser humano y promoverá también en sus públicos la Calidad de Vida.⁷

Se entiende por *indicador clínico* a una variable susceptible de medición que evalúa el nivel de salud y sus cambios en un individuo o en una población determinada. Esto se ha hecho con el fin de analizar las causas primarias que derivan de los cambios ocurridos en sujetos y en los objetos que intervienen en el proceso de salud-enfermedad.

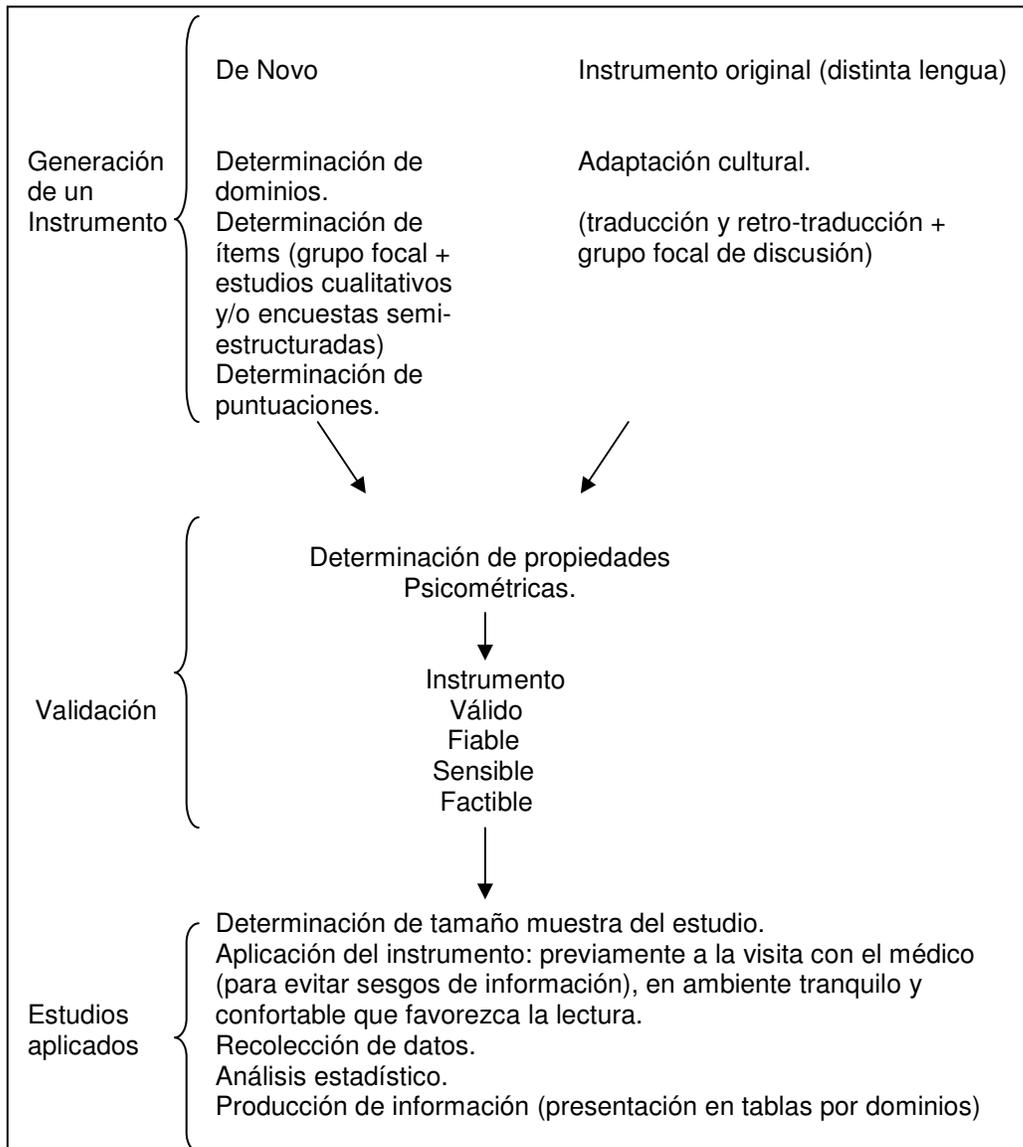
Uno de estos cambios lo constituye la “*transición epidemiológica*” que habla de la relación del aumento de la esperanza de vida en los países desarrollados, caracterizado por el aumento de la prevalencia de enfermedades no infecciosas, crónicas, degenerativas o invalidantes.^{8,9}

Otro elemento importante es el que exista un mayor conocimiento sobre las enfermedades por parte de los pacientes y ver los cambios en sus percepciones en cuanto a la salud y la enfermedad.¹⁰



En comparación con la definición que la OMS asigna a Calidad de Vida, la CVRS se refiere en particular a los efectos de las enfermedades y sus tratamientos en la vida cotidiana de los pacientes. En la siguiente **Figura 2**, se presenta el esquema de estudios de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.⁹

Figura 2. Esquema de estudios de Calidad de Vida Relacionada con la Salud.



Fuente: The Paradox of Health.⁹



3. ENFOQUES CUALITATIVOS Y CUANTITATIVOS

Los enfoques de investigación de este concepto son variados, pero pueden englobarse en 2 tipos: ^{5,6}

3.1 Enfoques Cuantitativos.

Su propósito es operacionalizar la Calidad de Vida. Para ello, han estudiado diferentes tendencias⁵:

3.1.1 Sociales:

Se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud. El bienestar social, la amistad, estándar de vida, educación, seguridad pública, ocio, vecindario, vivienda, etc.

3.1.2 Psicológicos:

Miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales.

3.1.3 Ecológicos:

Miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente.

3.2 Enfoques Cualitativos.

Adoptan una postura de escucha y atención a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente⁶.



4. FACTORES A CONSIDERAR PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Para evaluar la Calidad de Vida de una población o individuo, es necesario tomar en cuenta no sólo la calidad ambiental sino también una serie de factores biológicos, psicológicos y culturales. Deben considerarse el estado nutricional y de salud, el bienestar emocional y las necesidades socio-culturales específicas de cada población.²

4.1 El Entendimiento de la palabra “Calidad” al hablar de Calidad de los Cuidados y Calidad de Vida.

Hay factores que pueden tener impacto en la salud de las personas y de este modo en el sucesivo cuidado clínico. Entre estos factores podemos mencionar los niveles de estrés del individuo, comportamiento, enfermedad, estilo de vida, pobreza y daños.¹¹

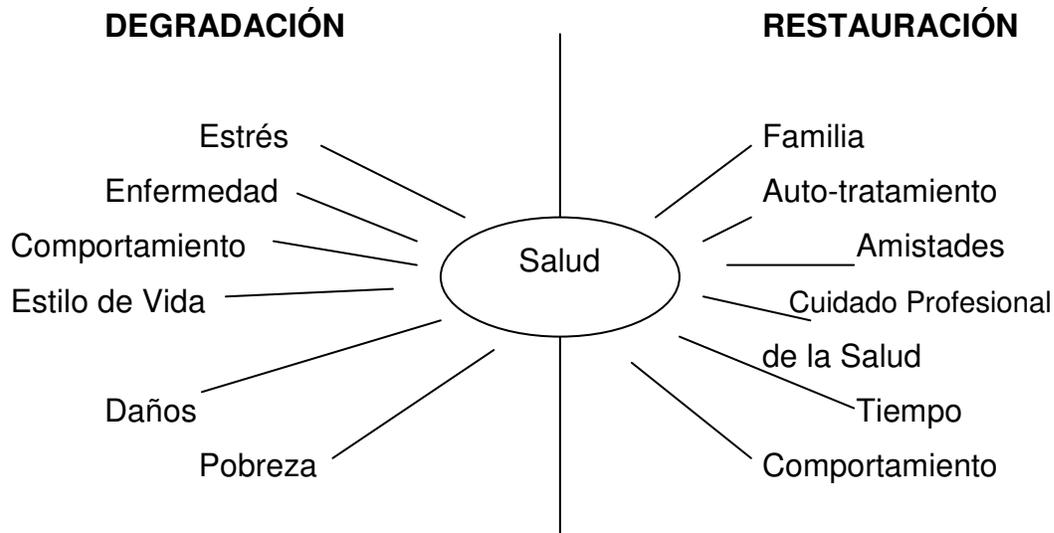
Como ejemplo a esto, podemos mencionar a una persona que viva en la pobreza, en donde lo más probable es que sufra de desnutrición o que su dieta sea muy deficiente debido a la deficiencia vitamínica, y puede reportar salud “pobre”.

La *familia y los amigos* pueden contribuir en la restauración de la salud o en que la persona mantenga un óptimo estado de salud.

El *comportamiento* es un factor que puede generar tanto impactos positivos como negativos sobre la salud (fumar, beber alcohol). Muchas enfermedades son autolimitantes.



Figura 3. Descripción del modelo de la interrelación entre los factores que intervienen en la salud.



Fuente: US Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A report of the Surgeon General-Executive Summary. ¹¹

Desde el punto de vista metodológico, los instrumentos de medición de la CVRS deben cumplir una serie de propiedades que aseguren su validez y su fiabilidad. Por derivar de estudios psicológicos, se les denomina “*Psicométricos*”.¹⁰ Entre estas propiedades debe incluirse a la sensibilidad al cambio.

Otras características de los cuestionarios que influyeron en su desarrollo y mejor aceptación son la inclusión de frases y expresiones consideradas a partir de los propios pacientes, y con la intención de que el mismo paciente los complete (autoadministración) ^{11,12}



4.2 Dominios, Dimensiones o Subescalas y sus Componentes.

La Calidad de Vida se considera multidimensional, porque evalúa múltiples aspectos relacionados a conductas o experiencias importantes para los individuos evaluados. A este tipo de aspectos se les conoce como “*Dominios, Dimensiones o Subescalas*”.¹⁰

Los *Dominios* clásicamente considerados son la Función Física, Salud Mental, Función Social (que corresponden a los mismos dominios de la definición de salud) y los de percepción global de la salud y calidad de vida, reservados a una evaluación global.

Los Dominios están representados por los llamados “ítems” que son preguntas directas cuyas posibles respuestas se basan en escalas ordinales (de tipo Likert) o corresponden a la asignación de las opciones “Verdadero/Falso”. Todo instrumento que no cumpla con esta estructura no debería ser considerado como un instrumento para la medición de la Calidad de Vida.¹³

Los instrumentos para la medición de la Calidad de Vida y CVRS se pueden clasificar en:^{13,14}.

- Cuestionarios Genéricos: Su función es indagar aspectos comunes de la Calidad de Vida habitualmente en la población general permitiendo realizar comparaciones entre grupos.
- Cuestionarios Específicos: Diseñados para evaluar aspectos propios de una enfermedad en particular.



La validez del *constructo* o concepto es el grado por el cual el cuestionario especifica los factores que inciden en la variabilidad del

estado de salud que el cuestionario desea medir. El primer paso para la validación de un constructo consiste en establecer un modelo teórico que represente el comportamiento de lo que los investigadores traten de medir.^{10, 14}

Entre las características que deben tener estos cuestionarios están:

- La **Fiabilidad**, que indica la constancia o estabilidad de los resultados cuando se repite la medición en circunstancias similares. Como Emili Cuenca describe⁴⁶, Fiabilidad es la capacidad para repetir los mismos resultados cuando se realiza una medición dos veces distintas en las mismas condiciones; como sinónimos podemos mencionar *reproducibilidad* y *consistencia*. No es una cualidad intrínseca de la medición sino del instrumento de medida o del examinador.^{10-12,14,15},
- La **Sensibilidad al cambio**, es una propiedad que señala la capacidad que tiene un instrumento de detectar, a través de sus puntuaciones, modificaciones de las variables o del estado global de Calidad de Vida.¹⁰⁻¹²
- La **Factibilidad** de un instrumento implica la facilidad para poder administrarlo, es decir, si es aplicable o no. Si un instrumento requiere de un elevado nivel cultural para comprenderlo, o demasiado tiempo para contestarlo, no sería factible.¹⁰⁻¹²



En la **Tabla 1**, se describen cuáles son las características que deben cumplir las propiedades psicométricas y las pruebas estadísticas.

Tabla 1. Características de las propiedades psicométricas que deben cumplir los cuestionarios y pruebas estadísticas relacionadas.

Propiedad	Tipo	Prueba estadística
Factibilidad*		Tiempo de administración Proporción de ítems no respondidos
Fiabilidad	Test-retest o Reproducibilidad Consistencia interna	Coefficiente de correlación intraclass (CCI) Coefficiente kappa, en algunos casos Coefficiente a de Cronbach
Validez	Contenido Criterio Constructo (concepto)	Consulta a expertos Estudios cualitativos más estudios cuantitativos durante el desarrollo ROC, ANOVA, MANOVA Coefficientes de Pearson o Spearman
Sensibilidad al cambio		Tamaño del efecto (Effect size) Pruebas para diferenciar puntuaciones en muestras pareadas (t de Student ó Willcoxon)

*Algunos autores no la consideran como una propiedad psicométrica

Fuente: Scientific Advisory Commite. Instrument review crieteria. Medical Outcomes Trust



5. CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD BUCODENTAL

Durante la segunda mitad del siglo XX, una silenciosa “revolución” tomó lugar en las altas industrias de los Estados Unidos. El cambio de énfasis desde el enfoque de valores del crecimiento económico y de seguridad a los valores post-materializados, dan prioridad a la autoactualización y autodeterminación.^{16,17}

Concordando con este cambio de valores en la sociedad a lo largo de su impacto en el campo del cuidado de la salud, como ya antes se ha mencionado, la World Health Organization (WHO) introdujo un cambio en el paradigma de la definición de salud. En el campo de la Odontología, esta nueva perspectiva de la salud sugirió como meta final en el cuidado dental el lograr una buena salud oral que no solamente se enfocara en la ausencia de caries o de enfermedad periodontal; el bienestar social y mental de los pacientes debe considerarse como un hecho importante.

El concepto de “Calidad de Vida relacionada con la Salud Oral” (OHRQOL) captura el objetivo de esta nueva perspectiva.

Este hecho tal vez es reflejado notablemente en el Primer Reporte General de los Inspectores Generales de Sanidad²¹ del año 2000, el cual hace énfasis en la importancia del entendimiento del significado de la Calidad de Vida relacionado con la Salud (QOL) y de la necesidad de asegurar el acceso al cuidado para todos.

Las enfermedades orales influyen en la calidad de vida afectando diversos aspectos de la vida diaria tales como: la función masticatoria y la función fonética,



la apariencia física, las relaciones interpersonales e incluso las oportunidades de trabajo.¹⁷

En 1997, Locker¹⁹ resumió el cambio centrado en la enfermedad, enfoque biomédico centrado a los pacientes, enfoque bio-psico-social en el cuidado de la salud.^{18,22} Él sostuvo que es útil conceptualizar a la salud y enfermedad no como punto final de una sola dimensión, más bien como “dimensiones independientes de la experiencia humana”. La enfermedad puede ser uno de los varios factores se consideran de una persona al evaluar su estado de salud. Siguiendo el modelo de Wilson y Clearly²³, Locker dijo que la QOL (Quality of Life) o Calidad de Vida es determinada por las características de la persona, así como los factores no médicos. Sin embargo, los conceptos de salud y de QOL continúan siendo imprecisos como resultado de la ambigüedad de las definiciones de estos términos existentes en la literatura.²⁴

Patrick y Erickson²⁵, identificaron y proporcionaron más definiciones formales de las múltiples dimensiones que representan la Calidad de Vida relacionada con la salud (**Tabla 2**)

Tabla 2. Conceptos y dominios en la Calidad de Vida relacionados con la Salud.

DOMINIO	CARACTERÍSTICAS
Oportunidad	Impedimento social o cultural, capacidad individual.
Percepciones de la salud	Satisfacción con su salud, percepciones de la salud en general.
Estado Funcional: Social	Limitantes en roles usuales, integración, contacto e intimidad.
Estado Funcional: Psicológico	Estados afectivos, capacidad cognitiva.
Estado Funcional: Físico	Restricción de actividades, buena forma física.
Impedimento	Quejas, signos, enfermedad reportada por sí mismo, medidas psicológicas, diagnósticos.

Muerte y duración de la vida	Mortalidad, supervivencia, longevidad.
------------------------------	--

Fuente: Office of Technology Assessment. Adolescent Health, I: Adolescents- How Healthy are they? ²⁵

Esta tabla incluye medidas clínicas tradicionales (ej. Diagnósticos) e índices epidemiológicos (ej. Mortalidad) que son reflejados específicamente por los indicadores medico-sociales, los cuales buscan corregir la dependencia excesiva en las medidas médicas tradicionales.

Aunque el concepto de Calidad de Vida relacionada con la Salud Bucodental se relacionó por primera vez con la salud oral durante la segunda guerra mundial, en el cual el concepto de función oral era igual a sentirse bien, su importancia en el área odontológica ha tomado relevancia sólo en las últimas décadas, creándose instrumentos de medición específicos para evaluar calidad de vida relacionada con la salud oral ²¹. Los datos obtenidos de la aplicación de estos instrumentos además de utilizarse para estimar el impacto social y funcional de las patologías bucales, se emplean para correlacionarlos con medidas clínicas objetivas y evaluar la efectividad de los tratamientos odontológicos.

En la **Tabla 3**, se muestran los usos de las mediciones de la salud relacionados con la Calidad de Vida según Fitzpatrick. ^{24, 26}:

Tabla 3: Usos de las medidas de la calidad de vida relacionada con la salud.

- Monitoreo y observación de los problemas psicosociales de los pacientes.
- Estudio de los problemas de salud en la población.
- Auditorias odontológicas.
- Medición de los resultados en los servicios de salud o evaluación de la investigación.
- Ensayos clínicos.
- Análisis de los costos y utilidades de los tratamientos odontológicos.

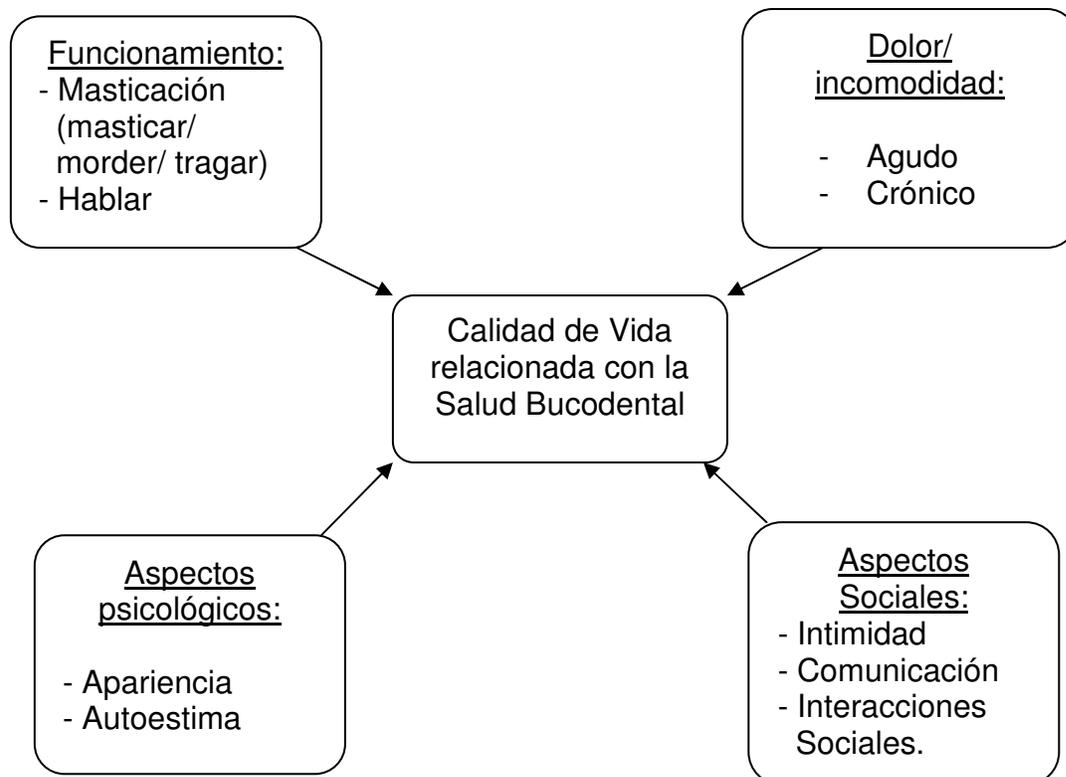
Fuente: World Population Ageing. United Nations ²⁴



La Calidad de Vida relacionada con salud oral ha sido estudiada principalmente en los adultos mayores, probablemente debido al interés general por este grupo de edad que ha presentado un acelerado crecimiento en las últimas décadas en la mayoría de los países¹⁹. Además, debido a que con el envejecimiento se generan una serie de cambios en el estado social, percepción sensorial y en las funciones cognitivas y motoras de los individuos, las que no habían sido analizadas anteriormente en profundidad²⁵.

Los factores que influyen en el bienestar de las personas se mencionan en la **Figura 4**.

Figura 4. Principales componentes de OHRQOL (Oral Health Related Quality of Life)



Fuente: US Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A report of the Surgeon General-Executive Summary.¹¹



La definición de *Salud* dado por la World Health Organization (WHO) es la siguiente: “Es el estado de completo bienestar mental, físico y social, y no meramente la ausencia de la enfermedad o padecimiento” llevando a una multidisciplinaria aproximación de la salud.²⁷

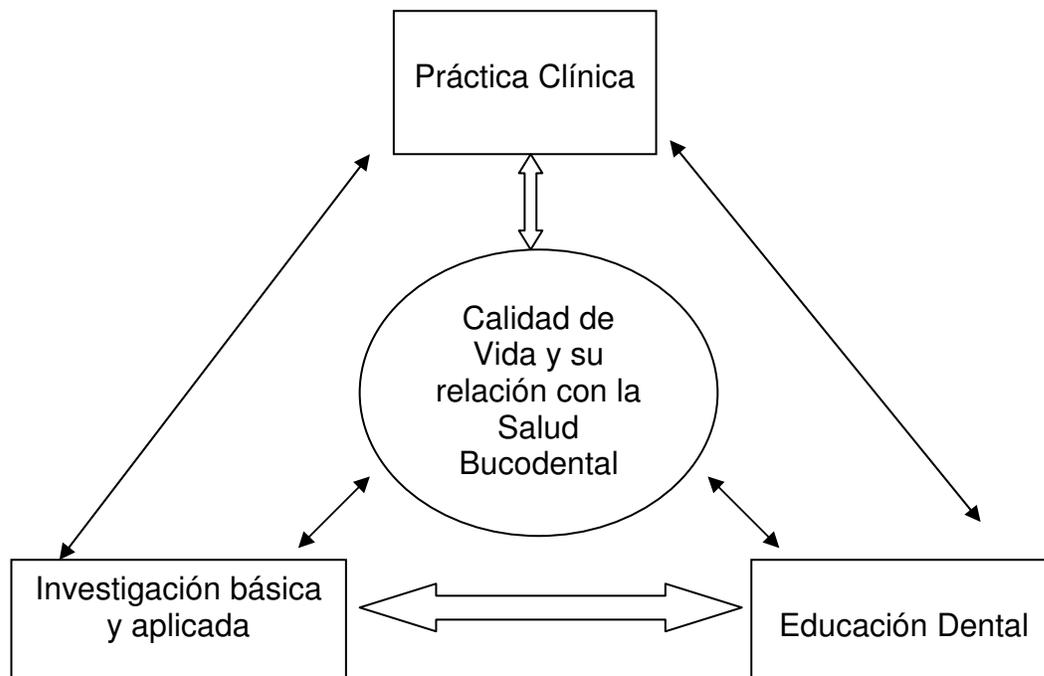
Calidad de Vida reconoce el valor de la salud de un individuo en los amplios aspectos sociales y psicológicos de su vida; el diagnóstico del clínico no es suficiente para entender la salud del paciente. Esto aplica en la Odontología, en donde un único diagnóstico de la salud oral no es suficiente para justificar un diagnóstico global de la salud oral del individuo. El constructo de Calidad de Vida considera la satisfacción del paciente por su actual estado de salud oral así como de sus metas a futuro. Este considera el tiempo y recursos necesarios para mejorar la salud tales como la división entre cantidad y calidad de vida. Calidad de Vida es un concepto multidisciplinario que incluye la supervivencia o duración de la vida; la ausencia de una discapacidad o impedimento, enfermedad o síntomas; el apropiado funcionamiento físico (oral); la ausencia de dolor e incomodidad; funcionamiento emocional y social (este último asociado a los roles normales); percepciones de la adecuada salud oral; satisfacción con su salud oral; y la ausencia de desventajas sociales y culturales relacionadas con la salud oral.²⁸

Por consiguiente, la Calidad de Vida (QOL) refleja experiencias humanas que influirán en el bienestar de las personas o en satisfacción con su vida. Como se ha visto, el concepto de OHRQOL trae una nueva perspectiva del cuidado clínico y de su investigación. Cambia el enfoque de los clínicos e investigadores con respecto a la cavidad oral del paciente en su totalidad. De esta manera, el concepto de OHRQOL puede hacer una invaluable contribución de la práctica clínica en la Odontología en general, ya sea en el campo de la investigación y en el de la educación)¹¹



Como se ha visto, el concepto de OHRQOL trae una nueva perspectiva del cuidado clínico y de su investigación. Cambia el enfoque de los clínicos e investigadores con respecto a la cavidad oral del paciente en su totalidad. De esta manera, el concepto de OHRQOL puede hacer una invaluable contribución de la práctica clínica en la Odontología en general, ya sea en el campo de la investigación y en el de la educación) ¹¹

Figura 5. OHRQOL y la Odontología.



Fuente: US Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A report of the Surgeon General-Executive Summary. ¹¹

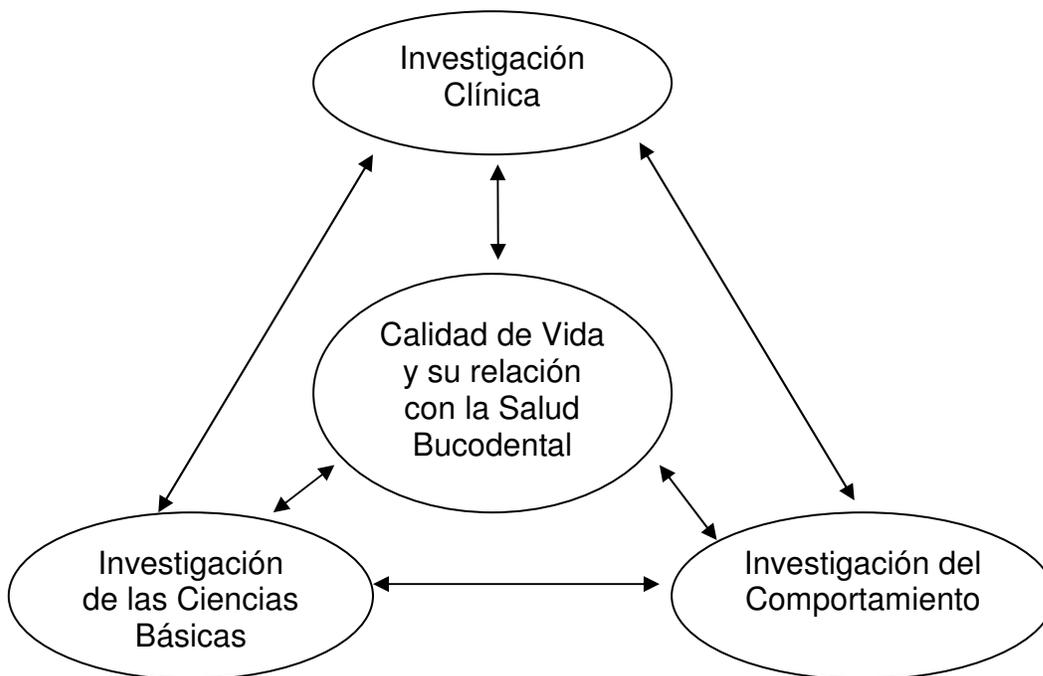
Los clínicos experimentados saben que para lograr una Calidad de Vida efectiva en los pacientes, deben motivarlos, y para lograrlo deben hacer promociones para lograr un buen estado de la salud oral, motivar a revisiones constantes e invertir en considerables cantidades de dinero para brindar servicios dentales estéticos. Entre más clínicos estén conscientes de este hecho, lograrán que se proporcionen



cuidados adecuados, se prevengan enfermedades orales y se restablezca la salud oral en sus pacientes.

La OHRQOL concierne a todo tipo de investigación dental: Investigación de ciencias básicas, estudios clínicos e Investigación orientada al comportamiento de la comunidad. (**Figura 6**) ¹¹

Figura 6. OHRQOL y la Investigación Dental.



Fuente: US Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A report of the Surgeon General-Executive Summary. ¹¹

5.1 Factores que influyen en la evaluación de la Calidad de Vida relacionada con la Salud Bucodental.

5.1.1 Percepciones de la Salud.

Las percepciones de salud de un individuo son indicadores muy importantes que el clínico o investigador clínico en Odontología debe tomar en cuenta para poder clasificar el estado de salud del



mismo. Las medidas de la percepción de salud representan una vista subjetiva del paciente o individuo de su propio estado de salud y a menudo incluyen las percepciones globales de su estado de salud general (y de la satisfacción de los pacientes con su salud), las percepciones de su estética o apariencia, e incluso las percepciones de la sequedad de su boca, por mencionar un ejemplo. Algunas mediciones son importantes porque perciben la necesidad de cuidado de la salud.²⁹

Los siguientes temas contribuyen a tener un mejor entendimiento del uso y de la interpretación de las percepciones de la salud en los estudios clínicos en la Calidad de Vida:

- 1) Auto-percepción vs. la percepción de los clínicos de la salud,
- 2) Clasificación del impacto de la salud oral en la cultura,
- 3) Vaticinio de las percepciones de la salud, y
- 4) Utilidad de las percepciones de la salud como resultado de las medidas clínicas.

5.1.2 Funcionamiento Social, Físico y Psicológico.

El estado funcional de la salud oral es una dimensión crítica de la Calidad de Vida. ¹¹Mantener la buena función y prevenir el deterioro de la función son las metas primordiales en el tratamiento de enfermedades crónicas o de población de la tercera edad. En el campo de la salud oral, anteriormente se han demostrado muchos de los impactos funcionales asociados con enfermedades y tratamientos orales, incluyendo la pérdida de días de trabajo o de escuela asociados con la enfermedad; problemas con el funcionamiento entre pacientes con dentaduras completas; y problemas para comer, hablar y deglutir.



Numerosos estudios de los estados funcionales se han derivado de la combinación de revisiones de la literatura y de entrevistas a pacientes y a profesionales de la salud para determinar los tipos de impactos que puedan asociarse con las condiciones y enfermedades orales.

El *Funcionamiento Social*, define el rol usual de una persona y demuestra cómo la salud puede poner limitantes a ese mismo individuo. Las actividades del funcionamiento social incluyen la integración en la comunidad, participación en actividades religiosas, asistencia al trabajo o a la escuela, intimidad y funcionamiento sexual.³⁰

Esto envuelve la combinación de la calidad de la interacción con otros, la cantidad de conexiones con los demás, la utilización de la interacción social (pasar el tiempo con personas), la importancia de sostener relaciones sociales, disponibilidad de tener interacciones sociales (con personas y/o animales), y la satisfacción con las relaciones sociales.³⁰

El *Funcionamiento Psicológico*, considera el dominio afectivo y cognitivo, en particular denotando la aflicción y el bienestar. Cuando se mide el funcionamiento psicológico en estudios clínicos, es importante considerar el tiempo en el que estas medidas se realizan, el estado de salud del sujeto y la etapa de tratamiento del mismo.



Chesney y Ozer ¹¹ reafirmaron la importancia de estudiar las enfermedades orales que afectan a los hombres y mujeres a manera de poder compararlas, para así notar las influencias del género hacia riesgos en la salud, comprobar la influencia de la sociedad, las influencias sistémicas en la salud oral así como las influencias orales en la salud sistémica.

Se ha visto que las mujeres buscan tener cuidados dentales preventivos y han presentado un comportamiento preventivo en cuanto a los asuntos dentales tales como el cepillado de dientes.

A pesar de que las diferencias de género en maloclusiones son pequeñas, las mujeres son más propensas por ejemplo a someterse a tratamientos de ortodoncia en comparación de los hombres; esto explica el hecho de que las mujeres busquen los servicios de cuidados en la salud cuando llegan a necesitarlos, en comparación de los hombres.

Frecuentemente, las mujeres perciben que su salud oral es un medio que les ayuda a mejorar su calidad de vida, su humor, su apariencia y su bienestar en general, en comparación con la percepción que tienen los hombres ante esta situación. ³¹

5.1.3 Género y la Educación Dental.

Para que al género le demos un significado en la salud oral, en el cuidado de la salud oral y en la calidad de vida relacionada con la



salud bucodental, la pregunta que debemos hacernos es si a futuro la educación que se proporciona a los cuidadores de la salud es la adecuada con respecto a estas consideraciones del género en si.

En conclusión, las investigaciones nos muestran que la salud oral es una función de género, que el cuidado de la salud oral es afectado por los pacientes y proveedores de la salud y que la calidad de vida relacionada con la salud bucodental depende del género de la persona.

Es necesario incrementar esfuerzos para inculcar las anteriores consideraciones en la educación dental y en la vida diaria de los profesionales y clínicos, así como en los pacientes.³¹

5.1.4 El Uso de la Calidad de Vida relacionada con la Salud Bucodental para reenfocar la Educación Dental.

Las consideraciones de la Calidad de Vida relacionada con la Salud Bucodental juegan un rol central en el futuro de la educación dental. Considerando los factores estructurales que formaran el cuidado en la salud oral en un futuro, los cambios que proporcione el cuidado en la salud oral, y las recomendaciones a futuro en la educación dental⁷⁴, la comunidad de educación dental debe comenzar a evaluar si los cuidadores de la salud están preparados a futuro para:

- 1) Estar verdaderamente centrados en los pacientes.
- 2) Ser competentes culturalmente.

- 3) Tener capacidad de trabajar con una disciplina interdisciplinaria que ponga a la salud oral en el contexto de salud global del paciente.

Para lograr estas metas, se deben tomar en cuenta las consideraciones de la Calidad de Vida relacionada con la Salud Bucodental en el reenfoque del contenido de esfuerzos educativos.



6. DESARROLLO DE LOS INDICADORES SOCIODENTALES.

Cohen y Jago^{32, 33} expusieron que los indicadores clínicos de la salud oral podrían mejorar enormemente, logrando como consecuencia una dimensión en el impacto social. Siendo así, los Indicadores provocarían grandes repercusiones de las condiciones orales que son más relevantes para el diseño de políticas. Sheiham³⁴, aseguró que los Índices clínicos son esenciales para la medición de la enfermedad oral; el problema se incrementa cuando estos índices son usados como medidas de la salud y necesidad de tratamiento.

Evaluaciones más reales de la necesidad de tratamiento incluirían dimensiones sociales y funcionales de la enfermedad dental y una evaluación de los factores sociales motivacionales, los cuales predisponen a la persona hacia una mala salud dental y la influencia de la efectividad del tratamiento y promoción de la salud.

Profesionalmente, los defectos definen la necesidad del cuidado de la salud, lo que ha llevado a una amplia necesidad de desarrollar medidas de salud. Una variedad de indicadores médico-sociales ha sido desarrollada y puestos en práctica. Estas son multidisciplinarias con mayores contribuciones de la Psicología, Sociología, Economía, Investigación del funcionamiento y Bioestadística.

Mientras muchos de los esfuerzos han sido unidos hacia la construcción de índices válidos y fiables de la enfermedad oral, mediciones subjetivas o del comportamiento en la salud oral han sido menos usadas. Ha habido un menor desarrollo de definiciones alternativas necesarias en el ámbito dental que aquellas que corresponden al ámbito de la salud en general.



Aunque la mala salud dental afecta a la población en proporciones epidémicas (y éstas son el grupo más prevalente de desórdenes crónicos), la definición de salud dental y el tratamiento común no necesitan evaluaciones correspondientes o que reflejen los orígenes de la enfermedad dental.

Una medida dental necesitaría incorporar aparte de la evaluación clínica, dimensiones lógicas y sociales ya que la sola presencia del impedimento clínico no es base suficiente. La pérdida de los molares, por ejemplo, es un impedimento, pero esto no necesariamente significa que existe la necesidad de realizar un tratamiento dental. Con esto, al individuo se le pueden realizar preguntas tales como: ¿El daño presente lo incapacita? O ¿El daño lo lleva al impedimento físico? Si sí, entonces los molares necesitarían reemplazarse. Si no, la necesidad de someterse a un tratamiento puede discutirse.

Aparte de las dimensiones clínicas, psicológicas y sociales, otras dimensiones pueden incorporarse en alguna medición de necesidad dental por factores sociales motivacionales.

Del concepto de evaluación del impacto de las condiciones orales en la vida diaria, Nimias³⁵ propuso *Indicadores Sociodentales*, a los cuales definió como “Una medida de extensión en la cual las condiciones orales perturban el rol de funcionamiento normal.” La definición fue corregida y aumentada por Locker²⁸ a la siguiente: “Medidas de extensión en la cual las condiciones dentales y desórdenes orales perturban el rol de funcionamiento social normal y trae mayores cambios en la conducta tales como la falta de habilidad para trabajar o ir a la escuela, o asumir los deberes domésticos o como padres de familia”.

La mala salud dental es en gran parte de origen social y de comportamiento, y son casi completamente prevenibles por esos mismos medios (social y conductual)²⁶. La medida de las consecuencias de las enfermedades orales,



es esencial para entendimiento científico más completo del ámbito de los problemas de salud oral, tomando decisiones racionales con respecto a la asignación de recursos para el cuidado de la salud y la evaluación de los servicios de la salud dental.³⁵

Desde el punto de vista de la utilidad de la información medico-social, Bice³⁵ sugirió que los indicadores de la salud medirían variables específicas por un modelo de sistema social y sería escalado de acuerdo a las unidades que son relevantes en los criterios para tomar decisiones. Además, un apropiado indicador sociodental es necesario para la estimación de la población que también requiere alta eficiencia a saber, tiempo mínimo y mano de obra en la administración.

La identificación de nuevos asuntos tiende a incrementar la necesidad del desarrollo de más indicadores de la salud para monitorear el progreso hacia nuevas metas, y así el ciclo comienza de nuevo. El aumento de expectativas ha llevado a ir más allá en la observación de la salud en términos de sobrevivencia, a través de una fase de definiciones de términos de libertad a enfermedad, de ahí a que se haga énfasis en la habilidad del individuo de presentar actividades diarias, y ahora hacia el énfasis actual de temas positivos de Felicidad, Bienestar Emocional y Social, y Calidad de Vida.

Los trastornos en el normal funcionamiento social podrían ser usados como base en la medición del impacto de la mala higiene dental³⁷. En términos simples óptimos, la salud oral incluirá la completa habilidad para comer y masticar cualquier tipo de alimento, el hablar claramente, tener un perfil dentofacial y una sonrisa aceptables socialmente, para sentirse cómodo y libre de dolor, y tener un aliento fresco.



La importancia relativa de estos factores y de su alcance variarán con los años, sexo y cultura que determine la norma social. Los Indicadores Sociodentales han examinado algunos o todos estos factores.

6.1 Características que debe tener un Indicador Sociodental.

Una medida dental necesita incluir lo siguiente:

- Una dimensión clínica basada en los conceptos de la historia de la enfermedad.
- Una medida del impedimento, el cual incorpora medidas funcionales para evaluar los impactos de ese impedimento.
- Medidas de la disfunción social.
- Los deseos de un individuo. Los *deseos* son percepciones individuales de sus propias necesidades, en este caso dentales, sus percepciones de qué es normal para ellos y qué posibles beneficios obtendrían al tratamiento, así como factores tales como educación, y la clase social.
- Evaluación de la propensión del individuo a tomar acciones preventivas, incluidas la orientación del mantenimiento de una buena salud en general, el conocimiento y actitudes ante problemas de salud.
- Una prescripción de tratamientos o curas efectivos y aceptables y de las habilidades requeridas para llevar a cabo su cuidado.



6.2 Discapacidad, Impedimento e Invalidez (Minusvalía)

Los conceptos de Discapacidad, Impedimento e Invalidez (Minusvalía) han llegado a ser cruciales para el desarrollo de los Indicadores Sociodentales. La mayoría de las mediciones necesarias en los tratamientos odontológicos están basadas sólo en exámenes clínicos. Algunos han intentado medir o registrar las percepciones de la niñez y la relación con los padres en casos de invalidez o de la presencia de algún impedimento físico. Aun, estos elementos subjetivos son las determinantes más importantes en la demanda de los tratamientos odontológicos.

Cohen y Jago, en 1979, definieron a la *disfunción* como “los problemas concernientes a uno mismo, a la comunidad y a la nación.” Una *oclusión inaceptable* puede por consiguiente considerarse como aquella que altera a los individuos impresionándolos de alguna manera; es una discapacidad que se puede llegar a clasificar como algún impedimento físico o invalidez (minusvalía).

Las siguientes definiciones de Discapacidad, Impedimento e Invalidez (Minusvalía) se basan en el trabajo de Nagi ³⁵, de la *World Health Organization* ²⁷, Locker ^{38, 39}, Pope y Tarlov ³⁵

Discapacidad, es la anormalidad o pérdida de la función mental, física o bioquímica, ya sea desde el momento del nacimiento o en la actualidad, o también al agravarse alguna enfermedad o lesión en el individuo. Estas pueden ser, por ejemplo, la maloclusión, edentulismo o la pérdida periodontal. Todas las patologías se asocian con Discapacidad, pero no todas las discapacidades llevan a las limitaciones funcionales comúnmente esperadas en el cuerpo o en algún órgano o sistema del



mismo, tal como sería la limitación del movimiento de la mandíbula por mencionar algún ejemplo.

La incomodidad lleva a tomar medidas biomédicas, por ejemplo, el dolor asociado con procesos patológicos subyacentes, aparte de las evaluaciones subjetivas sobre el bienestar. La incomodidad puede estar envuelta en estados no observables, los cuales pueden experimentarse incluso en ausencia de condiciones clínicas subyacentes.

El *Impedimento* es cualquier limitación o falta de habilidad de llevar a cabo la *sociabilidad*. Esta última está definida como los roles o tareas que los individuos generalmente esperan hacer³⁵. Los roles están organizados de acuerdo a cómo la gente participa en un sistema social, ya sea como padres, maestros, funcionarios, etc. Las *tareas* son acciones físicas o mentales a través de las cuales un individuo interactúa y practica sus roles³⁵.

La *Invalidez o minusvalía*, es influido por los amplios efectos sociales y es definido como la desventaja experimentada por la discapacidad o el impedimento de la gente, que se da al no poder ajustarse en sus expectativas con la sociedad o con grupos sociales a los que ellos pertenecen. Esta desventaja o restricción, experimentada por individuos en su vida personal y social, es consecuencia de la invalidez o discapacidad. En este sentido, un impedimento físico resulta de las interacciones entre un impedimento físico y el entorno físico y social.²⁷

La relación entre Discapacidad, Impedimento e Invalidez es continua. Por ejemplo, una malposición o pérdida dental (Invalidez) puede llevar a la restricción para comer o el tener que evitar comer alimentos rígidos (Impedimento Física), la cual puede provocar que la gente se sienta



avergonzada (Discapacidad Psicológica) y el evitar comer frente a otros (Impedimento Social). Esto puede ser una desventaja para el individuo, llevándolo a tener problemas en sus empleos (o en la búsqueda de empleo) y en sus relaciones personales.

Con esto, no se asegura que en todos los individuos se de el mismo grado de discapacidad o de alguna especie de impedimento. Actualmente, se ha puesto poca atención en la importancia de los aspectos sociopsicológicos en la salud, por lo que la evaluación de estos puntos podría ayudarnos a entender el por qué los pacientes con alguna especie de impedimentos orales similares presentarían puntos diferidos al momento de su aparición, y el por qué algunos ni siquiera llegan a presentarse del todo.



7. INDICADORES, INSTRUMENTOS O ÍNDICES USADOS PARA LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCODENTAL

La medicina de los últimos 30 años ha visto el incremento del uso de términos de calidad de vida relacionados con la salud dental” en relación a los resultados de las condiciones de la salud y del tratamiento de las mismas. Este hecho se presenta debido al creciente reconocimiento de las medidas clínicas tradicionales de la salud, que necesitan complementarse con los datos obtenidos de las experiencias e inquietudes de pacientes y/o personas. Esto refleja el hecho de que no hay más objetivo que el prolongar la vida o lograr que se esté libre de enfermedades; pero para mejorarla y reconocer la dirección de la expedición por medio de los términos “Calidad de Vida” y “Calidad de Vida relacionada con la Salud”, es importante determinar regímenes de adherencia y tratamiento en el cuidado de la salud, y de la satisfacción por el cuidado recibido.⁴⁰

Este es el caso en la Odontología, en donde ha habido una proliferación de instrumentos y escalas que buscan la evaluación de lo que hoy llamamos “Calidad de Vida relacionada con la Salud” (OH- QoL) y/o “Calidad de Vida en pacientes con varias condiciones orales”. En la conferencia sobre medidas de salud oral y calidad de vida realizada en Chapell Hill, diez mediciones fueron descritas en una monografía reportando las medidas de un mayor uso en la medición de calidad de vida y de la salud oral^{21,41-48}. Desde entonces, las últimas⁴⁹ medidas adicionales han sido desarrolladas y más están en el proceso de desarrollo. (Ver **Tabla 4**)



Table 4. Desarrollo de los Índices usados en la medición de datos de la Salud Oral.

Pre-1997 (Presentado en la conferencia de 1997)

- Social Impacts of Dental Disease ³⁶
- General (Geriatric) Oral Health Assessment Index (GOHAI) ⁵⁰
- Dental Impact Profile (DIP) ⁵¹
- Oral Health Impact Profile (OHIP) ⁵²
- Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) ⁵³
- Subjective Oral Health Status Indicators (SOHSD) ³⁸
- Oral Health-Related Quality of Life Measure ⁵⁴
- Dental Impact on Daily Living (DIDLS) ⁵⁵
- Oral Health Quality of Life Inventory ⁵⁶
- Rand Dental Questions ⁵⁷

Post-1997

- OHQoL-UK ⁵⁸
- Child Oral Health Quality of Life Questionnaire (COHQoL) ⁵⁹
- Child OIDP ⁶⁰
- OHRQOL for Dental Hygiene ⁶¹

Fuente: US Department of Health and Human Services. ¹¹

En la **Tabla 5** se señalan los Instrumentos utilizados en la medición de la Calidad de Vida relacionada con la Salud.



Tabla 5. Instrumentos de medición para la Calidad de Vida relacionada con la Salud Bucodental.

Nombre del instrumento	Abreviación	Autores y Año
Social Impacts of Dental Disease ³⁶		Cushing y cols., 1986
Geriatric Oral health Assesment Index ⁶²	GOHAI	Atchison y Dolan, 1990
Dental Impact Profile ⁴⁵		Strauss y Hunt, 1993
Oral Health Impact Profile ³⁸	OHIP-49	Slade y Spencer, 1994
Subjective Oral Health Status Indicators ²⁸		Locker y Miller, 1994
Dental Impact on Daily Living ²⁹	DIDL	Leao y Sheiham, 1996
Oral Health-related Quality of Life ²⁵	OHQOL	Kressin N y cols., 1996
Oral Impacts on Daily Performances ³⁰	OIDP	Adulyanon, Sheiham, 1997
Oral Health Impact Profile ³¹	OHIP-14	Slade, 1997
Oral Health Quality of Life UK ³²	OH-QoL UK	McGrath y Bedi, 2000

Fuente: US Department of Health and Human Services.¹¹

El número de preguntas que incluyen los instrumentos citados varía entre 3⁴¹ y 49⁵². Otra diferencia está dada por el valor que se le otorga a las preguntas que constituyen las dimensiones específicas. En algunos instrumentos estas tienen distinto valor (como por ejemplo en el Oral Health Impact Profile y en el Dental Impact on Daily Living), y en otros las dimensiones conservan igual valor (como en el GOHAI, y en el Subjective Oral Health Status Indicator).



7.1 Social Impacts of Dental Disease (Impactos Sociales de la Enfermedad Dental):

El Impacto Social de los Problemas Dentales (Social Impact of Dental Disease), fue uno de los primeros indicadores sociodentales, publicado en 1986 por Cushing y cols.³⁶, quienes reportaron que el número de dientes con caries se correlacionaba positivamente con el impacto psicosocial asociado a problemas dentales de restricción en la alimentación e insatisfacción estética.

7.2 GOHAI- Geriatric (General) Oral Health Assesment Index:

Otro de los primeros instrumentos desarrollados para evaluar la salud oral desde un punto de vista funcional fue el Índice de Salud Oral Geriátrico (Geriatric Oral Health Assesment Index o GOHAI) descrito por Atchison y Dolan⁶². Como fundamento para el desarrollo del GOHAI la salud oral fue definida como la ausencia de dolor e infección compatible con una dentición funcional y cómoda que permita al individuo continuar en su rol social⁶³. Este instrumento consiste en un cuestionario compacto de solo 12 preguntas, lo que aumenta la probabilidad de que sea contestado en forma completa. Para evaluar los problemas relacionados con la salud bucal se propusieron tres dimensiones: 1) *Función Física*, que influye en comer, hablar, deglutir; 2) *Función Psicosocial*, incluyendo preocupación por su salud oral, insatisfacción con la apariencia, autoconciencia acerca de la salud oral y dificultad en el contacto social debido a problemas orales; 3) *Dolor e Incomodidad*, incluyendo el uso de medicamentos para aliviar el dolor en la cavidad oral.

El formato de respuesta es de tipo Likert, los sujetos responden si ellos han experimentado alguno de los doce problemas en los últimos tres meses, codificando como, 0 = nunca, 1 = rara vez, 2 = a veces, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo, 5 = siempre. Se calcula una sumatoria

simple de las respuestas para cada sujeto, dando un rango entre 0 y 60, el valor más alto indica la mejor autopercepción de la salud oral.

Las preguntas que se realizan en este índice están las siguientes: ²⁷

- 1.- Limitó la clase o cantidad de alimentos debido a problemas con sus dientes o prótesis dentales?
- 2.- ¿Pudo tragar cómodamente?
- 3.- ¿Sus dientes o prótesis dentales le impidieron hablar del modo que usted quería?
- 4.- ¿Pudo comer lo que usted quería sin sentir molestias?
- 5.- ¿Evitó estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes o prótesis dentales?
- 6.- ¿Se sintió satisfecho o contento con la apariencia de sus dientes, encías o prótesis dentales?
- 7.- ¿Se preocupó o intranquilizó por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?
- 8.- ¿Se sintió nervioso o conciente debido a problemas con sus dientes, encía o prótesis dentales?
- 9.- ¿Se sintió incómodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?
- 10.- ¿Evitó reírse o sonreír debido a que sus dientes o prótesis dentales eran antiestéticas?
- 11.- ¿Ha tenido dolor o molestias alrededor de la boca?
- 12.- ¿Sintió sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces?

Es importante considerar que sus autores enfatizan que este índice no reemplaza el examen clínico ni el diagnóstico específico de las patologías orales, pero entrega una aproximación del estado de la salud bucal y es muy útil para guiar la derivación oportuna de los pacientes.



El GOHAI ha sido validado y ampliamente utilizado en los Estados Unidos. Este instrumento demostró que presentaba confiabilidad (consistencia interna) y todas las hipótesis diseñadas para evaluar la validez de su construcción fueron confirmadas. Recientemente, Turbert-Jeannin y cols. validaron este instrumento para el uso en población francesa ⁴⁰, previamente había sido traducida y validada su versión china ⁴¹. La literatura contiene ejemplos que demuestran una buena correlación del GOHAI con parámetros clínicos objetivos de salud oral ^{27, 40, 41,42}. Además se ha determinado su sensibilidad para reflejar la mejoría en la salud oral en adultos mayores que han recibido atención odontológica en un periodo de seguimiento de 24 meses, y se ha estudiado la evolución del GOHAI en el tiempo en una población de adultos mayores.

7.3 OHIP- Oral Health Impact Profile:

Junto con el GOHAI, probablemente el más conocido de los instrumentos para evaluar calidad de vida relacionada a salud oral es el Perfil de Impacto de Salud Oral (Oral Health Impact Profile o OHIP), que mide como influyen las enfermedades orales en el impacto social de sentirse bien ⁶³. El desarrollo, confiabilidad y validez de este índice fue descrito en el año 1994 por Slade y Spencer.

Consiste en 49 preguntas que capturan las siete dimensiones formuladas en el modelo teórico de salud oral de Locker ²⁸: limitación de la función, dolor físico, aflicción psicológica, incapacidad física, incapacidad social y discapacidad. Para facilitar la evaluación de la severidad del impacto, cada pregunta tiene un peso derivado de la técnica de comparación pareada de Thurstone. Las respuestas a las preguntas que abordan cada uno de estos aspectos pueden ser calculadas en subescalas separadas para cada

dimensión del impacto social del OHIP, o en su conjunto todas las preguntas. Un ejemplo de una pregunta del OHIP es: ¿Ha tenido usted que interrumpir sus comidas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis? Para su cuantificación se usa un formato de tipo Likert (0 = nunca, 1 = rara vez, 2 = a veces, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo, 5 = siempre).

A continuación se mencionan los 49 puntos a tratar con sus respectivas dimensiones⁶⁴ del OHIP-49:

LIMITACIÓN FUNCIONAL.

- 1.- Dificultad para masticar.
- 2.- Problemas en el pronunciamiento de palabras.
- 3.- Notar que un diente no luce bien.
- 4.- Apariencia afectada.
- 5.- Mal aliento.
- 6.- Mal sabor.
- 7.- Al tomar alimentos.
- 8.- Mala digestión.
- 17.- Dentaduras que no son adecuadas.

DOLOR FÍSICO.

- 9.- Dolor constante.
- 10.- Mandíbula dolorida.
- 11.- Dolor de cabeza.
- 12.- Dientes sensibles.
- 13.-Dolor de dientes.
- 14.- Encías dolorosas.
- 15.- Incomodidad al comer.
- 16.- Puntos dolorosos.



18.- Incomodidad (con dentaduras)

INCOMODIDAD PSICOLÓGICA.

19.- Preocupación.

20.- Timidez.

21.- Abatimiento, tristeza o depresión.

22.- Aspecto o apariencia.

23.- Tenso.

DISCAPACIDAD FÍSICA.

24.- Hablar poco claro.

25.- Las personas no le entienden.

26.- Comida sin sabor.

27.- No poder cepillarse los dientes.

28.- Evitar comer.

29.- Dieta insatisfactoria.

30.- No poder comer (con dentaduras)

31.- Evitar sonreír.

32.- Comidas interrumpidas.

DISCAPACIDAD PSICOLÓGICA.

33.- Interrupción en el sueño.

34.- Disgustos.

35.- Dificultad para relajarse.

36.- Depresión.

37.- Concentración afectada.

38.- Estar avergonzado.



DISCAPACIDAD SOCIAL.

- 39.- Evitar salir.
- 40.- Poca tolerancia hacia los demás.
- 41.- Problemas con otras personas.
- 42.- Irritación hacia los demás.
- 43.- Dificultad haciendo trabajos.

IMPEDIMENTOS.

- 44.- Salud empeorada.
- 45.- Pérdida Financiera.
- 46.- No poder disfrutar la compañía de otros.
- 47.- Vida insatisfecha.
- 48.- No tener rendimiento.
- 49.- No poder trabajar.

En estudios epidemiológicos que han utilizado el OHIP se ha encontrado que los dientes perdidos, la caries no tratada, la pérdida de la inserción periodontal y las barreras para el cuidado dental, están asociadas con un incremento en el impacto sobre el bienestar y la calidad de vida ^{43,44}. Considerando que este extenso instrumento de 49 preguntas podría ser difícil de aplicar en estudios epidemiológicos, Slade ³¹ publicó en el año 1997 una forma resumida del OHIP consistente en 14 preguntas que presentaron un alto grado de coincidencia con los resultados obtenidos con la OHIP de 49 preguntas.

La **Tabla 6** muestra las preguntas que conforman el OHIP-14.

**Tabla 6. Oral Health Impact Profile (OHIP).**

Dimensión	N°	Pregunta
Limitación funcional	1	¿Tiene usted incomodidad para pronunciar algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?
	2	¿Ha sentido usted que su sensación del gusto ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?
Dolor físico	3	¿Tiene usted alguna incomodidad dolorosa en su boca?
	4	¿Ha sentido usted incomodidad al comer algunos alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?
Molestias psicológicas	5	¿Ha estado usted preocupado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?
	6	¿Se ha sentido nervioso debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?
Incapacidad física	7	¿Ha sido su dieta poco satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?
	8	¿Ha tenido usted que interrumpir sus comidas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?
Incapacidad psicológica	9	¿Encuentra usted dificultad para relajarse debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?
	10	¿Se ha sentido usted perturbado frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?
Incapacidad social	11	¿Se ha sentido usted irritable con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?
	12	¿Tiene usted dificultad de hacer sus trabajos habituales debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?
Obstáculos	13	¿Ha sentido usted que su vida es, en general, menos satisfactoria, debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?
	14	¿Se ha sentido usted totalmente incapaz de funcionar debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?

Las respuestas se codifican en una escala de 5 puntos. Estableciéndose como 0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = ocasionalmente, 3 = frecuentemente, 4 = muy frecuentemente. Dentro de cada dimensión, las respuestas codificadas pueden ser multiplicadas por el valor de la pregunta para tener el puntaje de la dimensión.

Se ha comparado el OHIP-14 con el GOHAI demostrándose una asociación significativa entre el nivel de salud oral y la satisfacción con el estado de salud oral de ambos tests.



Sin embargo, el GOHAI ha sido más exitoso que el OHIP en detectar el impacto de los problemas orales en poblaciones más jóvenes y en individuos relativamente sanos ^{66,67,68}. Aunque el GOHAI fue inicialmente diseñado para evaluar la salud oral de adultos mayores, en Estados Unidos ha sido utilizado en población hispana y afro-americana de todas las edades; igual cosa sucede en población francesa ⁶⁹. Además, se ha incluido poblaciones de bajo y alto nivel educacional ⁷⁰. Debido a todas estas razones el GOHAI fue posteriormente renombrado como General Oral Health Assessment Index.

En algunas publicaciones se han utilizado estos dos instrumentos para evaluar los posibles factores que afectan la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. La xerostomía tendría una importante influencia en el bienestar y en la calidad de vida de la población de este grupo de edad ⁷². Además, se debe considerar el grado de pérdida de piezas dentarias, ya que la presencia de 25 o más piezas dentarias se asociaría con una mejor percepción de la salud oral. En el estudio de Locker ⁷¹ la xerostomía, la pérdida de piezas dentarias y la capacidad de masticar bien, fueron considerados los problemas de salud oral más relevantes de los adultos mayores. En este estudio se concluye que el GOHAI y el OHIP-14 miden aspectos que los individuos consideran de importancia para su calidad de vida.

7.4 DIDL- Dental Impact on Daily Living:

Otros instrumento diseñado para medir la frecuencia y severidad de los problemas orales sobre el bienestar funcional y psicosocial es la encuesta Impacto Dental sobre la Vida Diaria (Dental Impact on Daily Living o DIDL) ^{29,30}. Consiste en 36 preguntas distribuidas en 5 escalas: comodidad, apariencia, dolor, comportamiento y restricción en las comidas. Los

impactos de cada pregunta se codifican de la siguiente forma: +1= positivo, 0= impacto no considerado totalmente negativo, -1= impacto negativo.

El valor de cada dimensión sobre una base individual se calcula dividiendo la suma de respuestas de cada dimensión por el posible puntaje total en la escala. Para construir un puntaje total, se calculan primero los puntajes dentro de cada dimensión, multiplicando la suma de las respuestas de la dimensión por el valor de la dimensión y luego se suman los puntajes de las dimensiones para dar un puntaje DIDL.

7.5 OI DP- Oral Impact on Daily Performance:

El Impacto Oral sobre la Vida Diaria (Oral Impact on Daily Performance o OI DP) ^{73,74} es un indicador compuesto por actividades y comportamientos de la vida diaria, y mide las frecuencias y severidades del impacto de las condiciones orales en esas actividades.

Considerando la carga demandada, este instrumento es ventajoso para usarlo en estudios poblacionales, no sólo en términos de facilitar la medición de los comportamientos entre los diferentes estados de sentimientos, si no para también hacer la evaluación más corta.

Está basada en un marco conceptual explícito, el de la WHO (World Health Organization Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) ²⁷, que ha sido corregida por Locker.

El OI DP es calculado por múltiples frecuencias o resultados; se obtiene de la suma de resultados de 8 dimensiones, las cuales son:

- 1) Comer.
- 2) Hablar y pronunciar claramente.

- 3) Limpieza dental.
- 4) Dormir, descanso y relajación.
- 5) Sonreír sin vergüenza, mostrando sus dientes.
- 6) Mantener estados emocionales.
- 7) Disfrutar el contacto con otras personas.
- 8) Realizar actividades laborales o escolares sin ningún problema.

En la siguiente tabla se resumen los indicadores dentales más utilizados para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud bucodental, describiendo el número de preguntas que se realizan, así como el formato de respuesta a las mismas y se hace mención de un ejemplo de las preguntas efectuadas.

**Tabla 7. Cuestionarios de Calidad de Vida con Relación a la Salud Oral**

INDICADOR	MEDIDAS	No. DE PREGUNTAS	EJEMPLOS DE PREGUNTAS	FORMATO DE PREGUNTAS
Sociodental Scale ⁴⁰	Masticación, habla, sonrisa, risa, dolor, apariencia.	14	¿Hay algún tipo de comida que le cueste trabajo masticar?	Si/No
RAND Dental Health Index ⁴¹	Dolor, preocupación, conversación.	3	¿Cuánto dolor le causan sus dientes y encías?	4 Categorías de "Siempre" a "Nunca".
General Oral Health Assessment Index ⁴²	Masticación, alimentación, relación social, apariencia, dolor, preocupación, auto-imagen.	12	¿Qué tan seguido usted limita el tipo o cantidad de comidas debido a problemas con sus dientes o dentaduras?	6 Categorías de "Siempre" a "Nunca".
Dental Impact Profile ⁴⁵	Apariencia, alimentación, habla, seguridad en sí mismo, felicidad, vida social.	25	¿Usted piensa que sus dientes o dentaduras tienen un buen efecto (positivo), un mal efecto (negativo), o no surten ningún efecto sobre su comodidad?	3 Categorías: "Bueno", "Malo" y "Sin efecto".
Oral Health Impact Profile ⁴⁶	Función, dolor, incapacidad física, psíquica o social, minusvalía.	49	¿Ha tenido dificultad para masticar alimentos debido a problemas en su boca, dientes o dentaduras?	5 Categorías de "A menudo" a "Nunca".
Subjective Oral Health Status Indicators ⁴⁶	Masticación, habla, síntomas, alimentación, comunicación, relaciones sociales.	42	Durante el último año ¿qué tan seguido ha tenido problemas dentales que le provoquen problemas al dormir?	Depende la pregunta
Oral Health Quality of Life Inventory ⁵⁶	Salud oral, nutrición, autovaloración de salud oral, calidad de vida general.	56	Dos bloques de preguntas: A= ¿Qué tan importante es para usted el hablar claramente? B= ¿Qué tan feliz es usted con su capacidad para hablar claramente?	Parte A: 4 categorías de "No importante" a "muy importante" Parte B: 4 categorías de "infeliz" a

				"feliz"
Dental Impact on Daily Living ⁶²	Confort, apariencia, dolor, actividades diarias, alimentación.	36	¿Qué tan satisfecho ha estado con sus dientes en los últimos 3 meses?	Depende de la pregunta.
Oral Health-related Quality of Life (OHQOL) ⁶¹	Actividades diarias, actividades sociales, conversación.	3	¿Tiene problemas con sus dientes o encías que afecten sus actividades diarias tales como trabajar o realizar sus hobbies?	5 Categorias de "Todo el tiempo" a "Nunca".
Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) ⁴⁶	Capacidad de comer, hablar, higiene oral, dormir, apariencia, emociones.	9	4 Bloques de preguntas: A= En los pasados 6 meses ¿Ha tenido problemas dentales que le hayan causado alguna dificultad al comer o disfrutar de sus alimentos? B= ¿Ha tenido dificultades en periodos regulares o sólo en determinados momentos? C= Durante los últimos 6 meses ¿qué tan a menudo ha tenido usted esta dificultad? D= Usando una escala del 0 al 5, ¿Qué número refleja el impacto que tiene usted, de la dificultad que tiene al comer y disfrutar alimentos en su vida diaria?	Depende de la pregunta.

Fuente: Quality of life measuring Health care.⁴⁶



V. CONCLUSIONES

Comúnmente, el odontólogo obtiene información del paciente por medio de la anamnesis, de los estudios de laboratorio y gabinete, y del interrogatorio. Éste último, se enfoca en realizar preguntas referentes a la salud pasada y presente tanto del paciente como de su familia sin tomar en cuenta los aspectos sociales, culturales y físicos del paciente así como de la percepción que él mismo tiene de su estado de salud, de su bienestar emocional y de cómo ese estado de salud puede influir en su autoestima y calidad de vida.

Es por eso, que es muy importante el complementar las historias clínicas aplicadas en la consulta dental con preguntas que evalúen de manera cuantificable la Calidad de Vida del paciente y su Relación con su Salud Bucodental y de esta manera el poder diagnosticar y tratar de una manera más completa y eficaz el padecimiento del paciente. El comenzar a usar este tipo de evaluaciones nos puede ayudar a identificar precozmente, en el paciente, síntomas que no sean físicos.

Las medidas de Calidad de Vida relacionadas con la Salud Bucodental ofrecen al odontólogo nueva información sobre cómo actúan en la práctica los medicamentos, las cirugías y otras formas de terapia. Ya no se trata sólo de salvar una vida, sino de conseguir que el paciente piense que vale la pena vivirla. La investigación de estos temas, por lo tanto, nos demuestra que cuando la calidad de vida de los pacientes que están sometidos a un determinado tratamiento mejora, los clínicos pueden usar esos datos para asegurar a sus enfermos que ese tratamiento vale la pena.



En general, a los pacientes les interesa más el cómo los síntomas pueden afectar su vida diaria, que los síntomas en sí mismos. Muchos pacientes, sobre todo los adultos de la tercera edad, generalmente no proporcionan en forma espontánea toda la información necesaria, debido a que creen que sus problemas forman parte del proceso natural de envejecimiento. La evaluación funcional que proporcionan las mediciones genéricas de calidad de vida y salud, descubre muchas veces un número de alteraciones físicas, mentales o emocionales. Tanto los odontólogos como los pacientes, esperan que el tratamiento tenga efectos funcionales positivos. La evaluación funcional ayuda a confirmar los beneficios y a detectar los efectos secundarios negativos.

Actualmente, se están llevando a cabo investigaciones a nivel mundial acerca de los índices usados en la medición de la Calidad de Vida relacionada con la Salud Bucodental, para complementar o generar nuevos indicadores que sean apropiados para la evaluación de dicho punto. Es indudable que si la atención de salud tiene por objeto aumentar la capacidad funcional y el bienestar de la población, debe por ende integrar los datos sobre mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud bucodental en las historias clínicas, junto con el diagnóstico, el tratamiento y la atención de salud adecuados.



VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diccionario de la Lengua Española; 9° ed. Madrid: R. García-Pelayo; 2005. Espasa-Calpe
2. Centro Peninsular en Humanidades y Ciencias Sociales; Programa: Calidad de Vida, Cultura, Salud y ambiente en la Península de Yucatán. Hallado en: <http://www.cephcis.unam.mx/investigacion/programa.php?programa=cdv>
3. Calidad de Vida; Wikipedia. Hallado en: http://es.wikipedia.org/wiki/calidad_de_vida
4. Pagán Santini, RH; Calidad de Vida. Hallado en: <http://www.cuiss.buap.mx/articulos.htm>
5. Gómez VM, Sabeh EM, Calidad de Vida: Evolución del concepto y su Influencia en la Investigación y la Práctica. Instituto Universitario de Integración en la comunidad, Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca;2004.Hallado en: <http://www.inico.usual.es/publicaciones/pdf/calidad.pdf>
6. Guerrero Padilla, JL; Aguirre Reynoso, LR; Calidad como estilo de vida; Hallado en: <http://www.gestiopolis.com/canales5/emp/pymecommx>
7. Schneider EI, Reed JD. Life extensión. N Engl J Med 1985; 312: 1159-68.
8. Consiglio E, Belloso W. Medicina (B. Aires) 2003; 63: 172-178.
9. Barsky, AJ. The Paradox of Health. N Engl J Med 1998; 318: 414-8.
10. Nunnally JC. En: Teoría Psicométrica, 1° edición (cast.) México: Editorial Trillas, 1987. p.17-34.
11. US Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A report of the Surgeon General-Executive Summary. US Department of Health and Human Services. Government Printing Office. 2000.
12. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health related quality of life. Ann Intern Med 1993; 118: 622-9.

13. Scientific Advisory Committee. Instrument review criteria. Medical Outcomes Trust Bulletin; September 1995; p. I-IV.
14. Bergner M. Quality of life, health status, and clinical research. *Med Care* 1989; 27 (suppl): S148-56.
15. Guyatt GH, Veldhuizen Van Zanten SJO, Feeny DH, Patrick DL. Measuring quality of life in clinical trials: a taxonomy and review. *Can Med Assoc J* 1989; 140: 1441-8.
16. Locker D. Concepts of oral health, disease and quality of life. In: Slade GD (ed) *Measuring Oral Health and Quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina- Dental Ecology, 1997: 11-24.
17. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 1997; 196: 129-136.
18. Wilson I, Cleary P. Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient-outcomes. *JAMA* 1995; 273: 59-65.
19. Gift HC, Atchison KA. Oral health, health and health-related quality of life. *Med Care* 1995; 3(11, Suppl): NS57-NS77.
20. Office of Technology Assessment. *Adolescent Health, I: Summary and Policy Options*. Government Printing Office, 1991.
21. Slade GD. Ed. *Measuring Oral Health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina. 1997.
22. Thoits PA. Conceptual, methodological, and theoretical problems in the studying social support as a buffer against life stress. *J Health Soc Behav* 1982; 23: 145-159.
23. Patrick DL, Erickson P. *Health Status and Health Policy. Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York: Oxford University Press, 1993.
24. *World Population Ageing 1950-2050*. United Nations, 1995.
25. Kiyak HA. Psychological and social factors in the dental care of the elderly. *Int Dent J*. 1993. 33: 281-91.
26. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Taskos G, Finch S, Walls AWG. Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on

- eating among people, a national survey in Great Britain. *Comm Dent Oral Epidemiol* 2001, 28: 195-203.
27. Cohen LK, Jago JD. Toward formulation of sociodental indicators. *International Journal of Health Services*, 1976; 6:681-698.
 28. National Institute of Dental and Craniofacial Research. Surgeon General's Conference on Children and Oral Health. 12-13 June 2000, Washington, DC. Available at: <http://www.nidcr.nih.gov/sgr/children/children.htm>. Accessed August 29, 2001.
 29. Tubert-Jeannin S, Riordan PJ, Morel-Papermont A, Porchera S, Saby-Collet S. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003; 31(4): 275-84.
 30. American Medical Association. Profiles of Adolescents Health Series, I: Adolescents- How Healthy are they? Chicago: American Medical Association, 1990.
 31. Field MJ (ed). *Dental Education at the Crossroads-challenges and change*. Washington, DC: National Academy Press, 1995.
 32. Cornell JE, Saunders MJ, Paunovich ED, Frisch MB. Oral Health Quality of Life Inventory (OH-QoL). In: Slade GD, editor. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina. *Dental Ecology*; 1997. p. 136-49.
 33. Dolan TA. The sensitivity of the Geriatric Oral Health Assessment Index to dental care. *J Dent Educ*. 1997; 61: 37-46.
 34. Pine Cynthia M. *Community Oral Health*. Wright; Great Britain; 1997.p. 42-49.
 35. Cushing AM, Sheiham A, Maizels J. Developing Sociodental indicators- The social impact of dental disease. *Community Dent Health*;1986. 3:3-17.
 36. Slade GD, Strauss RP, Atchison KA, Kressin NR, Locker D, Reissine ST. Conference summary: Assessing oral health outcome-measuring health status and quality of life. *Community Dent Health* 1998. 15:3-7.
 37. Locker D, Miller Y. Evaluation of subjective oral health status indicators. *J Public Health Dent* 1994; 16-76.

38. Cohen LK. The emerging field of oral health-related quality of life outcomes research. In: Measuring oral health and quality of life. Edited by: Slade GD. University of North Carolina. Chapel Hill University of North Carolina, Dental Ecology; 1997.
39. Inglehart RF. The Silent Revolution. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1977.
40. Deyo RA, Diehr P, Patrick DL. Reproducibility and responsiveness of health status measures. Statistics and strategies for evaluation. *Controll Clin Trials* 1991; 12: (suppl): S14-58.
41. Kressin NR. The Oral Health related Quality of Life Measure (OHQOL). In: Slade GD, Editor. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina. Dental Ecology; 1997. p.114-9.
42. Gift HC, Redford M. Oral Health and the quality of life. *Clin Geriatric Med*; 1992. 8:673-83.
43. Misrachi C, Lamadrid S. Salud oral y Conductas asociadas en Adultos Mayores de Bajos Recursos. *Cuadernos Médico sociales XXXVIII*, 4:79-86.
44. Gamonal J. Prevalencia de enfermedades periodontales y caries dental en la población de 35 a 44 años y de 65 a 74 años de nivel socio económico bajo y medio-bajo de la provincia de Santiago, Región Metropolitana y determinación de los recursos necesarios para su tratamiento. Universidad de Chile. 1996.
45. Espinoza I. Prevalencia de lesiones de la mucosa oral en el adulto mayor de la provincia de Santiago, Región Metropolitana. 2001.
46. Kressin N, Spiro A, Bosse R, García R, Kazis L. Assessing oral health related quality of life: Findings from the normative aging study. *Med Care*. 34(5): 416-27.
47. Wong MC, Liu JK, Lo EC. Translation and validation of the Chinese versión of GOHAI. *JPublic Health Dent*. 2002; 62 (2): 78-83.
48. World Health Organization: International classification of impairments, disabilities and handicaps. Geneva: World Health Organization, 1980.

49. Da Silva SR, Castellanos Fernández SA. Self-perception of oral Health status by the elderly. *Rev Saude Public.* 2001; 35:349 (4): 349-55.
50. Adulyanon S, Sheiham A. Oral impacts on Daily Performances. 25: 284-90.
51. Cunningham SJ, Garrat AM, Hunt NP. Development of a condition specific quality of life measure for patient with dentofacial deformity: reliability of the instrument. *Community Dent Oral Epidemiol*, 28: 195-201.
52. McGrath C, Bedi R, Gilthorpe MS. Oral health related quality of life views of the public in the United Kingdom. *Community Dent Health* 17:3-7.
53. Leao A, Sheiham A. The development of a sociodental measure of Dental Impact on Daily Living *Community Dent Health* 13:22-6.
54. Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la salud. *Rev Dent Chile Vol.* 96 N° 2; 2005; 96(2): 28-35.
55. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. Developing and evaluating an oral health related quality of life index for children: The child OIDP. *Community Dent Health* 2004; 21: 161-9.
56. Gadbury- Amyot CC, Williams KB, Krust-Bray K, Manne D, Collins P. Validity and reliability of the oral health-related quality of life instrument for dental hygiene. *J Dent Hygiene* 1999; 73: 126-34.
57. Locker D, Berka E, Jokovic A, Tompson B. Does selfweighting of items enhance the performance of an oral health-related quality of life questionnaire? *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 35-43.
58. Locker D, Allen F. What do measures of "oral health-related quality of life" measure? *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007; 35: 401-411.
59. Allen F. Assessment of oral health related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003. 1:40.
60. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dent Health.* 11:3-11.
61. Atchison KA, Dolan TA. Development of Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ.* 1990;54: 167-176.

62. Allen PF, Locker D. A modified short version of the Oral Health Impact Profile for assessing health related quality of life in edentulous adults. *Int J Prosthodont*. 2002; 15:446-450.
63. Dolan TA. Identification of appropriate outcomes in an aging population. *Special Care Dent*. 13 (1): 35.
64. Slade GD. Derivation and validation of a short form oral health impact profile. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1997, 25: 284-290.
65. Strauss RP, Hunt RJ. Understanding the value of teeth to older adults: Influences on the quality of life. *J Am Dent Ass* 1993, 124: 105-110.
66. Cuenca Sala, Emili. *Odontología Preventiva y Comunitaria*. El Serier España, 3^o edición. España, 2007; p. 338,339.
67. Locker D. Social and psychological consequences of oral disorders. In: *Turning strategy into action*. Edited by Kay EJ. Manchester. Eden Bianchipress; 1995.
68. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care: Application and issues in assessment. *BMJ* 1992. 305: 1074-1077.
69. Dolan TA, Gooch BR. Dental health questions from the Rand Health Insurance Study. In: Slade GD, editor. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina. Dental Ecology; 1997. p. 66-70.
70. McGrath C, Bedi R. An evaluation of a new measure of oral health-related quality of life- OHQoL-UK. *Community Dent Health* 2001; 18:138-43.
71. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B. Validity and reliability of a measure of child oral health-related quality of life. *J Dent Res* 2002; 81: 459-63.
72. Rohr Inglehart M, Bagramian R. *Oral Health-Related Quality of Life*. Quintessence Publishing Co. Inc. 2002. USA
73. Ingle RF. *Culture Shift*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1990.
74. Redford M, Drury TF. Gender differences in oral disease patterns among US adults (abstract 2879). *J Dent Res* 1997; 76 (Special Issue): 373.

