



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

IMPACTO DE LA SALUD BUCAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE
PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE MEDICINA BUCAL,
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UNAM

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

PATRICIA LÓPEZ RÍOS

TUTOR: Dr. LUIS ALBERTO GAITÁN CEPEDA

ASESOR: DR. DANIEL QUEZADA RIVERA



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.

AGRADECIMIENTOS

A la Facultad de Odontología y a la Universidad Nacional Autónoma de México por darme la oportunidad de desarrollarme en forma profesional y personalmente.

A mi padre, por todas sus enseñanzas, por ser mi inspiración y ser mi amigo. Muchas gracias por todo tu esfuerzo para poder darme lo mejor y poder cumplir esta meta, gracias por confiar en mí y estar siempre conmigo, aun cuando ya no estás físicamente.

A mi madre, por todo el apoyo que me has dado, los valores que me has enseñado y por tu esfuerzo que has puesto en cada uno de nosotros. Gracias por tus cuidados y por ser mi amiga; gracias por tu cariño.

A mis hermanos Sandra, Rubén, Gilberto y Eduardo, por ser un ejemplo a seguir y por apoyarme y ayudarme siempre; gracias por estar juntos.

A mi tío Francisco, por ese gran apoyo que me has brindado, por haber depositado tu confianza en mí, por ser parte de este esfuerzo y estar siempre al pendiente. Para ti mi completo reconocimiento y mi eterna gratitud.

Al Dr. Luis Alberto Gaitán Cepeda, de manera especial, por haber sido mi tutor de tesis, por su enseñanza, su paciencia, además de agradecer enormemente su apoyo y su confianza para este proyecto; una gran admiración hacia usted.

Al Dr. Daniel Quezada Rivera, por su orientación y su apoyo.

Al Dr. Enrique Sandoval, por todo el apoyo que me ha brindado desde inicios de la carrera, además de ser un gran amigo. Gracias por todas sus enseñanzas.

A mis amigas de la Facultad, Mara y Dayana, por haber estado a mi lado durante estos años, por su apoyo, por sus consejos y todos esos momentos que pasamos juntas; gracias por ser mi segunda familia.

A esa gran persona, por apoyarme tanto, por comprenderme, muchas gracias, Armando, por tu cariño y tu insistencia.

A mis amigos Caro, César, Jorge, Gustavo, Juan Carlos y Mario, por su apoyo y por todos esos momentos tan especiales que compartimos durante estos años.

A todos ustedes, muchas gracias....

Patricia López Ríos

ÍNDICE

APTDO.	CONTENIDO	PÁG.
1.	INTRODUCCIÓN	4
2.	MARCO TEÓRICO	6
2.1.	Antecedentes.....	7
2.1.1.	Calidad de vida.....	7
2.1.2.	Salud como concepto.....	11
2.1.3.	Calidad de vida relacionada con salud.....	13
2.1.4.	Calidad de vida relacionada con la salud bucal.....	15
3.	METODOLOGÍA PARA EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA (INDICADORES SOCIODENTALES) ...	21
3.1.	Oral Health Impact Profile (OHIP).....	24
4.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
5.	JUSTIFICACIÓN	31
6.	OBJETIVOS	32
6.1.	Objetivo general.....	32
6.2.	Objetivos específicos.....	32

7.	HIPÓTESIS.....	32
8.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
8.1.	Criterios de selección.....	33
8.2.	Variables.....	34
8.3.	Método de recolección de datos.....	34
8.4.	Análisis de la información.....	35
8.5.	Análisis de resultados.....	36
9.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	36
10.	RESULTADOS.....	37
10.1.	Gráficas.....	38
10.2.	Resultados globales.....	44
11.	DISCUSIÓN.....	50
12.	CONCLUSIONES.....	56
13.	ANEXOS.....	57
14.	ÍNDICE DE CITAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
15.	BIBLIOGRAFÍA.....	71

1. INTRODUCCIÓN

Gracias al progresivo avance científico en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades en los países industrializados, actualmente se ha conseguido disminuir la morbilidad y la mortalidad de muchas patologías, aumentando la esperanza de vida del ser humano. Sin embargo, se han ido incrementando, concomitantemente, los padecimientos crónico-degenerativos no letales, que constituyen hoy en día el principal problema de salud en estos países.^{1,2}

Debido a este problema, es importante conocer la percepción del paciente ante el proceso de salud-enfermedad, que se convierte en un fenómeno complejo, por la reacción y la forma en que cada organismo la enfrente, ya que en las diversas dimensiones de este proceso, cada individuo puede tener respuestas fisiológicas distintas.

La expresión calidad de vida remite a un concepto integrador, que comprende todas las áreas de la vida. Se considera de carácter multidimensional y hace referencia, tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos.³ La calidad de vida es una noción eminentemente humana, que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, así como con su vida familiar y social.⁴

La salud bucal forma parte de la salud general, por lo cual se convierte en esencial para una óptima calidad de vida. Salud bucal y salud general forman parte del individuo, interaccionan con él y pueden llegar a causar un impacto en su estado de salud general.

Salud bucal y calidad de vida son aspectos que actualmente se han relacionado entre sí, por lo que se ha recomendado considerarlas como objetivo terapéutico de suma importancia para mejorar la plenitud de la vida del paciente, dentro de los límites impuestos por la enfermedad.

Por consiguiente, la calidad de vida relacionada con la salud bucal, se refiere a la *“percepción que el paciente tiene del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como tejidos duros y blandos de la cavidad oral, en el desempeño de las actividades de la vida diaria, teniendo en cuenta sus circunstancias presentes y pasadas”*⁵, así como la percepción ante la enfermedad y su tratamiento que pueden llegar a impactar diversos aspectos de su vida, especialmente su bienestar físico, emocional y social.⁶

En el presente estudio se aborda, en particular, el impacto de la salud bucal sobre la calidad de vida de los pacientes que acudieron a la Clínica de Medicina Bucal, de la Facultad de Odontología (UNAM), durante el periodo que va de enero del 2009 a diciembre 2010.

2. MARCO TEÓRICO

En las últimas décadas, la comunidad científica internacional ha mostrado una creciente preocupación por evaluar la calidad de vida de los grupos humanos considerando las diferentes enfermedades y necesidades correspondientes a cada población.

Es de suma importancia conocer la calidad de vida de cada individuo, así como los factores que contribuyen a modificarla de forma positiva o negativa, tanto en el estado de salud general como en el estado de salud bucal, para así poder elaborar un plan de acción y de ejecución específico, que permita alcanzar indicadores de salud cada vez más favorables.⁷

Tras el incremento de la esperanza de vida en los últimos tiempos, donde la cantidad de adultos mayores ha crecido considerablemente —debido a los avances médicos, los cambios tecnológicos y los estilos de vida de las personas— se ha observado el interés por conocer la calidad de vida de cada individuo; sin embargo, también se han incrementado los retos para mejorar las condiciones de salud de las enfermedades crónico-degenerativas, que representan uno de los problemas más fuertes. Asimismo, es también de suma importancia evaluar la calidad de vida de los individuos que padecen enfermedades bucales y las manifestaciones que de ellas se derivan.

Este grupo de edad mencionado, es decir, el de los adultos mayores, sufre un gran número de cambios en su organismo, así como la presencia de múltiples enfermedades sistémicas, que tienen repercusiones o síntomas en la cavidad oral, por lo cual la evaluación de la calidad de vida se convierte en un tema principal, no sólo en el grupo de los adultos mayores, sino en las diferentes poblaciones, pues es necesario saber el impacto que tienen las enfermedades y las lesiones orales en la vida cotidiana de las personas.

Conocer este impacto permitiría establecer un cambio favorable en la salud bucal a través de la educación, la prevención y la atención de los pacientes en edades tempranas, para mejorar significativamente la salud bucal y, consecuentemente, la calidad de vida de las próximas generaciones y de los actuales adultos mayores.⁸

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. CALIDAD DE VIDA

En la actualidad, el término calidad de vida hace referencia a un concepto holístico, es decir, comprende el punto de vista de las múltiples interacciones en todas las áreas de la vida. Se ha considerado de carácter multidimensional y el interés por su estudio ha existido desde tiempos inmemorables.⁹

El tema de calidad de vida o de la —~~bu~~ena vida” ha estado presente desde la época de los antiguos griegos, con Aristóteles.

La expresión calidad de vida se manifiesta durante la década de los cincuenta y a comienzos de los años sesenta, particularmente en los debates públicos relacionados con el medio ambiente y con el deterioro de las condiciones de la vida urbana, ya que había un creciente interés por mejorar el bienestar humano y una gran preocupación por conocer las consecuencias de la industrialización de la sociedad. De ahí surge la necesidad de medir esa realidad a través de datos subjetivos, desde las Ciencias Sociales, con lo cual se inicia el desarrollo de los indicadores sociales y los estudios estadísticos, que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población.¹⁰

La expresión comienza a definirse como concepto integrador, tras la Segunda Guerra Mundial, a mediados de los años setenta, para referirse al tipo de vida que condicionaban las minusvalías de las víctimas de la masacre.

En 1974, la inclusión del término calidad de vida en la primera revista monográfica de EUA, —Social Indicators Research”, y en Sociological Abstracts”, en 1979, contribuyó a su difusión teórica y metodológica, convirtiéndose, en la década de los ochenta, en la época del despegue definitivo de la investigación, en torno al término.¹¹

Transcurridos 20 años, aún existe una falta de consenso sobre la definición y evaluación del término calidad de vida.

Horniquist la define como la percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar del individuo.¹²

Minayo y colaboradores¹³ consideran que calidad de vida es la forma en que la persona se siente y se ve a sí misma.

De acuerdo con estos autores, en última instancia, la calidad de vida, si bien remite al plano individual, tiene, al menos, tres marcos de referencia:

1. *Histórico*: Cada sociedad tiene parámetros diferentes de calidad de vida, según los momentos históricos por los que esté atravesando.

2. *Cultural*: Todos los pueblos tienen parámetros distintos, en virtud de sus tradiciones culturales, a partir de las cuales se van construyendo los valores y las necesidades.

3.- *Clase social a la que pertenece el individuo*: Las expectativas que cada persona establece, en relación con su propia vida, tienen una estrecha vinculación con la clase social a la que se pertenece.

La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar depende, en gran parte, de sus propios valores, sus propias creencias, su contexto cultural y su historia personal.

En 1991, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como “la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto sociocultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”, los cuales están relacionados entre sí, de forma compleja, con la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales y las creencias religiosas.¹⁴

De acuerdo con esta definición, la calidad de vida es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

Shallock(1996)¹⁵, afirma que la investigación sobre calidad de vida es importante porque el término está emergiendo como un principio organizador que puede ser utilizado para mejorar la situación de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. No obstante, la verdadera utilidad del concepto se percibe, sobre todo, en los servicios humanos y en las técnicas de mejora de la calidad.

En 1998, el WhoqolGroup¹⁶ definió la calidad de vida como: “la percepción del individuo sobre la posición de su vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los cuales él habita, y en relación con sus objetivos, expectativas y preocupaciones”. Desarrolló estas ideas sobre seis indicadores: físico, psíquico, nivel de independencia, relaciones sociales, medio ambiente y espiritualidad (religión, creencias).

Andrews y Withey¹⁷ sostienen que la calidad de vida no es el reflejo de las condiciones reales y objetivas, sino de la evaluación de éstas por parte del individuo. Según este enfoque, la calidad de vida puede entenderse como el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios de su vida actual. Desde esta perspectiva, la calidad de vida es un concepto básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante un conjunto de situaciones reales de la vida diaria.

Giusti¹⁸ define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional, que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas.

Felce y Perry¹⁹ hallaron tres conceptualizaciones que se retroalimentaron con una cuarta:

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 definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta.
4. La combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

En la revisión que se hizo de la literatura, se encontró una amplia diversidad de definiciones sobre calidad de vida, además de las anteriormente citadas. Esta pluralidad de conceptos se relaciona con la multiplicidad de orígenes, enfoques e intereses, según las perspectivas disciplinarias, los niveles de análisis, así como 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, así como tipos de intervención y su evaluación.²⁰

En la vida en sociedad, los individuos experimentan en forma distinta los sentimientos, y su percepción del mundo cambia, de acuerdo con factores relacionados con el entorno y la cultura. Por esta razón, la calidad de vida se convierte en 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. De este modo, cada grupo social identifica sus propias tendencias en materia de bienestar. Por ello se hace preciso diferenciar los diversos modos de vida, las aspiraciones e ideales, las éticas e idiosincrasias de los múltiples conjuntos sociales, a fin de distinguir los diferentes eslabones y las magnitudes, para poder dimensionar mejor las respectivas variaciones entre los diferentes 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, como los conceptos de calidad de vida.

2.1.2. SALUD COMO CONCEPTO

La salud, desde su concepto hasta su propio valor, ha sido buscada por el hombre a través de la historia, y se ha ubicado en polos opuestos: la salud y la enfermedad. Para preservar la salud es necesario que el organismo sufra adaptaciones para conservar su integridad, manteniendo de esta forma su medio interno en equilibrio con el externo.²¹

Los intentos por encontrar una definición, a pesar de su valor extraordinario y relativo, continúan siendo múltiples y pluralistas.

El concepto de salud es dinámico, histórico, y cambia de acuerdo con la época y las condiciones ambientales. El significado de la palabra salud ha ido modificándose y es distinto de un grupo social a otro, y de persona a persona.²²

En 1946, una de las primeras definiciones que trató de englobar la naturaleza multidimensional de salud fue la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien en su Carta Constitucional la definió como *el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*.²³

Esta definición ha sido cuestionada por su sentido utópico e inalcanzable de —completo bienestar”, ya que contiene plasmada la idea de que la salud tiene componentes objetivos y subjetivos. Es decir, el paciente puede estar objetivamente sano, pero subjetivamente enfermo y viceversa. Por lo que es la combinación positiva de estos dos componentes lo que debemos considerar salud. Esta apreciación sugiere que para medir salud no sólo debemos de utilizar índices que midan la presencia o severidad de una patología (estado físico), sino que debemos suplementarlo con medidas del bienestar psicológico y social.

La salud es más que una noción médica; es un concepto predominantemente social porque se vincula con las costumbres, las tradiciones, las actitudes y los juicios de valor de los diversos grupos de una sociedad, y porque involucra la participación de todos los agentes de la comunidad. En el plano individual, requiere la educación de higiene que deben tener las personas; en el plano colectivo, requiere la participación del poder público en la satisfacción de las necesidades sociales.²⁴

2.1.3. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD

La calidad de vida y la salud son términos que abarcan aspectos de la vida del paciente que están influidos de modo significativo por la salud personal. La confusión entre éstos ha dado origen a los dilemas éticos, técnicos y conceptuales.

Algunos críticos del concepto han considerado que el mismo conlleva a la medicalización de la vida cotidiana. El concepto de calidad de vida no puede ser de ningún modo independiente del término de salud, por lo que se ha dado gran importancia a esta unión en el área médica, llevando a una nueva definición, que es “Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS)”, un término que incluye el bienestar psicológico y social, y otorga gran importancia a los efectos de la enfermedad y del tratamiento sobre la calidad de vida.

Dentro de los objetivos que tiene la CVRS es ser considerada como opción terapéutica para mejorar la plenitud de la vida del paciente dentro de los límites impuestos por la enfermedad. Para lograrlo, es necesario determinar las percepciones del paciente sobre la forma en que la enfermedad y el tratamiento podrían impactar sobre su vida cotidiana.

En la actualidad, las exigencias sociales no se limitan a aumentar los años de vida, sino demandan que estos años de vida sean de calidad; de esta forma se busca un incremento en los años de vida saludable. La OMS sintetizó esta idea en su consigna: —añadir vida a los años”.²⁵ De aquí que se deba entender que el concepto de calidad de vida está fuertemente vinculada con el estado de salud del paciente.²⁶

Esta relación de calidad de vida con salud dio lugar a diferentes definiciones en la historia. Las primeras fueron en 1993, dadas por Patrick y Erickson²⁷ quienes definieron CVRS como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional y la disminución, provocada por una enfermedad, accidente o tratamiento.

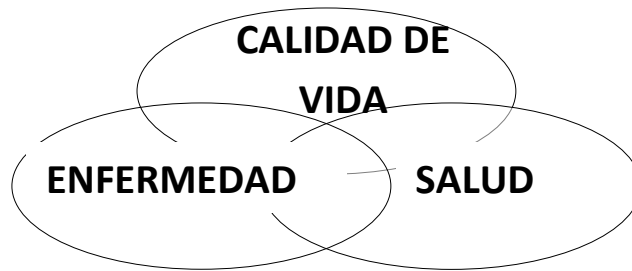
Para Schumaker y Naughton, “la calidad de vida relacionada con la salud” es la percepción subjetiva, influida por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.²⁸

La OMS define CVRS como “la percepción que el individuo tiene del grado de disfrute de su vida, teniendo en cuenta sus voluntades, sus expectativas, sus paradigmas, y acorde del sistema de valores de su contexto sociocultural”.²⁹

En las tres últimas décadas, la calidad de vida ha sido motivo de interés creciente para los clínicos, debido a que se le considera una variable de desenlace muy importante de la atención médica. Una de las preocupaciones, en el nivel mundial, es incrementar la esperanza de vida.³⁰ Sin embargo, actualmente, en los países industrializados se han incrementado las enfermedades crónico-degenerativas letales, que se convierten en problemas principales de salud para estos países.³¹ Por ello, lo importante sería incrementar la esperanza de vida mejorando la plenitud de la vida del paciente dentro del proceso de enfermedad.

Locker³² relata que existe un consenso actual de que la calidad de vida se refiere a algo mucho más que la salud. Su modelo inicial sugiere que las condiciones clínicas y los problemas de salud generan impactos en la calidad de vida, aunque esto no acontece necesariamente.

Ese pensamiento está ejemplificado en el modelo, en donde se sugiere que las condiciones clínicas y los problemas de salud pueden causar un impacto en la calidad de vida, aunque no siempre suceda. Al contrario, individuos con estados clínicamente dolientes o enfermos pueden presentar calidad de vida, teóricamente compatibles con individuos plenamente saludables.



Relación entre salud, enfermedad y calidad de vida

2.1.4. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD BUCAL

La salud bucal es un componente fundamental de la salud general, definida como —bienestar físico, psicológico y social, en relación con el estado dental, así como su vinculación con tejidos blandos y duros de la cavidad bucal.³³

La salud de la cavidad bucal es esencial en funciones tan vitales como la alimentación, la comunicación, el afecto, además de su relación con otros aspectos de la vida cotidiana del paciente.³⁴

La cavidad oral y, a su vez, el estado de salud bucal están también íntimamente relacionados con la calidad de vida. Esta incorporación representa uno de los avances más importantes en materia de salud, debido al **impacto que tiene una enfermedad o condición bucal y su consecuente tratamiento sobre el bienestar del paciente.**

De este modo, se entiende que la salud bucal es una parte integrante de la salud general y es esencial para una óptima calidad de vida. Así, pues, un individuo no puede ser considerado como completamente sano si existe presencia activa de enfermedad bucal.³⁵

El concepto de salud bucal también ha sido cambiado en el nivel biológico. Así tenemos que: —La cavidad bucal contribuye a la calidad de vida protegiendo el cuerpo de infecciones sistémicas por medio de la masticación y la deglución, hasta los niveles social y psicológicos, donde contribuyen con la autoestima, la expresión, la comunicación y la estética facial”.

La salud bucal también se ha definido como —al dentición funcional y confortable que permite a los individuos continuar con el rol social deseado”³⁶. Como se puede advertir, la salud bucal se define no sólo clínicamente, sino agregando aspectos, como el impacto de dolor bucal, el grado de inhabilidad, y mal función de la misma.³⁷

Uno de los objetivos de la odontología es mejorar o mantener la calidad de vida de las personas, ya que la mayor parte de las enfermedades bucodentales y sus consecuencias tienen efectos en el desempeño de las actividades de la vida diaria de los pacientes. Por consiguiente, puede definirse la calidad de vida, en relación con la salud bucal (CVRSB) como *“la percepción que el individuo tiene del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como tejidos duros y blandos de la cavidad bucal, en el desempeño de las actividades de la vida diaria, teniendo en cuenta sus circunstancias presentes y pasadas, sus implicaciones en el cuidado, sus expectativas, sus paradigmas y acorde al sistema de valores de su contexto sociocultural”*.³⁸

Inglehart y Bagramian³⁹ definen la calidad de vida relacionada con la salud bucal por medio de juicios acerca de qué manera los siguientes factores afectan al bienestar:

- Factores funcionales (masticación, digestión, fonación, respiración, entre otras).
- Factores psicológicos (que conciernen a la apariencia personal y a la autoestima).
- Factores sociales (como la relación con los demás).
- Factores como el dolor y la incomodidad.

El estado de salud bucal es importante para la calidad de vida porque puede llegar a impactar principalmente en las áreas física, social y psicológica y, más frecuentemente, en la funcionalidad y en el confort⁴⁰. Algunas teorías psicoanalíticas señalan que la etapa oral es fundamental en el desarrollo del individuo, es la primera etapa de interacción entre la cavidad oral y el medio que rodea al ser humano. La etapa oral proporciona la satisfacción de alimentarse, el placer de chupar y poner en movimiento los labios, la lengua y las diferentes estructuras de la cavidad oral.⁴¹ Por tal motivo la cavidad oral tiene un impacto significativo en la calidad de vida.

La OMS ha considerado la importancia que tiene la calidad de vida relacionada con la salud bucal en el nivel comunitario y nacional, por lo cual ha incluido la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades bucales en los programas dirigidos a diversas regiones, entre ellas México, que se ubica entre los países con alto rango de morbilidad bucal.

Las enfermedades, las lesiones bucales, el daño a los tejidos y el dolor dental son predictores de la disminución de la habilidad masticatoria y de una reducción en la calidad de vida.⁴² Un padecimiento específico da lugar a una deficiencia; ésta, a su vez, produce una discapacidad y una minusvalía en el sujeto, por lo tanto se modificaran las actividades que desempeña con regularidad el paciente.

Al respecto, se ha demostrado que los sujetos con lesiones orales presentan una menor calidad de vida que los sujetos libres de lesión oral. Por lo tanto, la forma en que los adultos perciben su salud bucal está relacionada con el bienestar; una boca —saludable” contribuye a que el individuo se sienta bien y ayuda a su satisfacción y felicidad. Esta percepción es considerada un factor sobre calidad de vida.^{43 44}

En forma general, las actividades que, por naturaleza y necesidad, son realizadas cotidianamente por el ser humano, están clasificadas en diferentes ámbitos. Cada ámbito incluye factores que, modificados, pueden alterar las condiciones cotidianas del individuo y que los profesionales odontológicos deberán ser capaces de percibir.

- *Campo social.* Se han reconocido algunos factores como el empleo, la vivienda, la comunicación, la urbanización o la contaminación del ambiente, entre otros, que conforman este entorno y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad, afectando de manera directa la vida cotidiana de las personas.
- *El contexto cultural.* Es también importante en el desarrollo del hombre y constituye un factor que puede determinar alguna variación en él.

Asimismo, el *aspecto psicológico* representa el factor más importante para el individuo, ya que este campo se encarga de estudiar la conducta humana en todas sus dimensiones (moral, psicológica, fisiológica, cultural, social y física), así como la interacción del individuo con la sociedad.

Es importante mencionar estos contextos en que se desarrolla el ser humano porque en cada individuo los contextos son distintos. En determinados contextos, las variaciones se dan en forma negativa, lo que propicia la aparición de enfermedades de diferentes tipos, que conducirán a consecuencias o afectaciones en la calidad de vida del individuo.

Las enfermedades de la cavidad bucal y las lesiones orales que éstas producen representan las causas más frecuentes en la alteración de actividades que desempeñan los pacientes, así como un impacto negativo en la calidad de vida de las personas.

La cavidad oral en sus diferentes estructuras (labios, dientes, lengua, encías, mucosa oral) puede afectarse en el curso clínico de alguna enfermedad, que puede ser de cualquier tipo. La cavidad oral también se puede afectar durante un tratamiento o a consecuencia de este último, como es el caso de la quimioterapia. En otros casos, el simple tratamiento común dado por el odontólogo puede provocar afectaciones en la boca.

Las lesiones orales pueden estar asociadas a diferentes etiologías: traumáticas, inmunológicas, virales, bacterianas, por hongos, deficiencias vitamínicas y cancerígenas, entre otras. Estas lesiones pueden aparecer en diferentes zonas; su tamaño puede ser variado, así como su procedencia; cada una puede presentar diferentes signos y síntomas que impacten en la calidad de vida del paciente, afectando actividades físicas y fisiológicas, como hablar, comer, sonreír y trabajar, entre otras.

También es de gran importancia la evolución que lleve la lesión, así como los grados de afectación que tenga. Asimismo, el modo en que se informe a los pacientes respecto de su padecimiento, también será una causa para el deterioro sobre su calidad de vida.

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud Bucal se ha convertido en un punto de atención para asentar el impacto de un rango de condiciones orales en la calidad de vida y del bienestar, junto con los resultados de la atención clínica, tales como efectividad del tratamiento o intervenciones con el tratamiento.⁴⁵

Los trastornos bucales causan sufrimiento y restringen las actividades en la escuela, en el trabajo y en la casa, y producen la pérdida de innumerables horas del trabajo por día en el mundo. Muchas enfermedades infecciosas y crónicas tienen repercusiones en la cavidad oral ⁴⁶, por lo que, se considera que un examen bucal cuidadoso y la evaluación de calidad de vida de los pacientes puede detectar deficiencias, limitaciones, dolor, incapacidad, incomodidad, así como enfermedades, incluyendo infecciones microbianas, desórdenes inmunes, lesiones y cáncer bucal, entre otras.

Los tejidos orales también proporcionan información sobre condiciones de órganos y de sistemas de las partes menos accesibles del cuerpo que pueden evidenciar hallazgos importantes sobre la salud o la enfermedad general.⁴⁷

3. METODOLOGÍA PARA EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA (INDICADORES SOCIODENTALES)

Tradicionalmente, los profesionales de la salud obtienen información sobre la salud del paciente mediante la anamnesis, la exploración física y los exámenes de laboratorio. Sin embargo, el enfoque tradicional no está basado en preguntas estandarizadas con diferentes opciones de respuesta sobre los aspectos cotidianos físicos, sociales, personales, el bienestar mental o la percepción de salud por parte del paciente. La anamnesis y la exploración física rara vez proporcionan datos útiles para establecer conclusiones sobre la calidad de vida relacionada con la salud del paciente. Además, no suministran información acerca de la percepción de las personas sobre el estado de salud bucodental, ni del efecto que tiene la salud bucodental sobre las actividades que realiza con regularidad, como son las dificultades vinculadas con comer, hablar, lavarse los dientes, relajarse, mantener el estado emocional normal (sin enojos), dormir, trabajar y disfrutar el contacto con la gente.

En las tres últimas décadas se han desarrollado numerosos instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con salud oral. Se deben considerar algunos conceptos básicos al evaluar calidad de vida ya que, siendo un concepto multidimensional, es difícil decidir qué variables deben incluirse y ello depende de la finalidad del estudio.⁴⁸

Los resultados de estos instrumentos, junto con los que se obtienen de la historia clínica y del examen físico, proporcionan información cuantificable y completa, útil para establecer el diagnóstico, elegir el tratamiento y monitorizar su éxito.

El desarrollo de estos instrumentos se inició desde las ciencias sociales, en los años setenta, tras el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad.⁴⁹

Con ellos se inició el estudio del impacto de las enfermedades en la calidad de vida de los individuos y estos instrumentos se emplearon para evaluar el éxito de los tratamientos dentales, la eficacia y satisfacción de servicios de atención dental e incluso el impacto de un tratamiento innovador, sobre otro tratamiento tradicional.

La epidemiología bucal ha empleado de manera tradicional indicadores clínicos como un sistema normal para determinar las necesidades terapéuticas de los individuos (número de dientes con caries, número de dientes perdidos y número de obturaciones)⁵⁰. Sin embargo y, a pesar de su amplia aceptación, estos indicadores han demostrado ser limitados, pues no miden la salud bucal de manera multidimensional; reflejan solamente el impacto general de la salud bucal, al medir la enfermedad acumulada, e ignoran la percepción y los sentimientos de la persona, así como el efecto de la boca en ellos.⁵¹

En la epidemiología bucal se han realizado múltiples investigaciones que han desarrollado y probado el desempeño de medidas diseñadas para evaluar los efectos funcionales, sociales y psicológicos de la enfermedad, con los que se pretende complementar los indicadores clínicos convencionalmente usados en la práctica e investigación dental, y así proporcionar una base más amplia para la evaluación de la salud bucal en el nivel poblacional e individual.⁵²

A partir de estas investigaciones epidemiológicas, se ha encontrado que los indicadores clínicos miden la enfermedad, mientras que los indicadores subjetivos evalúan la salud. Estos trabajos han aumentado la aceptación de que los indicadores físicos de morbilidad bucal y la percepción de las condiciones bucales, por los pacientes, contribuyen a la descripción del estado de salud bucal; es decir, se tiene la parte objetiva, accesible para los profesionales de la salud bucal, y la

parte subjetiva, constituida por la experiencia del paciente. Estos aspectos complementarios deben ser considerados por el profesional, pues ambos pertenecen a la práctica clínica y a la investigación.

En el área de la odontología, la búsqueda de la relación entre la salud y la calidad de vida dio lugar a la construcción de algunos instrumentos que pretendían medir el impacto de la salud bucal en la calidad de vida.

A finales de los años setenta se crearon los primeros instrumentos: SIDD (Social Impacts of Dental Disease, 1980), SIP (Sickness Impact Profile, 1985), GOHAI (The General Oral Health Assessment Index o The Geriatric oral Health assessment Index 1990), DIP (The Dental Impact profile, 1993), OHIP (Oral Health Impact Profile, 1994) y DIDL (The Dental Impact on Daily Living, 1995). (Anexo 1).⁵³

De esta variedad de instrumentos, el OHIP es el que ha recibido una mayor aceptación y ha demostrado validez intercultural, pues ha sido validado en diferentes países como Japón, China, Italia, Grecia, Israel, Alemania, Escocia, Croacia, EUA, Canadá y Brasil, así como en gran parte de Europa y de América.

Para llevar a cabo este trabajo, se eligió como instrumento de investigación el Perfil de Impacto de Salud Bucal **Oral Health Impact Profile, OHIP**, en su versión en español, el cual se utiliza en la Clínica de Medicina Bucal, de la Facultad de Odontología de la UNAM, institución en la que se hizo la recolección de datos.

Se eligió este instrumento no sólo porque ya se ha utilizado en la Universidad Nacional Autónoma de México para llevar a cabo diversos trabajos de investigación y porque su validez haya sido probada en todo el mundo, sino por la gran cantidad de datos que aporta, lo que permite evaluar con mucha certeza el impacto de la salud bucal sobre la calidad de vida de los pacientes.

A continuación, se describe el instrumento de investigación empleado en el presente estudio.

3.1. ORAL HEALTH IMPACT PROFILE (OHIP)

EL Oral Health impact Profile (OHIP) (Anexo 2) fue desarrollado a partir de la experiencia de pacientes, basado en el marco conceptual de la enfermedad y sus consecuencias funcionales y psicológicas. Es uno de los instrumentos más sofisticados y comprensibles, validado en una amplia variedad de idiomas. Fue desarrollado en el año 1994 por Slade y Spencer.⁵⁴

El OHIP tiene la capacidad de evaluar la frecuencia con que un individuo experimenta problemas en su función y en su vida diaria, como resultado de condiciones bucales. Está compuesto por 49 preguntas, divididas en las siguientes siete dimensiones: 1) limitación funcional, 2) dolor, 3) incomodidad psicológica, 4) inhabilidad física, 5) inhabilidad psicológica, 6) inhabilidad social 7) incapacidad.

LIMITACIÓN FUNCIONAL

Primera dimensión del OHIP, integrada por nueve preguntas referentes a dificultad para masticar alimentos, problemas al pronunciar algunas palabras, notar el mal aspecto de un diente, sensación de afectación de la apariencia, empeoramiento de la digestión y ajuste de las dentaduras. Calificación obtenida de la suma de las respuestas de los participantes, de la pregunta 1 a la 9 del OHIP.

DOLOR

Segunda dimensión del OHIP, integrada por nueve preguntas referentes al dolor de la boca, dolor en mandíbula, dolores de cabeza asociado a la boca, sensibilidad dental, dolor dental, dolor en encías, incomodidad al comer, puntos dolorosos en boca, y dentaduras poco confortables. Calificación obtenida de la suma de las respuestas de los participantes, de la pregunta 10 a la 18 del OHIP.

INCOMODIDAD PSICOLÓGICA

Tercera dimensión del OHIP, integrada por cinco preguntas referentes a preocupación, vergüenza, sensación de infelicidad, incomodidad con la apariencia propia y estrés por problemas bucales. Calificación obtenida de la suma de las respuestas de los participantes, de la preguntas 19 a la 23 del OHIP.

INHABILIDAD FÍSICA

Cuarta dimensión del OHIP, integrada por nueve preguntas referentes a falta de claridad al pronunciar algunas palabras, comprensión del habla por otras personas, pérdida de sabor en los alimentos, incapacidad para conservar higiene bucal, alimentos evitados por problemas bucales, insatisfacción por la dieta, incapacidad para comer con dentaduras, evitar sonreír e interrumpir alimentos. Calificación obtenida de la suma de las respuestas de los participantes, de la preguntas 24 a la 32 del OHIP.

INHABILIDAD PSICOLÓGICA

Quinta dimensión del OHIP, integrada por seis preguntas referentes a interrupción de sueño, irritabilidad, dificultad para relajarse, depresión, falta de concentración y vergüenza. Calificación obtenida de la suma de la repuesta de los participantes, de la pregunta 33 a la 38 del OHIP.

INHABILIDAD SOCIAL

Sexta dimensión del OHIP, integrada por cinco preguntas referentes a evitar salir a la calle, falta de tolerancia, problemas con relación a problemas sociales. Calificación obtenida de la suma de la respuesta de los participantes, de la pregunta 39 a la 43 de OHIP.

INCAPACIDAD

Séptima dimensión del OHIP, integrada por seis preguntas referentes a sensación de salud general debilitada, pérdidas económicas, incapacidad para disfrutar la compañía de otras personas, menor satisfacción por la vida, incapacidad para funcionar e incapacidad para trabajar. Calificación obtenida de la suma de las respuestas de los participantes, de la pregunta 44 a la 49 del OHIP.

EL OHIP presenta las preguntas, organizadas de modo jerárquico en incremento de complejidad. Las tres primeras consisten en impactos aparentemente primordiales para el individuo, mientras que las preguntas de las dimensiones de inhabilidad e incapacidad están más relacionadas con la presencia de impactos en las actividades de la vida diaria y los roles sociales.

Las respuestas de cada pregunta se registran en una escala tipo Likert, de 5 puntos (0. Nunca, 1. Casi nunca, 2. Algunas veces, 3. frecuentemente, 4. Casi siempre).

Cada pregunta del perfil de impacto de salud bucal, en su versión original, tiene un peso estandarizado, que fue calculado de acuerdo con el Método de Thurstone.

Esta característica le permite ofrecer más información sobre la severidad relativa o la importancia de los eventos descritos por las preguntas, para integrarlos en una calificación de una dimensión, ofreciendo potencialmente un aumento en la validez y la habilidad predictiva de una escala.

Existen tres maneras de obtener una calificación para el instrumento OHIP. Estas son: método de los pesos estandarizados, método aditivo y método de conteo simple o de impactos negativos.

El método de los pesos estandarizados consiste en multiplicar el código de cada respuesta por el peso correspondiente a cada pregunta, sumar los productos para obtener una calificación para cada dimensión y sumar las calificaciones de cada dimensión para obtener la calificación total.

Este método maximiza la información obtenida del instrumento, incluye todas las preguntas y considera, tanto frecuencia como severidad de los impactos funcionales y psicológicos.

El método aditivo es la suma del código de la respuesta de cada una de las 49 preguntas. También permite obtener una calificación para cada dimensión y una calificación global para el instrumento. Este método considera todo el rango de respuestas de cada individuo, sin importar su frecuencia.

El tercer método, el método de conteo simple, consiste en contar el número de preguntas a que cada individuo respondió frecuentemente y/o casi siempre. Este método reduce el rango de respuestas a una escala dicotómica, proporcionando información sobre el número de impactos funcionales y psicosociales experimentados de manera regular por las personas.

Resulta más conveniente el empleo del método aditivo, sin embargo, esto deberá ser determinado por el objetivo de la investigación, dejando a elección del investigador el tipo de calificación que más le convenga según su interés.

Una vez que se ha obtenido una calificación con el instrumento, éste debe de tener una interpretación. La menor calificación representará la ausencia de impactos o problemas, mientras que la mayor calificación se interpretará como una calidad de vida más afectada por problemas bucales y/o problemas bucales severos, que se resume como una influencia negativa en la salud bucal en la calidad de vida de los pacientes.⁵⁵

Considerando que este extenso instrumento de 49 preguntas podría ser difícil de aplicar en estudios epidemiológicos, Slade 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 el instrumento de la OHIP, de 49 preguntas (Anexo 3)⁵⁶.

En relación con la práctica clínica, este tipo de instrumento tiene potencial para diferentes aplicaciones. Las experiencias de estas medidas nos ofrecen un modo de evaluar la manera en que los pacientes perciben los problemas de salud bucal, las razones para optar por un tratamiento y el grado de satisfacción que se obtiene por el tratamiento elegido.

El OHIP ha demostrado ser sensible al cambio en el estado de salud bucal de las personas. El OHIP ha sido empleado en estudios para evaluar el impacto de la salud bucal en la vida de personas mayores; para evaluar el éxito de diferentes tratamientos; para evaluar el impacto del estado de salud de personas con diferentes condiciones bucales, así como para diseñar programas de atención bucal para personas mayores, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tradicionalmente, los odontólogos reciben entrenamiento para reconocer y tratar enfermedades como la caries, la enfermedad periodontal, etcétera. Los métodos utilizados para precisar la salud bucal se limitan a la medición de indicadores clínicos e índices bucodentales, así como a la presencia y ausencia de enfermedades. Sin embargo, estos métodos no suministran información acerca de la percepción que tiene el paciente sobre su estado de salud bucal, y el efecto que causa sobre las actividades que realiza con regularidad

La población es un sector importante que presentan múltiples patologías y gran variedad de padecimientos bucales, ya que la cavidad oral, en sus diferentes estructuras (labios, dientes, lengua, encías, mucosa oral), puede afectarse en el curso clínico de alguna enfermedad, que puede ser de cualquier tipo, durante algún tratamiento —incluso el odontológico— o bien, algunas lesiones son producidas por consecuencia de los mismos tratamientos.

El efecto que tiene el estado de salud bucal debido a las actividades diarias como hablar, comer, dormir, lavarse los dientes, etcétera, llegan a restringir actividades en la escuela, el trabajo y en la casa, además de causar sufrimiento y la pérdida de innumerables horas de trabajo, por día, en el mundo, por lo cual la percepción del paciente ante estas afectaciones resulta fundamental **para comprobar el impacto que tiene una enfermedad o condición bucal y su consecuente tratamiento sobre el bienestar del paciente.**

Por esta razón es importante considerar en los pacientes la relación entre salud bucal y calidad de vida, para explicar la forma tan heterogénea en que el paciente percibe la enfermedad. La Calidad de Vida Relacionada con la Salud Bucal (VRSB) se ha convertido en un punto de atención para asentar el impacto de un rango de condiciones orales en la calidad de vida y del bienestar.

Además, su evaluación puede llegar a considerarse un método auxiliar de diagnóstico y terapéutica odontológica.

Un examen bucal cuidadoso y la evaluación de calidad de vida de los pacientes puede detectar deficiencias, limitaciones, dolor, incapacidad, incomodidad, así como enfermedades. También se obtiene información sobre condiciones de órganos y sistemas de las partes menos accesibles del cuerpo que pueden proporcionar hallazgos importantes sobre la salud o la enfermedad general del paciente.

Es muy importante entender que el paciente representa la parte más importante en la práctica odontológica, en la que se debe de considerar su calidad de vida, relacionada con la salud bucal, desde diferentes aspectos, sin olvidar que la enfermedad y su tránsito a la salud pueden impactar de diferentes maneras.

Por lo anteriormente expuesto, surge la siguiente pregunta de investigación:

- **¿Cuál es el impacto de la Salud Bucal sobre la calidad de vida de los pacientes que ingresaron a la clínica de Medicina Bucal, Facultad de Odontología UNAM, en el periodo correspondiente a 2009-2010?**

5. JUSTIFICACIÓN

La realización de este trabajo tiene diversos motivos que la justifican. Primero, se pretende identificar de qué manera afecta la salud bucal en la calidad de vida de los pacientes, así como determinar en qué aspectos y actividades de su vida puede repercutir o alterar. Esta aportación permitirá al profesional planear mejor la terapéutica y el tratamiento adecuado.

En segunda instancia, se busca introducir en forma más amplia, en el campo de la odontología, el término de *calidad de vida relacionado con salud bucal*, saber cómo evaluarla y entender que el hecho de considerarla, en la práctica odontológica diaria, permitirá mejorar el bienestar del paciente y conocer su percepción ante la aparición de enfermedades o lesiones orales.

En tercer lugar, es importante llevar a cabo esta investigación debido a que, el odontólogo, al considerar la calidad de vida en su práctica cotidiana, necesariamente se interesará en conocer los diferentes entornos en que se desarrolla el paciente, su grado de vulnerabilidad física, emocional y psicológica, ante el proceso salud-enfermedad, lo que le permitirá comprenderlo mejor, así como tratarlo de un modo más humano. Asimismo, entenderá mejor su situación y de esta manera mejorará su relación odontólogo-paciente.

Por tal motivo, se pretende difundir la información obtenida, en relación con el impacto que tiene la Salud Bucal en la calidad de vida de pacientes de diversas edades, para que el profesional de la odontología tome en cuenta este aspecto en su práctica cotidiana, y haga un diagnóstico y tratamiento considerando al paciente en forma integral. Finalmente, este estudio permitirá al profesional conocer la metodología que existe para llevar a cabo la evaluación de calidad de vida relacionada con la salud bucal del paciente, lo cual representa el impacto que una enfermedad, y su consecuente tratamiento, tienen sobre la percepción del paciente sobre su bienestar.

6. O B J E T I V O S

6.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar el impacto de la salud bucal —a partir de lesiones, alteraciones, o cualquier padecimiento en la cavidad oral— sobre la calidad de vida de los pacientes que ingresaron a la clínica de Medicina Bucal, Facultad de Odontología, UNAM, tomando en cuenta su percepción *ante* estos padecimientos, durante la consulta odontológica.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar si existe relación entre las diferentes alteraciones o lesiones bucales que presentaron los pacientes en el estudio, con las variables utilizadas: sexo, edad, incidencia de alcohol e incidencia de tabaco.
- ✓ Evaluar la calidad de vida de los pacientes que ingresaron a la clínica de Medicina Bucal y Patología Bucal, de la División de Estudios de Posgrado, de la Facultad de Odontología, con diferentes signos, síntomas, enfermedades y tratamientos para poder pronosticar las probables etiologías de alteraciones en calidad de vida que se puedan observar durante esta evaluación.

7. HIPÓTESIS

- Existe relación entre la Salud Bucal general de pacientes que ingresaron en la clínica de Medicina Bucal, Facultad de Odontología, UNAM, con la calidad de vida, evidenciada por un deterioro y un impacto negativo sobre la misma, en presencia de lesiones, a diferencia de pacientes que no presentan ninguna condición bucal.

8. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

- El tipo de estudio que se llevó a cabo fue Transversal.
- *La población de estudio* estuvo conformada por pacientes que ingresaron por primera vez en la Clínica de Medicina y Patología Bucal, de la División de Estudios de Posgrado, de la Facultad de Odontología, de la Universidad Nacional Autónoma de México, en el periodo que va del año 2009 al año 2010, en el que se realizó la inspección y la valoración de las diferentes patologías que se presentaron en los pacientes, además de llevar a cabo la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las mismas (Salud Bucal).
- *El tamaño de la muestra* incluyó 247 pacientes que ingresaron por primera vez a la Clínica de Medicina y Patología Bucal, de la División de Estudios de Posgrado, de la Facultad de Odontología, de la Universidad Nacional Autónoma de México, en el periodo de enero de 2009 a diciembre de 2010.

8.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión

- ✓ Pacientes remitidos a la Clínica de Medicina y Patología Bucal de la División de Estudios de Posgrado, de la Facultad de Odontología de la UNAM, durante el periodo asignado.
- ✓ Pacientes de uno y otro sexo

Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes que no aceptaron participar en el estudio
- ✓ Pacientes con capacidades diferentes

8.2. VARIABLES

EDAD. Se consideró como el tiempo en años, a partir del nacimiento de un individuo, y se midió en años cumplidos a la fecha de registro.

SEXO. Se hizo la diferenciación de género, y se registró como femenino y masculino.

INCIDENCIA DE ALCOHOL. Se cuantificó el número de casos de individuos que consumían alcohol en una población determinada. Se registró, como respuestas, sí y no.

INCIDENCIA DE TABACO. Se cuantificó el número de casos de individuos que consumían tabaco en una población determinada. Se registró, como respuestas, sí y no.

LESIONES ORALES (DIAGNÓSTICO). Se registró como la enfermedad, entidad nosológica, síndrome o cualquier condición de salud-enfermedad identificada en el paciente.

8.3. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el periodo de enero del 2009 a diciembre del 2010, se aplicó un cuestionario (anexo 2) a cada paciente que ingresó por primera vez en la Clínica de Medicina y Patología Bucal, de la División de Estudios de Posgrado, de la Facultad de Odontología, de la Universidad Nacional Autónoma de México, utilizando el instrumento *Perfil de Impacto de Salud Bucal*, versión en español, compuesta por 49 preguntas (OHIP-49). Las respuestas a cada pregunta se registraron en una escala tipo Likert, de 5 puntos (0. Nunca, 1. Casi nunca, 2. Algunas veces, 3. Frecuentemente, 4. Casi siempre). La aplicación del cuestionario, invariablemente, se hizo con previa autorización del paciente.

8.4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Previa autorización y aprobación del protocolo de investigación, con los datos obtenidos mediante el instrumento *Perfil de Impacto de Salud Bucal*, versión en español (OHIP-49), en el periodo de enero del 2009 a diciembre del 2010, se diseñó una base de datos utilizando el programa Excel, versión 2007, y se analizaron los datos en el paquete estadístico SPSS, versión 19.

Se realizó un análisis descriptivo para cada variable (edad, sexo, incidencia de alcohol, tabaco y diagnóstico), y se revisó la frecuencia de cada una de las variables, así como la relación con la calidad de vida de los pacientes, a fin de establecer el impacto de su salud bucal.

Para poder evaluar el perfil de impacto de salud oral (OHIP), se utilizó el método aditivo*, con el fin de obtener una evaluación para cada dimensión que compone el OHIP, así como obtener una evaluación global del impacto de salud bucal de los pacientes.

Para poder obtener un mejor dato, se utilizó la clasificación de MIND (Neoplasias, inflamatorias, Metabólicas y Desarrollo), agregando dos categorías: sin lesión y de origen multifactorial (clasificación MIND anexo 4), para agrupar los diferentes diagnósticos obtenidos de los 247 pacientes en la variable lesiones orales; se determinó la media y la mediana en cada grupo. De esta manera se pudo evaluar el impacto de la salud bucal sobre la calidad de vida por grupo y saber cuál puede llegar a impactar más.

*Método aditivo: (véase en apartado metodología para evaluar la calidad de vida indicadores sociodentales)

8.5 ANALISIS DE RESULTADOS

Con base en la mediana obtenida en la población analizada, se tomara el límite inferior como buena calidad de vida o impacto positivo y los de resultado superior como impacto negativo o mala calidad de vida considerando los resultados obtenidos del OHIP-49.

9. CONSIDERACIONES ETICAS

Para la realización de este estudio se invitó a los pacientes que ingresaron por primera vez en la Clínica de Medicina y Patología Bucal, de la División de Estudios de Posgrado, de la Facultad de Odontología, de la Universidad Nacional Autónoma de México, en el periodo que va del año 2009 al año 2010 a participar, mediante un consentimiento informado de tipo verbal y escrito. Se les dio una explicación clara y concreta acerca del estudio mencionando los aspectos que lo conforman. Asimismo, se garantizó el bienestar de los sujetos involucrados durante el desarrollo de este estudio. En los criterios utilizados, se privilegiaron el respeto a la dignidad y la protección de los derechos humanos.

10. RESULTADOS

Se realizaron 247 encuestas utilizando el OHIP-49 en su versión en español, realizadas a 247 pacientes que ingresaron por primera vez a la clínica de Medicina y Patología Bucal de la División de Estudios de Posgrado —Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México en el periodo de Enero 2009 a Diciembre de 2010; de las cuales el 72.5% (179) corresponden al sexo femenino y el 27.5% (68) corresponden al sexo masculino (resultados observados en grafica 1).

El promedio general de edad en estos pacientes fue de 50.17 años presentándose como edad mínima 7 y como máxima 88. El promedio correspondiente al sexo femenino fue de 50.23 años y en sexo masculino de 50 años. (Ver tabla 1)

Tomando como variable el consumo de alcohol en nuestra población de 247 pacientes, la frecuencia en sexo femenino corresponde al 26.8% (48), y los pacientes que no consumen alcohol en sexo femenino corresponde a 73.2% (131).

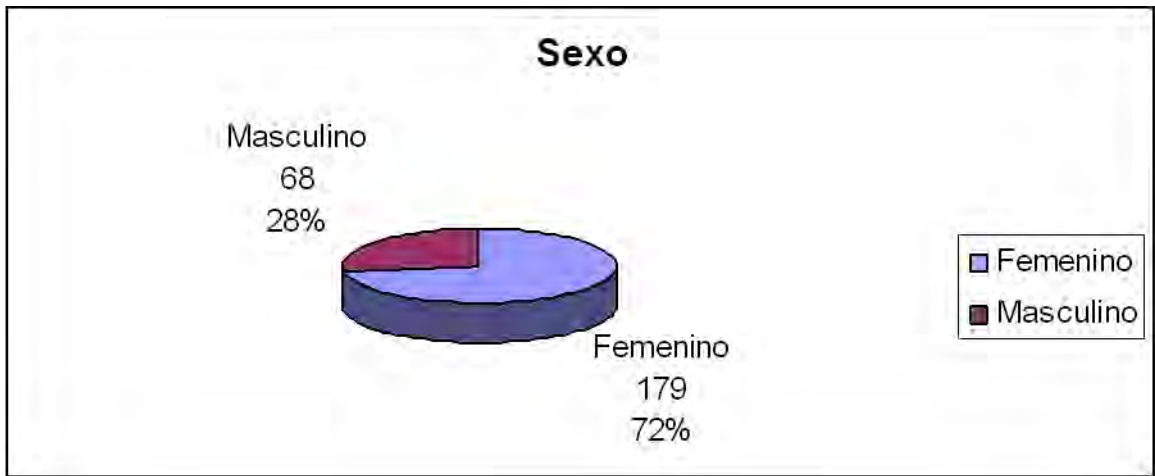
El 60.3% (41) representa el número de consumidores correspondientes al sexo masculino y el 39.7% (27) son los pacientes que no consumen alcohol (Grafica 2).

En cuanto a la frecuencia en el consumo de tabaco en sexo femenino corresponde al 39.7% (71) y el 60.3% (108) corresponde a los pacientes no fumadores.

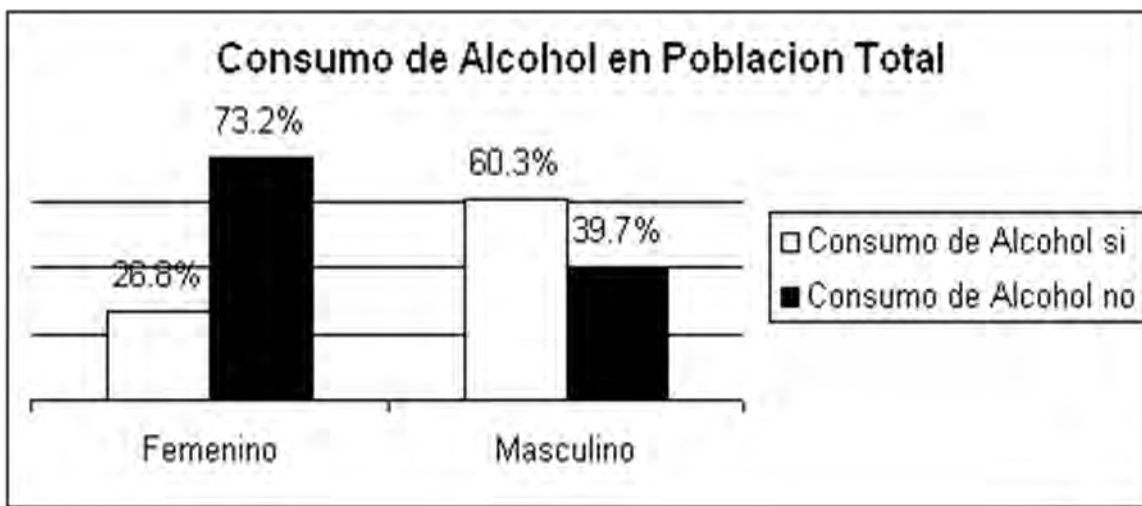
El 64.7% (44) corresponden a consumidores del sexo masculino que consumen tabaco y los resultados de no consumidores en sexo masculino corresponde al 35.3% (24) (Grafica 3)

Los resultados obtenidos de las variables utilizadas en la investigación se muestran en las siguientes graficas; estas variables fueron utilizadas con el objetivo de realizar una comparación con la población estudiada.

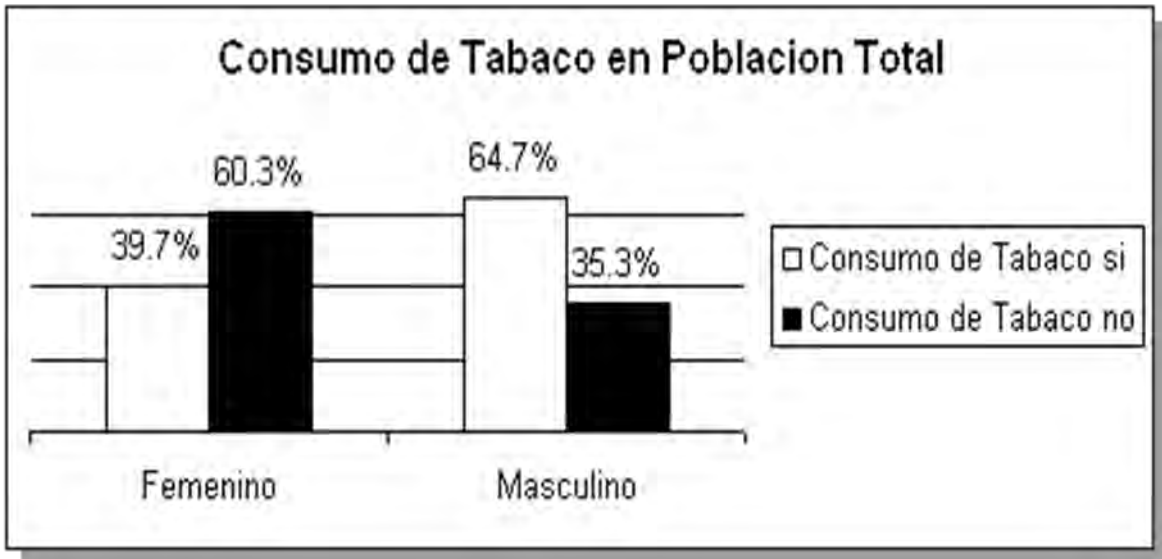
10.1 GRÁFICAS



Grafica 1. Muestra el porcentaje de sexo femenino y masculino de la población de estudio utilizada en la investigación, observando mayor incidencia en sexo femenino.



Grafica 2. Muestra la incidencia de alcohol en la población de estudio en donde es más frecuente el consumo en sexo masculino pero también muestra la relación en cada sexo entre el consumo y el no consumo.



Grafica 3. Muestra la incidencia de tabaco en la población de estudio en donde es más frecuente el consumo en sexo masculino pero también muestra la relación en cada sexo entre el consumo y el no consumo.

En la muestra estudiada, se utilizó el Perfil de Impacto de Salud Oral, de 49 preguntas (OHIP- 49). Las calificaciones de las 247 encuestas fueron sumadas, con el fin de obtener un promedio general, el cual fue de 47.31. Estos mismos resultados dieron la mediana general de 39.0, comparada con 247 encuestas realizadas.

Se obtuvo como resultado general el siguiente: de los datos obtenidos, de 0 a 39, correspondían a pacientes que tenían una buena calidad de vida, y de 39 en adelante, correspondían a pacientes que presentaban un impacto negativo en su calidad de vida.

Es importante mencionar la importancia que tienen las lesiones orales, puesto que el diagnóstico constituyó otra variable que se integró durante el estudio y se revisó de la siguiente manera:

- De los 247 pacientes encuestados, se obtuvo el diagnóstico correspondiente a cada uno; fueron clasificados de acuerdo con su etiopatogenia, y fueron agregados a la base de datos para su estudio.

- La clasificación de MIND (Neoplasias, Inflammatorias, Metabólicas y Desarrollo), fue utilizada agrupando las diferentes patologías en 4 categorías que, a su vez, fueron subdivididas en subcategorías, añadiendo dos categorías más: una que indica la ausencia de lesiones y otra multifactorial, debido a que su etiología pudo ser de procedencia diversa. (clasificación MIND anexo 4).

CLASIFICACION UTILIZADA

- ✓ Sin lesión
- ✓ Neoplásicas
- ✓ Inflammatoria
- ✓ Metabólicas
- ✓ Desarrollo
- ✓ Multifactorial

Los resultados de la clasificación en el estudio fueron los siguientes:

✓ *Frecuencia de pacientes sin lesión (68) con un porcentaje de 27.5%.**

De las encuestas realizadas a estos pacientes, sus respuestas (calificaciones) dieron un promedio equivalente al 34.05, con una calificación mínima de 0 y máxima de 107, ** obteniendo una mediana de 23.50. ***

✓ *Frecuencia de pacientes con neoplasias (13) con un porcentaje de 5.3%.**

De las encuestas realizadas a estos pacientes, sus respuestas (calificaciones) dieron un promedio equivalente al 33.92, con una calificación mínima de 14 y máxima de 86, ** obteniendo una mediana de 22. ***

✓ *Frecuencia de pacientes con lesiones inflamatorias (140) con un porcentaje de 56.7%. **

De las encuestas realizadas a estos pacientes, sus respuestas (calificaciones) dieron un promedio equivalente al 53.64 con una calificación mínima de 0 y máxima de 148, ** obteniendo una mediana de 48. ***

✓ *Frecuencia de pacientes con lesiones metabólicas (4) con un porcentaje de 1.6%. **

De las encuestas realizadas a estos pacientes, sus respuestas (calificaciones) dieron un promedio equivalente a 63, con una calificación mínima de 10 y máxima de 147**, obteniendo una mediana de 40. ***

*Los porcentajes obtenidos se muestran en la grafica 5.

**El promedio, la calificación mínima y máxima de cada agrupación se muestran en la Tabla 1.

***La mediana de cada agrupación se muestra en las Tabla 2.

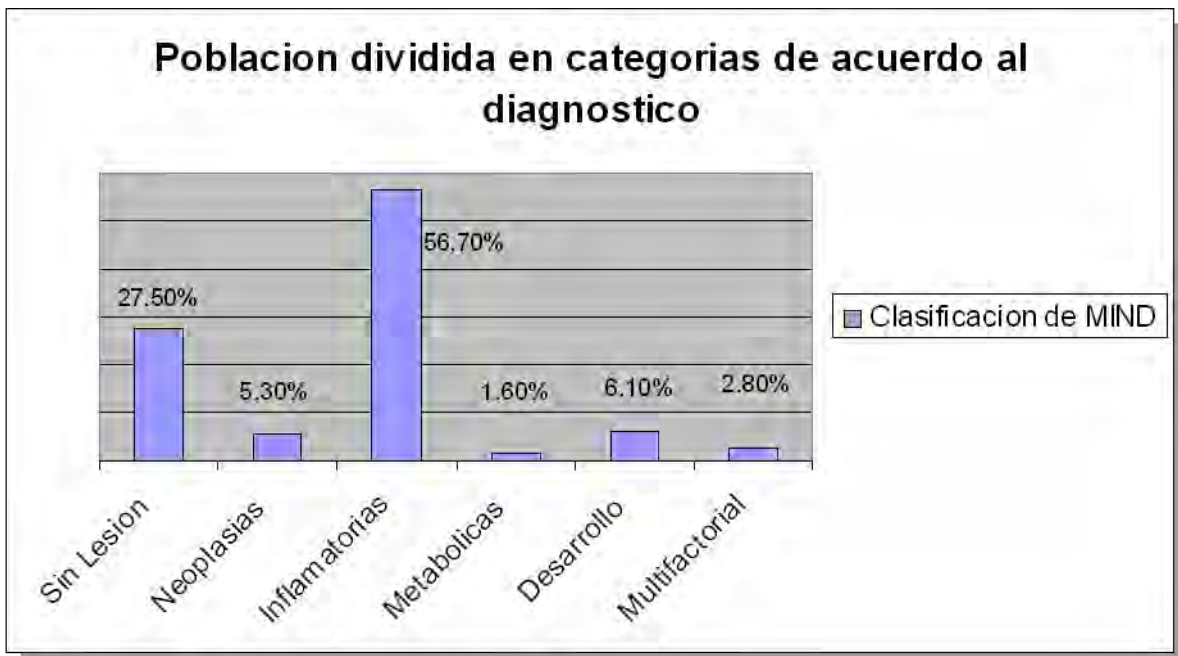
✓ *Frecuencia de pacientes con lesiones de desarrollo (15) con un porcentaje de 6.1%. **

De las encuestas realizadas a estos pacientes, sus respuestas (calificaciones) dieron un promedio equivalente al 43.20, con una calificación, como mínima, de 0 y, como máxima, de 116, ** obteniendo una mediana de 40. ***

✓ *Frecuencia de pacientes con lesiones de origen multifactorial, (7) con un porcentaje de 2.8%. **

De las encuestas realizadas a estos pacientes, sus respuestas (calificaciones) dieron un promedio equivalente al 72.28, con una calificación, como mínima, de 12 y, como máxima, de 149, ** obteniendo una mediana de 60. ***

En la grafica 5 se muestran los porcentajes obtenidos de cada agrupación de acuerdo a la clasificación realizada en la población de estudio.



Grafica 5. Porcentajes obtenidos de cada grupo según los diagnósticos.

CASDX		N	MEDIA	DEVIACION ESTANDAR	MINIMO	MAXIMO
sin lesión	CALIFICACION	68	34.05	29.318	0	107
	Valid N (listwise)	68				
Neoplásica	CALIFICACION	13	33.92	23.964	14	86
	Valid N (listwise)	13				
Inflamatoria	CALIFICACION	140	53.64	41.376	0	148
	Valid N (listwise)	140				
Metabólica	CALIFICACION	4	63	61.770	10	147
	Valid N (listwise)	4				
Desarrollo	CALIFICACION	15	43.20	37.866	0	116
	Valid N (listwise)	15				
Multifactorial	CALIFICACION	7	72.28	51.457	12	149
	Valid N (listwise)	7				

Tabla 1. Muestra los grupos en que fueron clasificados los pacientes de la población estudio, cuantos pertenecen a cada grupo y la calificación mínima y máxima que respondieron por grupo, el promedio y la desviación estándar de cada sección.

SIN LESION (68)	MEDIANA= 23.50 MODA 0
NEOPLASICAS (13)	MEDIANA =22 MODA15
INFLAMATORIAS (140)	MEDIANA=48 MODA 45
METABOLICAS (4)	MEDIANA=40 MODA 10
DESARROLLO (15)	MEDIANA= 40 MODA 0
MULTIFACTORIAL (7)	MEDIANA=60 MODA 12

Tabla 2. En base a las respuestas de los pacientes se obtuvo la mediana de cada sección que se muestra en la tabla para poder compararla con la mediana general de 39; por lo que menor a 39 buena calidad de vida mayor impacto negativo en la calidad de vida.

10.2. RESULTADOS GLOBALES

Se realizó el análisis de cada una de las categorías, relacionando cada grupo con las variables ya mencionadas, con el fin de saber si existía alguna relación entre éstas y los diagnósticos. Asimismo, el análisis permitió conocer el impacto que tuvieron sobre la calidad de vida de los pacientes. Al respecto, se obtuvieron los siguientes resultados:

De un total de 68 pacientes que presentaron sin lesión, 46 individuos correspondieron al sexo femenino, y 22 al sexo masculino. El resultado del consumo de alcohol en estos pacientes fue de 38.23% (26), que lo ingerían, de los cuales 10 eran mujeres y 16 hombres. El 61.76% (42) restante no lo consumía; 36 fueron mujeres y 6 hombres.

El comportamiento del consumo de tabaco se dio de la siguiente manera: el 42.64% (29) eran pacientes que fumaban, de los cuales 16 eran mujeres y 13 hombres; el 57.35% (39) no eran fumadores, 30 eran mujeres y 9 eran, hombres. (Véase tabla 3).

SIN LESIÓN	CONSUMÍAN ALCOHOL	NO CONSUMÍAN ALCOHOL	FUMABAN	NO FUMABAN
46 mujeres 22 hombres Total: 68	10 mujeres 16 hombres Total: 26 (38.23%)	36 mujeres 6 hombres Total: 42 (61.76%)	16 mujeres 13 hombres Total: 29 (42.64%)	30 mujeres 9 hombres Total: 39 (57.35%)

TABLA 3. Resultado global en pacientes sin lesiones.

El análisis global de pacientes que resultaron con lesiones neoplásicas fue de un total de 13. De este total, 10 correspondían al sexo femenino y 3 al sexo masculino. El 53.84% (7) de estos pacientes consumía alcohol; 4 eran mujeres y 3 eran hombres. El 46.15% (6) restante, no consumía alcohol y eran del sexo femenino.

En cuanto al consumo de tabaco, el 53.84% (7) eran pacientes que fumaban, de los cuales 5 eran mujeres y 2 hombres; el 46.15% (6) no fumaba; 5 eran mujeres y sólo 1 era hombre. (Véase tabla 4).

NEOPLÁSICAS	CONSUMÍAN ALCOHOL	NO CONSUMÍAN ALCOHOL	FUMABAN	NO FUMABAN
10 mujeres 3 hombres Total: 13	4 mujeres 3 hombres Total: 7 (53.84%)	6 mujeres 0 hombres Total: 6 (46.15%)	5 mujeres 2 hombres Total: 7 (53.84%)	5 mujeres 1 hombre Total: 6 (46.15%)

TABLA 4. Resultado global en pacientes con lesiones neoplásicas.

De un total de 140 pacientes que resultaron con lesiones clasificadas en Inflamatorias, 104 correspondieron al sexo femenino y 36 al sexo masculino. El consumo de alcohol en estos pacientes fue del 32.14% (45); de éstos, 27 eran mujeres y 18, hombres. El 67.85% (95) restante no consumía alcohol; de estos últimos, 77 eran mujeres y 18, hombres.

En cuanto al consumo de tabaco, el 47.85% (67) eran pacientes fumadores, de los cuales 43 eran mujeres y 24, hombres; el 52.14% (73) de estos pacientes no eran fumadores; de estos últimos, 61 eran mujeres y 12, hombres. (Véase tabla 5)

INFLAMATORIAS	CONSUMÍAN ALCOHOL	NO CONSUMÍAN ALCOHOL	FUMABAN	NO FUMABAN
104 mujeres 36 hombres Total: 140	27 mujeres 18 hombres Total: 45 (32.14%)	77 mujeres 18 hombres Total: 95 (67.85%)	43 mujeres 24 hombres Total: 67 (47.85%)	61 mujeres 12 hombres Total: 73 (52.14%)

TABLA 5. Resultado global en pacientes con lesiones de tipo inflamatorias.

De un total de 4 pacientes que resultaron en el grupo de Metabólicas, 2 personas correspondieron al sexo femenino y 2 al sexo masculino. En cuanto al consumo de alcohol en estos pacientes, el 50% (2) lo consumía; ambos eran del sexo masculino. El 50% (2) restante no consumían alcohol; estas últimas eran del sexo femenino.

El consumo de tabaco fue de la siguiente manera: el 25% (1) correspondió a un paciente masculino que fumaba; el 75% (3) no fumaba; de estos últimos, 2 eran mujeres y 1, hombre. (Véase tabla 6).

METABOLICAS	CONSUMÍAN ALCOHOL	NO CONSUMÍAN ALCOHOL	FUMABAN	NO FUMABAN
2 mujeres 2 hombres Total: 4	0 mujeres 2 hombres Total: 2 (100%)	2 mujeres 0 hombres Total: 2 (100%)	0 mujeres 1 hombre Total: 1 (25%)	2 mujeres 1 hombre Total: 3 (75%)

TABLA 6. Resultado global en pacientes con lesiones de tipo metabólicas.

De un total de 15 pacientes analizados en la categoría de Desarrollo, 11 correspondieron al sexo femenino y 4 al sexo masculino. El consumo de alcohol en estos pacientes fue del 46.66% (7), de los cuales 5 eran mujeres y 2, hombres.

El 53.33% (8) restante no consumían alcohol. De estos últimos, 6 eran mujeres y 2, hombres.

El consumo de tabaco fue de la siguiente manera: el 46.66% (7) eran pacientes que fumaban, de los cuales 4 eran mujeres y 3, hombres; el 53.33% (8) no fumaban; de estos últimos, 7 eran mujeres y sólo 1 era hombre. (Véase tabla 7).

DESARROLLO	CONSUMÍAN ALCOHOL	NO CONSUMÍAN ALCOHOL	FUMABAN	NO FUMABAN
11 mujeres 4 hombres Total: 15	5 mujeres 2 hombres Total: 7 (46.66%)	6 mujeres 2 hombres Total: 8 (53.33%)	4 mujeres 3 hombres Total: 7 (46.66%)	7 mujeres 1 hombre Total: 8 (53.33%)

TABLA 7. Resultado global en pacientes con lesiones de desarrollo.

Del total de pacientes que resultaron con lesiones de etiopatogenia multifactorial (7); 6 personas correspondían al sexo femenino y 1 al sexo masculino. El consumo de alcohol en estos pacientes resultó ser del 28.57% (2), y correspondían al sexo femenino. El 71.42% (5) restante no lo consumía. De estos últimos, 4 eran mujeres y sólo 1 era hombre.

El consumo de tabaco fue de la siguiente manera: el 57.14% (4) correspondía a pacientes que fumaban, de los cuales 3 eran mujeres y sólo 1 era hombre; el 42.85% (3) no fumaba; de estos últimos, todos eran del sexo femenino. (Véase tabla 8).

MULTIFACTORIAL	CONSUMÍAN ALCOHOL	NO CONSUMÍAN ALCOHOL	FUMABAN	NO FUMABAN
6 mujeres 1 hombre Total: 7	2 mujeres 0 hombres Total: 2 (28.57%)	4 mujeres 1 hombre Total: 5 (71.42%)	3 mujeres 1 hombre Total: 4 (57.14%)	3 mujeres 0 hombres Total: 3 (42.87%)

TABLA 8. Resultado global en pacientes con lesiones de etiología multifactorial.

Nota: los resultados obtenidos en las tablas 3, 4, 5, 6, 7, 8. fueron obtenidos de cada género, es decir, los porcentajes se comprobaron por la sumatoria de femenino con femenino y masculino con masculino, en las diferentes columnas.

Una vez analizadas las variables de las lesiones orales, obtenidas de los 247 pacientes por grupo (clasificación de MIND), se obtuvo la media de cada grupo, utilizando cada sección del OHIP (Limitación funcional, dolor, incomodidad psicológica, inhabilidad física, inhabilidad psicológica, inhabilidad social e incapacidad), para saber en qué sección estaban los pacientes más afectados.

La mayor afectación se encontró en la sección de *limitación funcional*, en el grupo de lesiones de *tipo metabólicas*, con una media de 13.06; dolor, con 10.57; inhabilidad física, con 8.07; incomodidad psicológica, con 6.51; inhabilidad psicológica, con 4.36; incapacidad, con 2.72, e inhabilidad social, con 2.02.

Sumando la media total de cada sección, el resultado fue de 47.31. Comparado con la mediana total de 39, **se puede observar el impacto negativo sobre la población de estudio**, puesto que los puntajes, cuando eran mayores de la mediana, se consideraron como de —**mala** calidad de vida o de impacto negativo”; mientras que, cuando el valor era inferior a la mediana, se consideró como —**buna** calidad de vida”.

SECCIONES QUE COMPONEN EL (OHIP-49)		VALOR TOTAL
LIMITACIÓN FUNCIONAL (PREGUNTA 1-9)		
Sin lesión: 11.01 Neoplásicas: 7.85 Inflamatorias: 14.59	Metabólicas: 18.80 Desarrollo: 10.87 Multifactoriales: 12.86	Total= 13.06
DOLOR (PREGUNTA 10-18)		
Sin lesión: 7.45 Neoplásicas: 9.69 Inflamatorias: 11.86	Metabólicas: 13.80 Desarrollo: 10.80 Multifactoriales: 11.43	Total= 10.57
INCOMODIDAD PSICOLÓGICA (PREGUNTA 19- 23)		
Sin lesión: 4.60 Neoplásicas: 5.77 Inflamatorias: 7.48	Metabólicas: 7.20 Desarrollo: 4.47 Multifactoriales: 10.86	Total= 6.51
INHABILIDAD FÍSICA (PREGUNTA 24-32)		
Sin lesión: 4.65 Neoplásicas: 7.15 Inflamatorias: 9.57	Metabólicas: 12.60 Desarrollo: 5.80 Multifactoriales: 14.2	Total= 8.07
INHABILIDAD PSICOLÓGICA (PREGUNTA 33-38)		
Sin lesión: 3.26 Neoplásicas: 2.0 Inflamatorias: 4.88	Metabólicas: 3.40 Desarrollo: 4.33 Multifactoriales: 9.71	Total= 4.36
INHABILIDAD SOCIAL (PREGUNTA 39-43)		
Sin lesión: 1.92 Neoplásicas: 0.69 Inflamatorias: 2.27	Metabólicas: 2.0 Desarrollo: 2.60 Multifactoriales: 6.29	Total= 2.02
LIMITACIÓN FUNCIONAL (PREG. 44-49)		
Sin lesión: 11.01 Neoplásicas: 7.85 Inflamatorias: 14.59	Metabólicas: 18.80 Desarrollo: 10.87 Multifactoriales: 12.86	Total= 2.72

TABLA 9. Resultados de la investigación con base en las secciones del OHIP-49.

11. DISCUSIÓN

Para la elaboración de este estudio, se utilizaron 247 encuestas —con el OHIP-49, en su versión en español— aplicadas a 247 pacientes, que ingresaron por primera vez a la clínica de Medicina y Patología Bucal, de la División de Estudios de Posgrado, de la Facultad de Odontología de la UNAM, con la finalidad de evaluar el impacto que tenía la salud oral sobre la calidad de vida de estos pacientes.

Es importante mencionar la importancia que tienen las lesiones orales o los padecimientos bucales en los pacientes, porque con base en los resultados obtenidos en el presente estudio, se puede deducir el gran impacto negativo sobre la calidad de vida de los pacientes. En su calidad de vida se ven involucradas y afectadas muchas de las actividades cotidianas que llevan a cabo con regularidad, además de afectarse otros aspectos de su vida.

El primer punto a discutir es la mayor prevalencia de pacientes del sexo femenino, que se encontró en esta investigación. Este resultado es afín a diversos estudios revisados, relacionados con padecimientos orales y calidad de vida, en donde los resultados son similares. En este sentido, se puede mencionar la investigación realizada por Pía López Jornet⁵⁷ y Col., llevada a cabo en la Universidad de Murcia, España, donde el objetivo fue evaluar la calidad de vida de los pacientes con Síndrome de Boca Ardorosa (SBA), en el que se utilizó, como uno de los instrumentos para evaluar, el OHIP-49. El tamaño de la muestra fue constituido por el 88.33% de pacientes del sexo femenino.

En el estudio llevado a cabo en la clínica de Medicina y Patología Bucal Facultad de Odontología UNAM, resultó que de los pacientes que constituyó la muestra, el 72.5% correspondía al sexo femenino, y el 27.5%, al sexo masculino, por lo que se podría inferir que, el hecho de tener mayor población de mujeres en una consulta dental significaría que éstas tienen una mala salud bucal o inadecuada,

sin embargo, la Clínica de Medicina y Patología Bucal de la Facultad de Odontología, en donde se hizo el estudio, está dedicada a la **prevención**, el diagnóstico y el tratamiento de lesiones orales.

Por lo tanto, se puede deducir que las personas del sexo femenino tienden a presentar una mayor percepción y preocupación sobre su estado de salud bucal que los varones.

Esta similitud la explica Jiménez Férrez⁵⁸, quien afirma que es más frecuente observar mayor preocupación en las mujeres por su estado de salud, ya que ellas asisten al médico y buscan ayuda ante cualquier problema de salud, a diferencia de los hombres. El porcentaje menor de los hombres no significa que tengan un mejor estado de salud bucal. Quizá explicable, porque los hombres tienden más a minimizar sus padecimientos.

En un solo estudio, realizado por Coates E. GD Slade⁵⁹, los resultados difieren totalmente del resultado de este estudio que se presenta, puesto que en su investigación, un porcentaje muy alto de los pacientes eran del sexo masculino (90.7%). Sin embargo, es muy importante mencionar que, dentro de este porcentaje, todos estaban infectados con el VIH y la mayoría de ellos eran pacientes homosexuales. El resto se había contagiado por agujas infectadas al inyectarse drogas. El género es un factor que puede revelar datos muy importantes, como en el estudio realizado, puesto que son pacientes con una enfermedad cuya mayoría de sus repercusiones se producen en la cavidad oral.

El segundo punto a discutir es el relativo a uno de los parámetros utilizados en la investigación que se presenta: la edad de los pacientes que han sido evaluados. En nuestro estudio se incluyó a la población de adultos jóvenes, pacientes que fueron remitidos a la clínica durante el periodo de investigación de otras edades. En cambio, en la mayoría de estudios de calidad de vida, con respecto a la salud bucal, el principal enfoque está destinado a la investigación e interés por la población geriátrica.

En el estudio realizado por Salvatella Rosales María y Cols.⁶⁰, se revisaron las condiciones orales de una población anciana, con respecto a enfermedades sistémicas; se llevó a cabo en la ciudad de Nules, Comunidad Valenciana. Se revisaron a 105 pacientes, de los cuales 33 fueron hombres y 72 mujeres. En este caso, nuevamente predominó el sexo femenino; la edad promedio en el estudio fue de 84 años.

Otros autores, como De la Fuente Hernández J. y Cols.⁶¹, Jiménez Férez J. y Cols, Pía López J., Infante-Cossío E. y Cols, son ejemplos en los que se abordaron trabajos relacionados con el mismo tema de estudio, en pacientes geriátricos, en los que la edad promedio se situó entre los 70 y 85 años.

En este estudio que se presenta, la edad promedio fue de 50 años, por lo que es importante realizar más investigación en adultos jóvenes, y sea posible relacionar las alteraciones bucales con las enfermedades crónicas y sistémicas, y la calidad de vida, tal como se hizo en esta investigación.

Un tercer punto de discusión en el presente trabajo es haber constatado la relación directa que tiene la calidad de vida con el estado de salud. Asimismo, comprobar que la percepción del paciente, respecto de su bienestar, es un aspecto, tanto de tipo subjetivo como objetivo. Es decir, resulta un asunto complejo, ya que está asociado con el individuo y todo lo que esto implica: tipo de personalidad, su percepción de bienestar, su satisfacción personal, el nivel cultural que posea, el nivel económico que tenga, la forma en que percibe el proceso salud-enfermedad, su integración social y ambiental que, al mismo tiempo, es delimitado por experiencias personales, e implica la evaluación global que un sujeto hace de su vida, con base en sus características individuales y en los factores externos. Es un tema que puede ser evaluado por indicadores sociales con el fin de medir los datos y hechos vinculados con el bienestar social de una población.

También resulta interesante, como tema de discusión, haber utilizado en el presente estudio el instrumento de evaluación OHIP-49, ya que arrojó datos que coincidieron con otras investigaciones internacionales ya señaladas anteriormente. Asimismo, haber utilizado este instrumento de evaluación permitió validar su pertinencia en este tipo de estudios, ya que resultó idóneo evaluar la frecuencia con que un individuo experimenta problemas en su función y en su vida diaria, como resultado de condiciones bucales; además, ha sido ampliamente utilizado para medir el impacto de cambios en los pacientes con enfermedades específicas.

También es un buen punto de discusión el hecho de haber logrado alcanzar el objetivo central de esta investigación, que era conocer el impacto de la salud bucal, hablando de cualquier condición oral, sobre la calidad de vida de los pacientes, la cual se pudo determinar, agrupando a los 247 pacientes en 6 categorías (clasificación de MIND: Sin lesión, Neoplásicas, Inflamatorias, Metabólicas, Desarrollo y Multifactorial). De acuerdo con el diagnóstico, se observó que los pacientes con mayor afectación en su calidad de vida fueron los pertenecientes al grupo de lesiones de procedencia multifactorial, en el que se obtuvo la mediana de (60), seguido del grupo de lesiones de la agrupación Inflamatorias (48). Los grupos de lesiones Metabólicas y Desarrollo obtuvieron 40; estos grupos rebasaron la mediana global obtenida como 39, considerando que por arriba de este dato los pacientes se encuentran con un impacto negativo, a diferencia del grupo de lesiones neoplásicas y sin lesión, en el que la calificación fue de 23.50, lo que indica que estos pacientes tenían una buena calidad de vida.

¿Por qué razón estos pacientes con lesiones neoplásicas tuvieron un impacto positivo, cuando cabría esperar una alta calificación? Porque quizá en algunos de ellos no había síntomas, como dolor, que les disminuyera la calidad de vida, sin embargo, no en todos los casos el comportamiento es el mismo.

Para evaluarlos en una forma más exacta y poder comparar un grupo con otro, se obtuvieron los promedios de cada grupo, en relación con las 7 dimensiones que constituyen el OHIP-49, observando que los pacientes se encontraban con mayor problema en limitación funcional, dolor, inhabilidad física e incomodidad psicológica. Estos resultados coincidieron con la investigación de Veerasamy Yengopal.⁶², estudio realizado a pacientes con VIH para conocer el impacto de las lesiones orales sobre su calidad de vida; en el estudio se encontró mayor afectación en limitación funcional, seguida de dolor físico, con el dato agregado de que más del 50% de estos pacientes referían dolor al comer.

De la Fuente Hernández J. y Cols., indica que las dimensiones registradas con mayor impacto en su estudio fueron malestar psicológico, dolor físico y limitación funcional. Estos resultados dependen, en mucho, de los parámetros utilizados, ya que el autor maneja un grupo especial de población geriátrica, portadora de prótesis, lo cual hace que la afectación se refleje más en ciertas dimensiones.

Otra variable muy importante en este estudio que se presenta, y que es objeto de discusión, se refiere a la incidencia o al consumo de alcohol y tabaco, factores que se relacionan directamente con los grupos estudiados en el presente trabajo; los pacientes pertenecientes al grupo de neoplasias y lesiones metabólicas, son los que presentaron mayor consumo de alcohol y el grupo con mayor consumo de tabaco es el de lesiones neoplásicas y lesiones de procedencia multifactorial,

Resulta pertinente comparar la presente investigación con el estudio de Infante-Cossío E.⁶³ y Cols., puesto que, en el trabajo que realizó sobre calidad de vida en pacientes con cáncer oral y orofaríngeo, el 50% de los pacientes tenían un historial de consumo de alcohol. Sin embargo, el dato que despierta mayor interés en ese estudio, es que el 69% eran pacientes fumadores, lo que le permitió al autor concluir que existen muy pocos estudios relacionados con el cáncer oral y calidad de vida, pero el evitar estos factores puede ayudar a disminuir grados de afectación en el estado de salud general del paciente.

En relación con el estudio que se presenta, haber considerado estos dos factores —consumo de alcohol y tabaco— como variables, fue muy importante, puesto que desencadenan enfermedades crónicas degenerativas y la mayoría de éstas tiene repercusiones en la cavidad oral, afectando directamente la calidad de vida de los pacientes, por lo cual mencionar el consumo de alcohol y tabaco en una historia clínica, así como prevenir su consumo, puede llegar a mejorar la situación en muchos pacientes.

Finalmente, se puede afirmar que la Salud Bucal en la población estudiada presentó un impacto negativo sobre su calidad de vida, relacionada con las lesiones o padecimientos que presentan en la cavidad oral, así como con la edad, el sexo, el consumo de alcohol y de tabaco.

12. CONCLUSIONES

Con base en la investigación realizada, se puede concluir que el estado de salud general del paciente está relacionado directamente con el estado de salud bucal. Ambos términos se encuentran en relación con la calidad de vida, y su importancia está dirigida al bienestar e integridad del paciente.

La situación ideal del ser humano es tener un estado de salud óptimo y en las mejores condiciones, sin embargo, a medida que pasa el tiempo, las enfermedades aumentan y las condiciones orales varían en diferentes ambientes y poblaciones.

Los resultados obtenidos en este estudio que se presenta, muestran que el estado de salud bucal, en general, de la población de estudio, tienen un impacto negativo sobre la calidad de vida, es decir cualquier condición, lesión o padecimiento oral está afectando de distintas maneras las actividades que realizan día a día.

Los pacientes afectados, con base en la clasificación utilizada, fueron los que tenían lesiones orales de procedencia multifactorial, inflamatorias, metabólicas y desarrollo, que pueden estar atribuidas a enfermedades o múltiples factores, como sexo, edad, consumo de alcohol y tabaco, entre otras. Estos pacientes se encontraron afectados, principalmente, en dimensiones como limitación funcional, dolor, inhabilidad física e incomodidad psicológica, por lo que algunos pacientes presentaron padecimientos que impactaban de manera negativa en actividades como hablar, comer y sonreír. Asimismo, tuvo repercusiones en su apariencia, distorsión del sentido del gusto, entre otras.

En la realización del presente estudio se observó que las condiciones orales causaron en algunos pacientes incomodidad, infelicidad, vergüenza y dolor; por lo que es importante incluir la evaluación de la calidad de vida en la práctica odontológica, añadiéndola quizás como un método auxiliar de diagnóstico y terapéutico, en combinación con las enfermedades del paciente (si las tiene) y su percepción.

13. ANEXOS

ANEXO 1

Instrumentos utilizados con la intención de medir el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de las personas.

ÍNDICE	NOMBRE	AUTOR	AÑO
SIDD	Social Impacts Of Dental Disease	Sheiham& Cushing	1980
SIP	SicknessImpactProfile	Reisine	1985
GOAHAI	The General Oral Health Assessment index (The Geriatric Oral Health Index)	Atchinson	1990
OHQOL	The Oral Health-Related Quality of Life Measure	Kressin	1991
DIP	The Dental ImpactProfile	Strauss	1993
SOHSI	Subjetive Oral Health Status Indicators	Locker	1994
OHIP	Oral HealthImpactProfile	Slade	1994
DIDL	The Dental Impact of on Daily Living	Leao&Sheiham	1995
OIDP	Oral Impacts of Daily Performance	Adulyanon&Sheiham	1996

ANEXO 2

PERFIL DE IMPACTO DE SALUD BUCAL ORAL HEALTH IMPACT PROFILE VERSIÓN EN ESPAÑOL.

Universidad Nacional Autónoma de México facultad de odontología división de estudios de posgrado e investigación coordinación de salud pública bucal. Castrejon-Perez, Borges-Yañez SA, Cruz-Hervert LP.

INSTRUCCIONES: El cuestionario lo debe aplicar un entrevistador. Las preguntas se leen como están en el cuestionario. No se deben sugerir las respuestas. Se recomienda tener una tarjeta con las respuestas para que la persona entrevistada pueda consultarlas.

Las preguntas sin respuestas se codificaran como 9 y al calcular la calificación del instrumento se considerará como valor cero ($-\theta$).

Entrevistador. Iniciar cada pregunta con la frase: **¿En los últimos seis meses...**

1...Ha tenido dificultad para masticar alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre

2...Ha tenido problemas al pronunciar algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre

3...Ha notado que algún diente no se ve bien?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre

4...Ha notado que su apariencia se ha visto afectada debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre

5...Ha sentido que tiene aliento fétido debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre

6...Ha sentido que su sentido del gusto ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o dentadura?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre

7...Ha quedado comida atrapada entre sus dientes o debajo de sus dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre

8...Ha sentido que su digestión ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras? 0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
9...Ha sentido que sus dentaduras no ajustan apropiadamente? 0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
10...Ha tenido dolor en su boca? 0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
11...Ha tenido su mandíbula adolorida? 0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
12...Ha tenido dolores de cabeza debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras? 0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
13...Ha tenido sensibilidad en sus dientes, por ejemplo, debido a alimentos o bebidas frías o calientes? 0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
14...Ha tenido dolor dental? 0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
15...Ha tenido dolor en sus encías? 0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
16...Ha encontrado incomodo comer cualquier alimento debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras? 0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
17...Ha tenido puntos dolorosos en su boca? 0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
18...Ha tenido dentaduras que no son confortables? 0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
19...Ha estado preocupada por problemas dentales? 0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
20...Ha estado avergonzado debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras? 0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
21...Problemas dentales lo han hecho sentir infeliz? 0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
22...Se ha sentido incómodo con la apariencia de sus dientes, boca o dentaduras? 0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
23...Se ha sentido tenso debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras? 0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre

<p>24...Su modo de hablar ha sido poco claro debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?</p> <p>0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre</p>
<p>25...Las personas le han malinterpretado algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?</p> <p>0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre</p>
<p>26...Ha experimentado menos sabor en su comida debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?</p> <p>0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre</p>
<p>27...Ha sido incapaz de cepillarse los dientes adecuadamente debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?</p> <p>0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre</p>
<p>28...Ha tenido que evitar comer algunos alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?</p> <p>0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre</p>
<p>29...Ha sido insatisfactoria su dieta debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?</p> <p>0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre</p>
<p>30...Ha sido incapaz de comer con sus dentaduras debido a problemas con ellas?</p> <p>0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre</p>
<p>31...Ha evitado sonreír debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?</p> <p>0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre</p>
<p>32...Ha tenido que interrumpir sus comidas debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?</p> <p>0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre</p>
<p>33...Se ha interrumpido su sueño debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?</p> <p>0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre</p>
<p>34...Se ha sentido irritado debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?</p> <p>0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre</p>
<p>35...Ha encontrado difícil relajarse debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?</p> <p>0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre</p>
<p>36...se ha sentido deprimido debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?</p> <p>0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre</p>
<p>37...Ha visto afectada su concentración debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?</p> <p>0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre</p>

<p>38...Se ha avergonzado un poco debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?</p> <p>0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre</p>
<p>39...Ha evitado salir a la calle debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?</p> <p>0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre</p>
<p>40...Ha sido menos tolerante con su esposo(a) o su familia debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?</p> <p>0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre</p>
<p>41...Ha tenido dificultades al relacionarse con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?</p> <p>0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre</p>
<p>42...Ha estado un poco irritable con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?</p> <p>0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre</p>
<p>43...Ha tenido dificultades para realizar sus labores habituales debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?</p> <p>0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre</p>
<p>44...Ha sentido que su salud general ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?</p> <p>0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre</p>
<p>45...Ha sufrido algún tipo de pérdida económica debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?</p> <p>0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre</p>
<p>46...Ha sido incapaz de disfrutar la compañía de otras personas como debería debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?</p> <p>0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre</p>
<p>47...Ha sentido que su vida en general es menos satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?</p> <p>0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre</p>
<p>48...Ha sido totalmente incapaz de funcionar debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?</p> <p>0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre</p>
<p>49...Ha sido incapaz de trabajar con toda su capacidad debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?</p> <p>0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre</p>

ANEXO 3

Perfil de Impacto de Salud Oral en versión 14 preguntas. (OHIP-14)

DIMENSIÓN	Nº	PREGUNTA	VALOR
Limitación Funcional	1	¿Tiene usted incomodidad para pronunciar algunas palabras debido a problemas con sus dientes boca o prótesis dentales?	0.51
	2	¿Ha sentido usted que su sensación del gusto ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.49
Dolor físico	3	¿Tiene usted alguna incomodidad dolorosa en su boca?	0.34
	4	¿Ha sentido usted incomodidad al comer algunos alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.66
Molestias psicológicas	5	¿Ha estado usted preocupado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.45
	6	¿Se ha sentido nervioso debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.55
Incapacidad física	7	¿Ha sido su dieta poco satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.52
	8	¿Ha tenido usted que interrumpir sus comidas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.48
Incapacidad psicológicas	9	¿Encuentra usted dificultad para relajarse debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.60
	10	¿Se ha sentido usted perturbado frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, su boca o prótesis dentales?	0.40
Incapacidad social	11	¿Se ha sentido usted irritable con otras personas debido a problemas con sus dientes, su boca o prótesis dentales?	0.62
	12	¿Tiene usted dificultad de hacer sus trabajos habituales debido a problemas con sus dientes, su boca o prótesis dentales?	0.38
Obstáculos	13	¿Ha sentido usted que su vida es, en general, menos satisfactoria, debido a problemas con sus dientes, su boca o prótesis dentales?	0.59
	14	¿Se ha sentido usted totalmente incapaz de funcionar debido a problemas con sus dientes, su boca o prótesis dentales?	0.41

ANEXO 4

CLASIFICACION DE MIND

Utilizada para poder agrupar las distintas lesiones que se producen en boca, esta clasificación está basada de acuerdo a la etiopatogenia de las lesiones. Cada agrupación tiene subgrupos que permiten englobar mayores diagnósticos. Para realizar esta investigación se agregaron dos categorías más —si lesión y multifactorial”.

1.- SIN LESIÓN	4.- METABÓLICAS <ul style="list-style-type: none">✓ Nutricionales✓ Hormonales
2.- NEOPLÁSICAS <ul style="list-style-type: none">✓ Benigna✓ Maligna✓ Premaligna (displasias)	5.- DESARROLLO <ul style="list-style-type: none">✓ Quistes✓ Hereditarias✓ Congénitas
3.- INFLAMATORIAS <ul style="list-style-type: none">✓ Infeciosas✓ Reactivas✓ Hiperplasicas✓ Autoimmune✓ Traumática	6.-MULTIFACTORIALES

ÍNDICE DE CITAS BIBLIOGRÁFICAS

¹Montero Martin J, *Calidad de vida oral en población general*. (tesis doctoral). Granada: Facultad de Odontología Universidad de Granada; 2006.

² Jiménez Ferez J, Percepción de salud bucal, calidad de vida y bienestar subjetivo en ancianos. Revista ADM: UNAM Facultad de estudios superiores Iztacala. Septiembre-octubre 2006. pp181-184.

³Gomez-Vela M y Sabch Eliana N, *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Salamanca: Instituto Universitario de integración en la comunidad. Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca.

⁴Katschnig H y Freeman H, *Calidad de vida en trastornos mentales*. Barcelona 2000.

⁵World Health Organization. –Study Protocol for the Who project to develop a quality of life assesment instrument (WHOQoL)”. Qual Life Res 1993; 2:153-159.

⁶Misrachi C, Espinoza I. –Usefulness of Quality of Life Related to Health Measurements”. Revista dental de Chile 2005;96 (2) 28-35

⁷Sumano Moreno Oscar. *Impacto de la Salud Bucal en la Calidad de Vida de Adultos mayores que demandan atención dental, Coyoacán 2008*. (TESIS) Facultad de Odontología 2009. pp.5-10.

⁸Velázquez Monroy O. y Vera Hermosillo H, Cambios en la Prevalencia de la Caries Dental en Escolares de tres regiones de México: encuestas de 1987–1988 y de 1997–1998. Rev Panam Salud Pública. 2003.

⁹Schwartzmann I. "Health-related quality of life: conceptual aspects. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales". *cienc. enferm.* [online]. 2003, vol.9,n.2, ISSN 0717-9553.

¹⁰Arostegui, I. (1998) Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco. Universidad de Deusto.

¹¹ Ship JA. "The influence of aging on oral health and consequences for taste and smell." *Physion* 13 ehu.1999; 66:209-15.

¹²Hornquist J. "Quality of Life: Concepts and Assessment". *Scand J, Soc Med* 1989; 18:68-79.

¹³Minayo, M.C., Hartz, Z.M., Buss, P. (2000). "Quality of Life and Health: a Necessary Debate. *Ciencia & Saúde Coletiva*". ABRASCO, Vol. 5, 1, 7-18.

¹⁴ Nieto-Muñera J, Abad Mateo M, Esteban Albert M, Tejerina Arreal M, *Psicología para ciencias de la salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Madrid: McGraw-Hill interamericana; 2004.

¹⁵Schalock RL (1996). *The Quality of Children's Lives*. in: A.H. Fine y N.M. Fine (Eds.), *Therapeutic Recreation for Exceptional Children. Let me in, I Want to Play*. Second edition. Illinois: Charles C. Thomas.

¹⁶D'Alvia, Rodolfo. *Calidad de vida: la relación bio-psico-social del sujeto*. Lugar editorial, Buenos Aires, 2005.

¹⁷ Lawton P, Moss Fulcomer M y Kleban H. A Research and Service Oriented Multilevel Assessment Instrument. *Journal of Gerontology*, 1982

¹⁸Mora M, Villalobos D, Araya G, Ozols A. Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. *Revista MH salud* 2004; 1

¹⁹Felce D, Perry J. -Quality of life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*". 1995;16(1):51-74.

²⁰Centro 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>

²¹H. Greene Walter. *Educación para la salud*. México: Mc Graw-Hill Interamericana, 1988.

²²Frias Osuna A, *Salud pública y educación para la salud*. Edit. Masson. 2005. pp.3-7.

²³ Frias Osuna A, *Ibidem. Salud pública y educación para la salud*. Edit. Masson. 2005. pp.4,49-51.

²⁴ Gonzalo Moctezuma Barragán, *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*, UNAM-IPN-H. Cámara de Diputados, México, 2000. disponible http://www.diputados.gob.mx/cesop/Comisiones/d_salud.htm

²⁵Guyatt H, Feeny H, Patrick D. -Measuring Health-Related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine*". 1993; 118(8):622-629

²⁶Schwartzmann I. *Op.cit.* -Health-related quality of life: conceptual aspects. *Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales*". *cienc. enferm.*[online]. 2003, vol.9,n.2, ISSN 0717-9553.

²⁷ Patrick, D., Erickson P. (1993). -Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation". Oxford University Press. New York.

²⁸Naughton J. y Shumaker A, "Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. En Quality of Life And Pharmacoeconomics in Clinical Trials". 1996;15:117-131

²⁹WHO. Study Protocol for the World Health Organization Project to Develop a Quality of Life Assessment Instrument.(WHOQOL). Qual Life Res. 19993.

³⁰Dennis R y Williams W, . (1994). Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad. Siglo Cero, 25(155): 1-5.

³¹ Montero Martin J. *Op. cit. Calidad de vida oral en población general.* (tesis doctoral). Granada: Facultad de Odontología Universidad de Granada; 2006.

³²Meneses Gómez Edwin J. *Salud Bucodental y Calidad de Vida Oral en los Mayores. Universidad de Madrid Facultad de Odontología Departamento de Estomatología IV (profilaxis, odontopediatría y ortodoncia).* Madrid 2010.

³³Sanchez-Garcia S. *Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales.* Salud Publica México 2007 vol.49, n.3, pp. 173-181.

³⁴ Luengas I. *Tendencias en la formación de odontólogos en la universidad pública en México, en el contexto de la globalización, 1986-2001: una lectura ética* (tesis de doctorado en sociología). México. UNAM.

³⁵Piedrola G. Gil y otros. *Medicina preventiva y salud pública.* 9ª ed. Barcelona: Masson, 1992.

³⁶Kushnir D, "Validation of a Hebrew version of the Oral Health Impact Profile" 14. J. Public health dent. 2004.

³⁷Soe KK, Gelbier S, "Reliability and Validity of two Oral Health Related Quality of Life Measures in Myanmar Adolescents". Community dent health 2004.

³⁸World Health Organization. Op cit; Study Protocol for the WHO Project to Develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQoL). Qual Life Res 1993; 2:153-159.

³⁹Inglehart M, Bagramian R. Oral Health-Related Quality of Life: An Introduction. En: Inglehart M, Bagramian R, editors. Oral Health-Related Quality of Life. Chicago: Quintessence, 2002; p. 111-121

⁴⁰ McGrath C, Bedi R. "The Importance of Oral Health to Older People's Quality of Life. Gerodontology" 1999; 16(1): 59-63.

⁴¹Wikipedia versión en español enciclopedia disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Teor%C3%ADas_de_la_personalidad

⁴²Sheiham A, "Prevalence of Impacts of Dental and Oral Disorders and Their Effects on Eating Among Older People; A National Survey in Great Britain". Community Dent Oral Epidemiol 2001; 29(3): 195-203.

⁴³Peek CW, Gilbert GH, Duncan RP. "Predictores of Chewing Difficulty Onset Among Dentate Adults: 24-Month Incidence". J Public Health Dent 2002; 62(4): 214-21.

⁴⁴Tsakos G, Marcenes W, Sheiham A. Cross-Cultural Differences in Oral Impacts on Daily Performance Between Greek and British Older Adults. Community Dent Health 2001; 18(4): 209-13.

⁴⁵Petersen E. The world oral health report 2003: continuous improvement or oral health in the 21st century. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 2003; 37:3-24.

⁴⁶Baker S. Testing a conceptual model of oral health: a structural equation modeling approach. J Dent Res. 2007;86(8):708-712.

⁴⁷ Secretaria de Salud. Programa de Acción Especifico 007-2012 Salud Bucal. Primera edicionMexico 2008. pp.13-22.

⁴⁸ Elizabeth Velarde –Jurado MC, Carlos Avila-figueroa MC. Consideraciones metodologicas para evaluar la calidad de vida. Salud Publica México. 2002 disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>.

⁴⁹ Arostegui, I. (1998) Opus cit;.Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco. Universidad de Deusto.

⁵⁰ McMillan AS, Wong EC.The impact of oral disease among the institucionalidad and non-institutionalized el derly in Hong Konf.Oral rehabilitation 2003.

⁵¹ Pires CP, Ferraz MB, Translation into Brazilian portuguese, cultural adaptation and validation of the oral impact profile (OHIP-49). Bras oral Res 2006.

⁵² Allen PF, Locker D.

⁵³ Slad GD, editor. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of north Carolina, jental ecology. 1997.

⁵⁴ Locker D, Slade G (1994).Association between clinical and subjective indicators of oral health in an older adult population.Gerodontology. 11:108-14.

⁵⁵ Castrejón Perez RC. Validacion del perfil de impacto de Salud Bucal (OHIP-14) en tres grupos de ancianos en México. Universidad Nacional Autonoma de México Facultad de Odontologia 2009.

⁵⁶ McGrath C, Bedi R, Gilthorpe MS (2000). Oral health-related quality of life-views of the public in the United Kingdom.CommuntyDentHealth 17: 3-7.

⁵⁷Pía López-Jornet, Fabio Camacho-Alonso, Mayra Lucero-Berdugo. Quality of life in patients with burning mouth syndrome. Department of Oral Medicine, Faculty of Medicine and Dentistry, University of Murcia, Spain. *J Oral Pathol Med* (2008) 37: 389–394.

⁵⁸Jiménez Ferez J, Esquivel Hernández R, Martínez Vélez N. Percepción de salud bucal, calidad de vida y bienestar subjetivo en ancianos. *Revista ADM: UNAM Facultad de estudios superiores Iztacala*. Septiembre-octubre 2006. pp181-184.

⁵⁹Coates E, Slade GD, Goss AN, Gorkic E. Oral conditions and their social impact among HIV dental patients. *Aust Dent J* 1996;41:33-6.

⁶⁰ Salvatella Rosales María de los Ángeles. *Condiciones y lesiones orales en una población anciana institucionalizada de Castellón (España)*. universidad de Granada España Facultad de Odontología departamento de Estomatología 2009.

⁶¹De la Fuente Hernandez J, Sumano Moreno O. impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Univ Odontol*. 2010 jul-dic; 29 (63): 83-92.

⁶²Veerasamy Yengopal, BChD, MChD, a and Sudeshni Naidoo, PhD, b Johannesburg and Cape Town, South Africa, Do Oral Lesions Associated with HIV Affect Quality of Life?. University of Witwatersrand and University of Western Cape.

⁶³ P. Infante-Cossío, E. Torres-Carranza, A. Cayuela, J. L. Gutiérrez-Pérez, M. Gili-Miner: Quality of Life in patients with Oral and Oropharyngeal Cancer. *Int.J. Oral Maxillofac Surg*. 2009; 38: 250–255. # 2008 International Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. Published by Elsevier Ltd. All Rights Reserved.

BIBLIOGRAFÍA

Arostegui, I. (1998) Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco. Universidad de Deusto.

Arostegui, I. (1998) Opus cit;.Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco. Universidad de Deusto.

Baker S. Testing a conceptual model of oral health: a structural equation modeling approach. J Dent Res. 2007;86(8):708-712.

Castrejón Perez RC. Validacion del perfil de impacto de Salud Bucal (OHIP-14) en tres grupos de ancianos en México. Universidad Nacional Autonoma de México Facultad de Odontología 2009.

Ceballos Salobreña Alejandro. *Medicina Bucal*. Facultad de Odontología Universidad de Granada 1993.

Centro Peninsular en Humanidades y Ciencias Sociales; Programa: Calidad de Vida, Cultura, Salud y ambiente en la Península de Yucatán. en:

<http://www.cephcis.unam.mx/investigacion/programa.php?programa=cdv>

Coates E, Slade GD, Goss AN, Gorkic E. Oral conditions and their social impact among HIV dental patients. AustDent J 1996;41:33-6.

D`Alvia, Rodolfo. *Calidad de vida: la relación bio-psico-social del sujeto*. Lugar editorial, Buenos Aires, 2005.

David S Brennan*, Kiran A Singh, A John Spencer and Kaye F Roberts-Thomson. -Positive and negative affect and oral health-related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*” 2006, 4:83.

Dennis R y Williams W, . (1994). Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad. *Siglo Cero*, 25(155): 1-5.

De la Fuente Hernandez J, Sumano Moreno O. impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *UnivOdontol*. 2010 jul-dic; 29 (63): 83-92.

Elizabeth Velarde –Jurado MC, Carlos Avila-figueroa MC. Consideraciones metodologicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Publica México*. 2002 disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>.

Felce D, Perry J. –Quality of life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*”. 1995;16(1):51-74.

Frias Osuna A, *Salud pública y educación para la salud*. Edit. Masson. 2005. pp.3-7.

Frias Osuna A, *Ibidem. Salud pública y educación para la salud*. Edit. Masson. 2005. pp.4,49-51.

García Romero Horacio y Limón Limón L, *Bioética general*. México, Trillas 2009.

Gómez-Vela M y Sabch Eliana N, Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Salamanca: Instituto Universitario de integración en la comunidad. Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca.

Gonzalo Moctezuma Barragán, *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*, UNAM-IPN-H.Camara de Diputados, México, 2000. disponible en http://www.diputados.gob.mx/cesop/Comisiones/d_salud.htm

Guyatt H, Feeny H, Patrick D. –Measuring Health-Related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine*”. 1993; 118(8):622-629

H. Greene Walter. *Educación para la salud*. México: Mc Graw-Hill Interamericana, 1988

Helen C. Gift, * Kathryn a Atchison. –Conceptualizing Oral Health and Oral Health-Related Quality of Life”. *soc. sci. med.* vol. 44, no. 5, pp. 601-608, 199

Hernández Arriaga José Luis. *Bioética General*. Editorial el manual moderno, 2002.

Hornquist J. –Quality of Life: Concepts and Assessment”. *Scand J, Soc Med* 1989; 18:68-79.

Inglehart M, Bagramian R. Oral Health-Related Quality of Life: An Introduction. En: Inglehart M, Bagramian R, editors. *Oral Health-Related Quality of Life*. Chicago: Quintessence, 2002; p. 111-121

Jiménez Férrez J, Percepción de salud bucal, calidad de vida y bienestar subjetivo en ancianos. *Revista ADM: UNAM Facultad de estudios superiores Iztacala*. Septiembre-octubre 2006. pp181-184.

Jiménez Férrez J, op. cit. Percepción de salud bucal, calidad de vida y bienestar subjetivo en ancianos. *Revista ADM: UNAM Facultad de estudios superiores Iztacala*. Septiembre-octubre 2006. pp181-184.

Katschnig H y Freeman H, *Calidad de vida en trastornos mentales*. Barcelona 2000.

Kraus Arnoldo y Ruy Pérez Tamayo. *Diccionario incompleto de Bioética*. 1ª edición mayo 2007.

Kushnir D, –Validation of a Hebrew version of the Oral Health Impact Profile” 14. *J. Public health dent*. 2004.

Lawton P, Moss .Fulcomer M y Kleban H. A Research and Service Oriented Multilevel Assessment Instrument. *Journal of Gerontology*, 1982.

Ley General de Salud. Texto vigente últimas reformas publicadas dof 27-04-2010.

Locker D, Slade G (1994). Association between clinical and subjective indicators of oral health in an older adult population. *Gerodontology*. 11:108-14.

Luengas I. *Tendencias en la formación de odontólogos en la universidad pública en México, en el contexto de la globalización, 1986-2001: una lectura ética* (tesis de doctorado en sociología). México. UNAM.

McGrath C, Bedi R, Gilthorpe MS (2000). Oral health-related quality of life-views of the public in the United Kingdom. *Community Dent Health* 17: 3-7.

McGrath C, Bedi R. "The Importance of Oral Health to Older People's Quality of Life. *Gerodontology*" 1999; 16(1): 59-63.

McMillan AS, Wong EC. The impact of oral disease among the institutionalized and non-institutionalized elderly in Hong Kong. *Oral Rehabilitation* 2003.

Meneses Gómez Edwin J. *Salud Bucodental y Calidad de Vida Oral en los Mayores. Universidad de Madrid Facultad de Odontología Departamento de Estomatología IV (profilaxis, odontopediatría y ortodoncia)*. Madrid 2010.

Minayo, M.C., Hartz, Z.M., Buss, P. (2000). "Quality of Life and Health: a Necessary Debate. *Ciencia & Saúde Coletiva*". ABRASCO, Vol. 5, 1, 7-18.

Misrachi C, Espinoza I. "Usefulness of Quality of Life Related to Health Measurements". *Revista dental de Chile* 2005;96 (2) 28-35

Montero Martin J, *Calidad de vida oral en población general*. (tesis doctoral). Granada: Facultad de Odontología Universidad de Granada; 2006.

Montero Martin J. *Op. cit. Calidad de vida oral en población general*. (tesis doctoral). Granada: Facultad de Odontología Universidad de Granada; 2006.

Mora M, Villalobos D, Araya G, Ozols A. Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. *Revista MH salud* 2004; 1

Naughton J. y Shumaker A, -Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. En *Quality of Life And Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. 1996;15:117-131

Nieto-Muñera J, Abad -Mateo M, Esteban -Albert M, Tejerina -Arreal M, *Psicología para ciencias de la salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Madrid: McGraw-Hill interamericana; 2004.

P. Infante-Cossío, E. Torres-Carranza, A. Cayuela, J. L. Gutiérrez-Pérez, M. Gili-Miner: Quality of Life in patients with Oral and Oropharyngeal Cancer. *Int.J. Oral Maxillofac. Surg.* 2009; 38: 250–255. # 2008 International Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. Published by Elsevier Ltd. All Rights Reserved.

Patrick, D., Erickson P. (1993). -Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation". Oxford University Press. New York.

Peek CW, Gilbert GH, Duncan RP. -Predictores of Chewing Difficulty Onset Among Dentate Adults: 24-Month Incidence". *J Public Health Dent* 2002; 62(4): 214-21.

Petersen E. The world oral health report 2003: continuous improvement or oral health in the 21st century. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2003; 37:3-24.

Pía López-Jornet, Fabio Camacho-Alonso, Mayra Lucero-Berdugo. Quality of life in patients with burning mouth syndrome. Department of Oral Medicine, Faculty of Medicine and Dentistry, University of Murcia, Spain. *J Oral PatholMed* (2008) 37: 389–394.

Piedrola G. Gil y otros. *Medicina preventiva y salud pública*. 9ª ed. Barcelona: Masson, 1992.

Pires CP, Ferraz MB, Translation into Brazilian portuguese, cultural adaptation and validation of the oral impact profile (OHIP-49). Bras oral Res 2006.

Salvatella Rosales María de los Ángeles. *Condiciones y lesiones orales en una población anciana institucionalizada de Castellón (España)*. universidad de Granada España Facultad de Odontología departamento de Estomatología 2009.

Sánchez García S. *Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales*. Salud Publica México 2007 vol.49, n.3, pp. 173-181.

Schalock RL (1996). The Quality of Children's Lives.in: A.H. Fine y N.M. Fine (Eds.), Therapeutic Recreation for Exceptional Children. Let me in, I Want to Play. Second edition. Illinois: Charles C. Thomas.

Schwartzmann I. "Health-related quality of life: conceptual aspects. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales". *cienc. enferm.* [online]. 2003, vol.9,n.2, ISSN 0717-9553.

Schwartzmann I. *Op.cit.* "Health-related quality of life: conceptual aspects. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales". *cienc. enferm.*[online]. 2003, vol.9,n.2, ISSN 0717-9553.

Secretaria de Salud. Programa de Acción Especifico 007-2012 Salud Bucal. Primera edicionMexico 2008. pp.13-22.

Sgreccia Elio, *Manual de Bioética*. 1ªedicion, septiembre 1996. Pag: 64-67, 155,359, 70.

Shamrany Al M. Oral health-related quality of life: a broader perspective. La Revue de Santé de la Méditerranéorientale, Vol. 12, No 6, 2006

Sheiham A, "Prevalence of Impacts of Dental and Oral Disorders and Their Effects on Eating Among Older People; A National Survey in Great Britain". *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29(3): 195-203.

Ship JA. "The influence of aging on oral health and consequences for taste and smell." *Physion* 13 ehau.19999; 66:209-15.

Slade GD, editor. *Measuring Oral Health and Quality of Life*. Chapel Hill: University of north Carolina, dental ecology. 1997.

Soe K, Gelbier S, "Reliability and Validity of two Oral Health Related Quality of Life Measures in Myanmar Adolescents". *Community dent health* 2004.

Sumano Moreno O, *Impacto de la Salud Bucal en la Calidad de Vida de Adultos mayores que demandan atención dental, Coyoacán 2008*. (TESIS) Facultad de Odontología 2009. pp.5-10.

Tsakos G, Marcenes W, Sheiham A. Cross-Cultural Differences in Oral Impacts on Daily Performance Between Greek and British Older Adults. *Community Dent Health* 2001; 18(4): 209-13.

Velázquez Monroy O. y Vera Herмосillo H, Cambios en la Prevalencia de la Caries Dental en Escolares de tres regiones de México: encuestas de 1987–1988 y de 1997–1998. *Rev Panam Salud Pública*. 2003.

VeerasamyYengopal, BChD, MChD,a and SudeshniNaidoo, PhD,b Johannesburg and Cape Town, South Africa, Do Oral Lesions Associated with HIV Affect Quality of Life?. University of Witwatersrand and University of Western Cape.

WHO. Study Protocol for the World Health Organization Project to Develop a Quality of Life Assessment Instrument.(WHOQOL). *Qual Life Res*.19993.

Wikipedia versión en español enciclopedia disponible en:
http://es.wikipedia.org/wiki/Teor%C3%ADas_de_la_personalidad

World Health Organization. "Study Protocol for the WHO project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQoL)". *Qual Life Res* 1993; 2:153-159.

World Health Organization. *Op cit*; Study Protocol for the WHO Project to Develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQoL). *Qual Life Res* 1993; 2:153-159.