



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



**PERFIL DE IMPACTO DE SALUD ORAL (OHIP) EN ADULTOS
MAYORES QUE ESTÁN EN ESPERA DE SER REHABILITADOS EN
LA CLÍNICA DE PROSTODONCIA TOTAL DE LA F.O., U.N.A.M.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANA DENTISTA

PRESENTA:

ALEJANDRA GISELLE JUÁREZ REBOLLAR.

TUTOR:

MTRO. JAVIER DE LA FUENTE HERNÁNDEZ.

ASESORA:

MTRA. ERIKA HEREDIA PONCE.

MÉXICO, D. F.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Dedico la presente a las personas más importantes en mi vida, los seres que amo, a quienes agradezco estar siempre a mi lado y por quienes estoy hasta donde he llegado...

A mi padre, por motivarme, por ser mi inspiración, por ser mi fuerza y darme lo mejor,

A mi madre, por su apoyo incondicional, por ser mi luz y brindarme todo,

A mis hermanos, por estar conmigo y apoyarme en todo momento.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO.....	2
ANTECEDENTES.....	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
JUSTIFICACIÓN.....	22
OBJETIVOS.	
OBJETIVOS GENERALES.....	23
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
HIPÓTESIS.....	23
METODOLOGÍA.....	24
DEFINICIÓN OPERACIONAL Y	
ESCALA DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES.....	25
MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	26
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	27
CRONOGRAMA.....	27
RESULTADOS	28
DISCUSIÓN.....	35
CONCLUSIÓN.....	40
BIBLIOGRAFÍA.....	41
ANEXOS.....	47

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida es un concepto multidisciplinario que incluye la sobrevivencia; la ausencia de incapacidad, enfermedad o algún síntoma; la función física y bucal apropiada; la presencia o ausencia de dolor o molestia; el estado emocional; la situación social asociada con el desempeño de funciones normales, así como la autopercepción de una adecuada salud bucal. ¹

Cuando hablamos de salud bucal, nuestro centro de atención no es la cavidad bucal en sí misma, sino es acerca del individuo y la manera en la cual los desórdenes bucales, enfermedades y condiciones afectan la salud, bienestar y la calidad de vida. ²

La importancia que tiene la salud bucal, es ser una invaluable contribución a la práctica clínica, investigación y educación dental para el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

La percepción de salud bucal, es una variable de gran importancia entre los adultos mayores edéntulos y en todas las personas, es por ello que se relaciona significativamente con el bienestar, es decir, una boca “saludable” contribuye a que la persona se sienta bien, ayuda a su satisfacción y felicidad, la salud bucal puede ser considerada como un factor predictor de calidad de vida. ³

Lo anterior conlleva a la preocupación y estudio de la calidad de vida de los adultos mayores; en el presente estudio se buscó determinar el perfil de impacto de salud oral (OHIP) en adultos mayores que estaban en espera de ser rehabilitados en la Clínica de Prosthodontia Total de la FO, UNAM.

MARCO TEÓRICO

En la actualidad la esperanza de vida varía en gran forma según la región, es decir, en los países más desarrollados tecnológicamente, el promedio de la esperanza de vida es de 76 años, comparada con tan sólo 49 años en el continente Africano. Ello nos lleva a pensar que en los próximos años habrá un incremento en la población anciana. ⁴

Se estima que para el año 2025, en las regiones más desarrolladas, más del 20% de la población a nivel mundial tendrá 65 años y más. También se augura que la población asiática casi se doblará; en términos absolutos, esto representa un incremento fuerte en tan sólo 25 años: de casi 216 millones a cerca de 475 millones de adultos mayores. ⁴ Los demógrafos hacen énfasis en “la feminización del envejecimiento”, refiriéndose a que, aún cuando las mujeres conforman la mitad de la población mundial, para finales del próximo cuarto de siglo, ellas serán más de la mitad (54%) de todas las personas de 60 años y más, y el 63% de los adultos mayores (80 años y más). ⁴

Un informe de la ONU sobre el envejecimiento de la población estima que el porcentaje de mayores de 60 años se triplicará en 35 años; habiendo aproximadamente 2.000 millones de adultos mayores. ⁴

Se estima que España, dentro de 35 años, será el país con más población de adultos mayores en el mundo, para entonces contará con más personas mayores que niños; e Italia será el segundo país donde habrá mayor población de adultos mayores. ⁴

La coordinadora del Estudio Global sobre el Envejecimiento y la Salud Adulta de la OMS, Somnath Chatterji, ha advertido que en el 2050 el grupo de adultos mayores a nivel mundial representará el 32% de la población y superará por primera vez en la Historia de la Humanidad al porcentaje de niños.⁴

Actualmente en México, hay 8.5 millones de ancianos, lo que representa un millón más de adultos mayores, de acuerdo a lo previsto en un reporte hecho por la Red Latinoamericana de Gerontología en México, debido al incremento de la esperanza de vida en las últimas décadas. La expectativa de vida en el país, según la CONAPO, es de 74.6 años, dato que demuestra que ha ascendido considerablemente, pues en 1980 la esperanza de vida era de 67 años.⁵ El crecimiento constante y sostenido de la población envejecida del país, ha traído consigo una serie de preocupaciones en torno a la capacidad humana y material que se requiere para responder a las demandas, presentes y futuras, provenientes de adultos mayores.⁶

México, al igual que otras naciones, es uno de los países que en los últimos veinte años registra una creciente demanda en materia de servicios asistenciales para la población anciana.⁶

El envejecimiento demográfico, se presenta como uno de los fenómenos con crecientes repercusiones en los planos: social, económico, político y cultural.

Los estudios realizados hasta la fecha, permiten concluir que, entre otras cosas, el segmento de la población representado por personas de la también llamada tercera edad experimenta una situación de gran vulnerabilidad social y económica que no les permite hacer frente a difíciles coyunturas económicas;

en razón de ello, se ha planteado la necesidad de incorporar sus problemas a la reflexión política y optimizar los diversos programas y servicios –públicos y privados- dentro de una lógica de atención integral y universal que satisfaga las demandas crecientes de tan heterogéneo sector de la población. ⁶

ADULTOS MAYORES Y SALUD BUCAL

El grupo de pacientes de la tercera edad ha sido un tanto descuidado en cuestiones de salud, se ha mostrado que el estado físico general, así como su salud bucal se ve alterado. ⁷

En el envejecimiento, el organismo sufre una serie de modificaciones morfológicas y funcionales en diversos órganos y tejidos, caracterizadas por una tendencia general a la atrofia y disminución de la eficacia funcional.

La importancia de los dientes y la masticación en las funciones digestivas es tan conocida que ocupa un lugar preponderante, así como las alteraciones del envejecimiento dental, y la masticación. ⁸

Debido a la falta de dentición, se presentan alteraciones de los músculos y articulaciones, por lo que la masticación se va deteriorando, provocando repercusiones en la función digestiva y nutricional, así como gastroenteropatías o anemias nutricionales, siendo una de las causas principales la masticación insuficiente de los alimentos. ⁸

Un organismo manifiesta envejecimiento cuando decrece su vitalidad y aumenta proporcionalmente su vulnerabilidad. Por tanto, el organismo viejo se diferencia del joven mediante el enlentecimiento de unas funciones y la desaparición de otras, lo mismo que por la elevada incidencia de

enfermedades; la vejez se expresa en todos los órganos de forma diferente según las funciones correspondientes, y con distinta aceleración. ⁹

Durante el envejecimiento se ven alterados los tejidos mucosos y submucosos, de las glándulas salivales, en huesos y articulaciones, en dientes y tejidos periodontales. ¹⁰

Dentro de las consecuencias del edentulismo, está que a medida que el hueso pierde anchura, luego altura, a continuación se repite de nuevo este proceso; la encía insertada disminuye de manera gradual. ¹¹

La encía es susceptible a abrasiones por la prótesis que se soporta en ella, la implantación alta y poco favorable de las inserciones musculares produciendo hipermovilidad de los tejidos, complicando el uso de éstas prótesis. ¹¹

El espesor de la mucosa sobre el reborde atrófico también se relaciona con la presencia de enfermedad sistémica, y con los cambios fisiológicos que acompañan al envejecimiento. La pérdida de las células superficiales se produce con la misma velocidad, pero se enlentece la formación de células en la capa basal. Como consecuencia de ello, disminuye de forma gradual el espesor de los tejidos superficiales. ¹¹ La lengua del paciente con rebordes desdentados se agranda, a menudo, con el fin de acomodarse al incremento del espacio que anteriormente ocupaban los dientes. Al mismo tiempo se utiliza la lengua para limitar los movimientos de las prótesis removibles y adquiere un papel más activo en el proceso masticatorio. La mucosa no insertada para el apoyo de la prótesis origina un aumento de los puntos dolorosos. ¹¹ La disminución en el control neuromuscular, disminuye con frecuencia, asociado al envejecimiento; la posibilidad de llevar con éxito una prótesis puede constituir,

en gran medida, una cuestión de aprendizaje y destreza. El paciente que ha quedado desdentado recientemente puede carecer de destrezas motoras. ¹¹

En la mucosa y submucosa se aprecia el adelgazamiento de la encía insertada y atrofia de la móvil, puede haber atrofia de la mucosa lingual y pérdida de las papilas gustativas. Con respecto a las glándulas salivales se puede presentar atrofia, disminución del flujo salival, asimismo, el poder enzimático de éste puede verse reducido; llega a presentarse acidificación del pH y aumento de la liberación del sodio. ¹⁰

En cuanto a huesos y articulaciones: hay pacientes que presentan osteopenia generalizada, que ocasiona pérdida del equilibrio: degeneración del cartílago de la articulación temporomandibular (ATM), distensión de la cápsula y ligamentos de la ATM y/o disminución de la dimensión vertical del tercio inferior de la cara. ¹⁰

En el aspecto estético, los cambios faciales se producen de manera natural en relación con el proceso de envejecimiento pueden acelerarse y ser potencializados con la pérdida de los dientes. ¹¹ La disminución de la altura facial derivada del colapso de la dimensión vertical origina diversos cambios faciales. La pérdida del ángulo labiomentoniano y la profundización de las líneas verticales en la zona crean un aspecto más duro. A medida que disminuye de forma progresiva la dimensión vertical, la oclusión evoluciona hacia una maloclusión falsa de una clase III. ¹¹ Como consecuencia de ello el mentón rota hacia delante y origina una apariencia prognata de la cara. Estas situaciones dan lugar a una disminución del ángulo labial horizontal en las comisuras labiales. ¹¹ El paciente parece triste cuando la boca está en reposo, los tipos faciales acortados sufren mayores fuerzas de mordida, una pérdida

ósea mayor, y cambios faciales más drásticos ante el edentulismo con relación a otros. El adelgazamiento del bermellón labial da lugar a un escaso apoyo labial proporcionado por la prótesis y pérdida del tono muscular. La posición retruida del bermellón se relaciona con la pérdida de la parte anterior del reborde superior, así como la pérdida de tono de los músculos implicados en la expresión facial. La profundización del surco nasolabial y un aumento en la profundidad de otras líneas verticales del labio superior se relacionan con el envejecimiento normal, aunque se aceleran con la pérdida de hueso. El aumento en el ángulo entre la columela y el filtro se acompaña habitualmente de estos cambios, lo que puede hacer que la nariz parezca más grande que en el caso de que el labio tuviera mayor apoyo. El labio superior se vuelve de forma natural más largo con la edad, como resultado de la gravedad y de la pérdida del tono muscular, lo que da lugar a que se muestren los dientes anteriores cuando el labio está en reposo. Esta variación presenta una tendencia a “envejecer” la sonrisa, porque cuanto más joven es el paciente, más muestra los dientes respecto al labio superior en reposo o al sonreír. La pérdida del tono muscular se acelera en el paciente desdentado. Las inserciones de los músculos mentoniano y buccinador en el cuerpo y sínfisis de la mandíbula también se ven afectadas por la atrofia ósea. Los tejidos ceden, lo que produce “descolgamientos” o una “barbilla de bruja”. Esto es acumulativo debido a la pérdida del tono muscular derivada de la pérdida de dientes, disminución asociada en la fuerza de mordida, y la pérdida de hueso en regiones donde anteriormente se insertaban los músculos.¹¹

Los placeres sociales, como lo es el comer, continúan hasta una etapa avanzada de vida. En el pasado la Odontología Geriátrica se consideraba

como un tratamiento barato que destacaba los abordajes no quirúrgicos. Los servicios para los pacientes adultos mayores representan una demanda creciente para la profesión dental. La población anciana actual se está beneficiando de los conocimientos avanzados y de las técnicas restaurativas de hoy en día. En las encuestas de Estados Unidos, del National Institute of Dental Research, la presencia de edentulismo completo de una sola arcada, es 35 veces más frecuente en el maxilar, el edentulismo total se produce en el 10.5% de la población adulta lo que equivale a casi 18 millones de personas.¹¹ Los adultos mayores son más proclives a sufrir pérdida de todos sus dientes, debido a periodontopatías, enfermedades sistémicas, etc. El sexo no se ha asociado con la conservación o la pérdida de los dientes una vez que se realizan los ajustes relativos a la edad. El edentulismo total continúa siendo un asunto significativo.¹¹

CALIDAD DE VIDA Y SALUD BUCAL

La Salud Pública previene enfermedades para prolongar la vida promoviendo la salud física mediante estrategias organizadas por la comunidad. Tres aspectos de esta definición pueden incluirse en la calidad de vida: prevención de enfermedades, prolongación de la vida y promoción de la salud física.¹

La apreciación subjetiva en los adultos mayores sobre las condiciones bucales, aporta los siguientes datos: necesidad de adoptar un cuidado integral para tener buena salud, los problemas dentales son crónicos, no hay diferencias relevantes entre los dentados y desdentados, ni con relación al género, pero los que usan dentaduras refieren incomodidad; en conclusión, los adultos

mayores prefieren tener dientes porque mejora su apariencia que se relaciona con la edad y su salud. ³

La percepción de salud es una variable que tiene gran importancia entre los adultos mayores, generalmente la percepción de salud está asociada con el bienestar. Como resultado del proceso de envejecimiento, existen cambios en los tejidos de la cavidad bucal que aunado a la presencia de malos hábitos, como higiene inadecuada y tabaquismo, contribuyen a la consecuente pérdida de dientes y deterioro de la salud bucal. Es por ello que la percepción de salud bucal está relacionada significativamente con el bienestar, es decir, que una boca “saludable” contribuye a que la persona se sienta bien y ayuda a su satisfacción y felicidad, es por eso que la salud bucal puede ser considerada como un factor predictor de calidad de vida. ³

La calidad de vida no es fácil de definir, especialmente relacionada a la salud bucal. El dolor y la incomodidad de las enfermedades bucales así como las secuelas pueden ser más preocupantes que el dolor que producen por sí mismas, ya que la cavidad bucal es el centro de muchas actividades realizadas a diario por el individuo. ¹

La calidad de vida se afecta tanto por la enfermedad como por el tratamiento y sus efectos adversos. ¹²

El impacto de la salud bucal sobre la calidad de vida ha tenido un incremento significativo desde la década pasada, al haber un crecimiento de la población en edad adulta, la longevidad, y el número de ancianos edéntulos.¹³ La pérdida de dientes afecta la salud bucal en relación a las mediciones de calidad de vida tales como problemas funcionales en la alimentación, la forma de hablar o la incomodidad social al sonreír en público.¹³

Es sabido que las condiciones bucales específicas que el mismo paciente percibe son escasas, recientemente ha sido identificada la condición subjetiva de “boca seca” para la calidad de vida en los adultos mayores. ¹⁴

MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones blandas con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables. Por lo anterior es importante contar con métodos objetivos que mediante cuestionarios generen escalas e índices que permitan medir las dimensiones que conforman el estado de salud. ¹²

El mejor conocimiento de las evaluaciones para medir la calidad de vida permitirá incorporar instrumentos en la evaluación integral de los individuos, en la conducción de ensayos clínicos y en la investigación de servicios de salud. ¹⁵

Los métodos de medición intentan cuantificar la conducta del paciente, y pueden ser útiles para comprobar los cambios que ocurren con la enfermedad o tratamiento progresivo, pero existen limitaciones para un enfoque cuantitativo. ¹⁵

Instrumentos de medición

Las enfermedades bucales influyen en la calidad de vida afectando diversos aspectos del diario vivir como son: la función masticatoria y fonoarticular, la apariencia física, las relaciones interpersonales e incluso las oportunidades de trabajo, este concepto se relacionó por primera vez durante la Segunda Guerra

Mundial, como indicador de una adecuada relación: función oral/sentirse bien, su importancia odontológica que ha aumentado en las últimas décadas, creándose instrumentos específicos para evaluar la calidad de vida en relación a la salud bucodental. Los datos obtenidos de la aplicación de estos instrumentos se han utilizado para estimar el impacto social y funcional de las patologías bucales. ¹⁶

La calidad de vida relacionada con salud bucal ha sido estudiada principalmente en los adultos mayores, probablemente debido al interés general por este grupo de edad, ya que ha presentado un acelerado crecimiento en las últimas décadas en la mayoría de los países. Además, por la vulnerabilidad de la salud bucal que presentan y debido a que con el envejecimiento se generan una serie de cambios en el estado social, percepción sensorial por las funciones cognitivas y motoras de los individuos, las que no habían sido analizadas anteriormente en profundidad. ¹⁶

En la tabla 1 se muestran los instrumentos más utilizados para medir calidad de vida relacionada con la salud bucodental:

Tabla 1. Instrumentos más utilizados para medir la calidad de vida en relación a la salud bucodental.

Nombre del instrumento	Abreviación	Autores y Año
Social Impacts of Dental Disease		Cushing y cols., 1986
Geriatric Oral health Assessment Index	GOHAI	Atchison y Dolan, 1990
Dental Impact Profile		Strauss y Hunt, 1993
Oral Health Impact Profile	OHIP-49	Slade y Spencer, 1994
Subjective Oral Health Status Indicators		Locker y Miller, 1994
Dental Impact on Daily Living	DIDL	Leao y Sheiham, 1996
Oral Health-related Quality of Life	OHQOL	Kressin N y cols., 1996
Oral Impacts on Daily Performances	OIDP	Adulyanon, Sheiham, 1997
Oral Health Impact Profile	OHIP-14	Slade, 1997
Oral Health Quality of Life UK	OH-QoL	UK McGrath y Bedi, 2000
Orthognatic Quality of Life Questionnaire	OQLQ	Cunningham y cols., 2002

Fuente: Misrachi, Revista Dental de Chile. 2005 ¹⁶

Los instrumentos para medir la calidad de vida se han diseñado para conocer y comparar el estado de salud entre poblaciones y evaluar el impacto de ciertas intervenciones terapéuticas, para modificar los síntomas y función física a través del tiempo. ¹²

Los instrumentos para medir la calidad de vida se clasifican en genéricos y específicos. Los primeros son útiles para comparar diferentes poblaciones y padecimientos, son poco sensibles a cambios clínicos y su finalidad es descriptiva. Los específicos se basan en las características especiales de un determinado padecimiento, evalúa cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo, sirven para la discriminación y predicción, además de ser útiles para ensayos clínicos. ¹²

En odontología, han proliferado los instrumentos y escalas buscando evaluar la relación entre la salud bucal y la calidad de vida y /o la calidad de vida de pacientes con variadas condiciones bucales.² Sin embargo el desarrollo de muchas mediciones, ha abierto este campo dirigido a ciertas debilidades y fallas que continúan en la dirección de temas conceptuales y metodológicos que envuelven la percepción de mediciones de salud bucal y de resultados de desórdenes bucales a nivel individual y poblacional. ²

La existencia de numerosas mediciones parece ser una prioridad para una vasta variedad de contextos y propósitos parecidos, que den salida teóricamente a la adopción que estos problemas de medición tienen corrección o solución. Además de que hay una tendencia por conceptos clave, tales como, estado de salud, salud relacionada a la calidad de vida, calidad de vida usada alternadamente, con un poco de consentimiento acerca de lo que ello significa y como debe definirse. ²

En el campo dental, las mediciones han trazado en el paciente una perspectiva original en lo que se refiere a indicadores socio-dentales o mediciones del estado de salud bucal, así como el impacto subjetivo que tiene la salud bucal o el impacto social o bien la enfermedad bucal. ²

Los estudios cualitativos de MacEntee y colaboradores han indicado que existen mediciones que captan interés de los pacientes de mayor edad; pero no contienen todos los temas que dan significado a la boca en la vida diaria o sus demandas. ²

En los adultos mayores se sugiere medir factores potencialmente importantes como son: la relación con la familia y sus relaciones con otras personas; salud en sí misma y su salud relacionada con otros individuos; independencia, salud emocional y psicológica; religión o espiritualidad; finanzas y valores de vida, actividades sociales y en tiempo libre. Otras características relevantes son: sexo, edad, si vive sólo o no y si tiene alguna ocupación. ¹⁷

Se ha incrementado el número de mediciones para la salud bucal en relación a la calidad de vida, siendo componente de encuestas de salud bucal, pruebas clínicas y otros estudios que evalúan el resultado de programas preventivos y terapéuticos que intentan mejorar la salud bucal. ¹⁸

La evaluación de la salud bucal relacionada a la calidad de vida juega un papel importante en la salud pública bucal. Tal es el interés en esta área, de buscar que un número de instrumentos sea desarrollado para evaluar la función, efectos social y psicológico de enfermedades o desordenes bucales. ¹⁸

Es importante mencionar que la mayoría de mediciones buscan mostrar una adecuada rehabilitación y validación, algunas han sido evaluadas por su habilidad de detectar cambios clínicos significativos en el contexto de las pruebas clínicas. ¹⁸

Las mediciones de la salud bucal en relación a la calidad de vida desarrollan datos que son genéricos, intentando detectar los resultados de los desórdenes bucales y orofaciales en general; tales mediciones son útiles, pues permiten

comparar en general enfermedades y el ambiente del individuo, además tienen muchas aplicaciones, pero son usadas casi siempre en encuestas de salud bucal de poblaciones de adultos y adultos mayores más que en ensayos clínicos, clínicas o prácticas de salud pública. A consecuencia de esto, tanto investigadores como odontólogos de práctica clínica, desean usarlos para un propósito específico y/o estudiar los desórdenes bucales, teniendo aparentemente problema para seleccionar la mejor medición. Jacob's & Dessens sugieren que la selección de una medida debe estar basada en la correspondencia entre el contenido, la función de la medida y la meta de evaluación. Debido a que muchas medidas de salud bucal relacionadas a la calidad de vida parecen ser bastante similares, se ha investigado si es necesario comparar las funciones de diferentes mediciones con respecto a su habilidad de detectar los resultados de la salud bucal relacionada con la calidad de vida en diferentes poblaciones y diferentes lugares.¹⁸

Instrumentos de medición de calidad de vida y salud bucal en adultos mayores

Probablemente el más conocido de los instrumentos para evaluar calidad de vida relacionada a salud oral es el Perfil de Impacto de Salud Oral (Oral Health Impact Profile o OHIP), que mide cómo influyen las enfermedades bucales en el impacto social de sentirse bien.¹⁹

En el pasado Locker creó y explicó un modelo que vincula o relaciona la enfermedad y desórdenes bucales con las consecuencias biológicas, del medio y psicosociales.¹⁹ Con base en el modelo conceptual de Locker, Slade y

Spencer crearon y validaron el OHIP, basado en entrevistas con 64 pacientes dentales australianos, las declaraciones describen las consecuencias de diferentes enfermedades que fueron proyectadas.¹⁹ Antes de promover el análisis, hubo 49 temas divididos en siete subescalas: limitación funcional, dolor físico, molestia psicológica, incapacidad física, invalidez psicológica, incomodidad social e impedimento físico.²⁰

La validación y la viabilidad de la versión original en inglés del OHIP, tiene que ser evaluada en estudios epidemiológicos y transculturales. Este instrumento ha sido validado para diferentes idiomas, tales como: Español, Chino, Sueco, Japonés, Coreano, Holandés, Portugués, Francés, Inglés, Italiano, Alemán.²¹⁻²⁸

El desarrollo, confiabilidad y validez de este índice fue descrito en el año 1994 por Slade y Spencer. El OHIP-14 es una medida que consiste en 14 puntos en su forma corta (anexo 1), ya que con anterioridad era un instrumento de 49 puntos.^{16, 18}

El OHIP fue diseñado para proveer una medida de comprensión de las disfunciones, malestares y discapacidad atribuida a las condiciones bucales.¹⁸

El cual captura siete dimensiones formuladas en el modelo teórico de salud oral de Locker: limitación de la función, dolor físico, aflicción psicológica, incapacidad física, incapacidad social y discapacidad. Para facilitar la evaluación de la severidad del impacto, cada pregunta tiene un peso derivado de la técnica de comparación pareada de Thurstone. Las respuestas a las preguntas que abordan cada uno de estos aspectos pueden ser calculadas en subescalas separadas para cada dimensión del impacto social del OHIP, o en su conjunto todas las preguntas. Un ejemplo de una pregunta del OHIP es: ¿Ha tenido usted que interrumpir sus comidas debido a problemas con sus

dientes, boca o prótesis? Para su registro se usa un formato de tipo Likert (0 = nunca, 1 = rara vez, 2 = a veces, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo, 5 = siempre).¹⁶

En estudios epidemiológicos donde se ha utilizado el OHIP han encontrado que los resultados consignados de dientes perdidos, caries no tratada, pérdida de la inserción periodontal y las barreras, coinciden para el cuidado dental y están asociadas con un incremento en el impacto sobre el bienestar y la calidad de vida.¹⁶

Considerando que el extenso del instrumento (49 preguntas), podría ser difícil de aplicar en estudios epidemiológicos, Slade publicó en el año 1997 una forma resumida del OHIP con los resultados obtenidos con la OHIP de 49 preguntas.

ANTECEDENTES

En los últimos años ha ido en aumento la importancia y preocupación de la calidad de vida del paciente en el campo odontológico, desde que se ha desarrollado un considerable número de instrumentos de salud bucal relacionados a la calidad de vida. ²⁰

De acuerdo con los reportes y resultados de diferentes estudios realizados en Japón, se han comparado índices que miden la salud bucal relacionada a la calidad de vida de poblaciones de adultos mayores; donde la mayoría de ellos viven en su hogar, sin estar en un lugar donde les proporcionen cuidado geriátrico. ¹⁹

Alrededor del 60% de los pacientes adultos mayores no son capaces de masticar los alimentos, aproximadamente el 51% tiene problemas de xerostomía y alrededor del 30% reporta insatisfacción con su estado de salud bucal. ¹⁹

Uno de cada siete estudios reportan que hay una importante asociación entre el estado de salud bucal y la calidad de vida. Estos estudios sugieren que el estado de salud bucal puede afectar el impacto relacionado a la salud con la calidad de vida en pacientes que padecen alguna enfermedad de fondo ¹⁹

CALIDAD DE VIDA Y USO DE PRÓTESIS

La mayoría de los adultos mayores, presentan cambios en la salud bucal, como es la pérdida de dientes, afectando la calidad de vida.²⁹

Se ha mostrado que la calidad de vida en los pacientes edéntulos en relación a la salud bucal (OHRoL) tiene un impacto negativo, cuando presentan incapacidad para masticar, mala fonación, dolor e incluso insatisfacción con su apariencia.²⁹

Así pues, el uso de prótesis en este sector de la población es amplio. Allen y McMillian demostraron que los pacientes que portaban prótesis convencionales, comunicaban poca satisfacción con la rehabilitación y sólo encontraban modestas mejoras en la calidad de vida. En el grupo de estudio, los tres problemas más frecuentes fueron: (1) dificultad para masticar, debido a problemas con los dientes, la boca, o prótesis, y problemas relacionados con insatisfacción, incluida la psicológica; (2) la preocupación por los problemas dentales; (3) la satisfacción con la apariencia debido a problemas con los dientes, la boca, o prótesis.²⁹

En otra investigación, realizada en 1997 por Ettinger³⁰, se encontró que el mayor cambio en la calidad de vida de los pacientes edéntulos, se observó en la incomodidad para comer algunos alimentos, debido a problemas en la boca o con las prótesis; mientras que en otros trabajos como el de Streiner y Norman³⁰ muestran que el dolor, la auto-conciencia a causa de la boca o prótesis y la dieta insuficiente se mantuvo sin cambios, por completo, en la calidad de vida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido al proceso natural de envejecimiento ocurren múltiples cambios en la cavidad bucal, así como en todo el organismo.

Los adultos mayores son un sector importante de la población que presenta múltiples patologías y gran variedad de padecimientos bucales; muestran cambios en su organismo, y está alterada su salud bucal; además se ve afectado su estado físico, psicológico y su relación con los demás.

Durante años este sector de población se ha descuidado, y se ha retomado el interés en contemplar medidas que ayuden a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Actualmente en México hay 8.5 millones de ancianos, un millón más de lo previsto por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), debido a que se incrementó la esperanza de vida en las últimas décadas.⁵

México se encamina a una población de adultos mayores, se estima que en el año 2050 en el país habrá más de 40 millones de ancianos.⁷

Asimismo en nuestro país, este grupo de pacientes, adultos mayores, no se le ha prestado la atención debida en cuestiones de salud, viéndose alterado su estado físico general, así como su salud bucal.⁵ Los adultos mayores se encuentran entre los grupos sociales más vulnerables, más numerosos y desprovistos de apoyo, enfrentándose a condiciones de riesgo debido a su vulnerabilidad física y emocional así como a su situación económica.⁵

El estado psicológico que presentan los adultos mayores se ve en desequilibrio, su conducta y forma de pensar son alteradas, así como los cambios en su expectativa de vida a futuro; en el ámbito social se pueden percibir notables modificaciones en sus relaciones con los demás, sus propias actividades van modificándose día con día. Por ende la calidad de vida que presentan estos pacientes no siempre es la mejor. ⁵

Cuando hay incapacidad al masticar, problemas en la fonación, dolor e insatisfacción con la apariencia, se tiene un impacto negativo en la calidad de vida de los adultos mayores. ²⁹

Actualmente en la Clínica de Prostodoncia Total de la FO, UNAM; acuden pacientes que requieren rehabilitación, algunos han sido portadores de prostodancias totales y otros será la primera vez que usen una y están en espera de ella(s). Es por ello que se considera importante saber que tanto influye la salud bucal en la calidad de vida de nuestros pacientes, adultos mayores, así como las repercusiones que asuma el no tener conocimiento de una buena salud bucal y una adecuada calidad de vida.

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

¿Cuál será el Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP) en adultos mayores que están en espera de ser rehabilitados en la Clínica de Prostodoncia Total de la FO, UNAM?

JUSTIFICACIÓN:

Se dice que la pérdida de los dientes es el equivalente dental a la mortalidad. Siendo la mayoría de las veces el resultado final de la patología oral pero, también refleja las actitudes de los pacientes y del personal asistencial, la disponibilidad y accesibilidad de la atención, y las filosofías de enseñanza del tratamiento dental en diversos momentos del pasado. ³⁰ "El paciente odontológico puede alterar sustancialmente su carácter por la pérdida de la dentición, presentándose en casos específicos, crisis depresivas. El odontólogo tiene la obligación de ayudar al paciente, por lo tanto, le sería de gran utilidad manejar una serie de información sobre este tipo de respuestas frente a "la pérdida", y de esta manera cumplir con la responsabilidad ética de controlar aquellos eventos conductuales producidos directa o indirectamente por la terapia aplicada, y cuya repercusión va mas allá de los estrechos límites del consultivo dental, con lo cual se mantiene el papel protagónico del profesional de la odontología en la recuperación de la salud integral del paciente". ³¹ Las investigaciones son necesarias para establecer en qué medida la combinación de una mejora de la condición prostodóncica combinada con una dieta puede ser beneficioso para mejorar el estado nutricional en los adultos mayores. ³² Las enfermedades bucales influyen en la calidad de vida afectando diversos aspectos del diario vivir, como son: la función masticatoria y fonarticular, la apariencia física, las relaciones interpersonales e incluso las oportunidades de trabajo. ¹⁶ Los servicios para los pacientes adultos mayores representan una demanda creciente para la profesión dental. ¹¹

Con los resultados obtenidos en este trabajo se pretende proveer un panorama en cuanto a la salud bucal relacionada a la calidad de vida en un paciente adulto mayor, al ingresar a la clínica de Prostodoncia para someterse a tratamiento.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar el perfil de impacto de salud oral (OHIP) en adultos mayores que están en espera de ser rehabilitados en la clínica de Prostodoncia Total de la FO, UNAM de los grupos 4003, 4007, 4015 y 4016, que se presentaron en el ciclo escolar 2008-2009.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el perfil de impacto de salud oral (OHIP) en adultos mayores que están en espera de ser rehabilitados en la clínica de Prostodoncia Total de la FO, UNAM, de los grupos 4003, 4007, 4015 y 4016, durante el ciclo 2008-2009; por grupos de edad y sexo.
- Determinar el perfil de impacto de salud oral (OHIP) en adultos mayores que están en espera de ser rehabilitados en la clínica de Prostodoncia Total de la FO, UNAM, en el ciclo escolar 2008-2009, de los grupos 4003, 4007, 4015 y 4016 de acuerdo a la experiencia previa como portador de prótesis, y cohabitación.

HIPÓTESIS:

- Existe Impacto entre la salud bucodental y la Calidad de Vida de los adultos mayores de la Clínica de Prostodoncia Total de la FO, UNAM
- No existe Impacto entre la salud bucodental y la Calidad de Vida de los adultos mayores de la Clínica de Prostodoncia Total de la FO, UNAM

METODOLOGÍA

- **TIPO DE ESTUDIO:** Transversal
- **POBLACIÓN DE ESTUDIO:** Pacientes adultos mayores de la clínica de Prosthodontia Total de la Facultad de Odontología, Ciudad Universitaria; de los grupos 4003, 4007, 4015 y 4016, que se presentaron en el ciclo escolar 2008-2009.
- **CÁLCULO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:** Se realizó una muestra por conveniencia, la cual incluía a todos los pacientes (56) que estaban en espera de ser rehabilitados en las clínicas de prosthodontia total de los grupos: 4003, 4007, 4015 y 4016, de la FO, UNAM, que se presentaron en el ciclo escolar 2008-2009.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

- **Criterios de inclusión:**
 - Adultos mayores de 60 años y más.
 - Pacientes edéntulos.
 - Pacientes de ambos sexos.
- **Criterios de exclusión:**
 - Pacientes que no acepten participar en el estudio.
 - Pacientes con capacidades diferentes.
- **Criterios de eliminación**
 - Pacientes que abandonen el tratamiento.

- **VARIABLES:**
 - **Edad:** Se entenderá como el tiempo en años a partir del nacimiento de un individuo y se medirá en años cumplidos a la fecha del registro.
 - **Sexo:** Se entenderá como diferenciación entre hombres y mujeres y se registrará como femenino y masculino.
 - **Estado civil:** Se entenderá como la situación de las **personas físicas** determinada por sus relaciones de **familia**, provenientes del **matrimonio** o del **parentesco**. Se medirá como: soltero(a), casado (a), viudo(a), divorciado(a), unión libre, separado(a).
 - **Cohabitación:** Se entenderá como la interacción diaria con otras personas dentro del mismo hogar, respondiendo a la pregunta: ¿Vive sólo? y se medirá como sí o no.
 - **Experiencia previa como portador de prótesis totales.** Se entenderá como el uso anterior de prótesis totales y se registrará como sí o no.
 - **Impacto de la salud bucodental en la calidad de vida.** Se entenderá como las condiciones y calidad de vida, así como la salud bucal del individuo(a), Se medirá con OHIP-14 (Oral Health Impact Profile), el cual es una medida que consiste en 14 puntos en su forma corta. Este instrumento provee una medida de comprensión de las disfunciones, malestares y discapacidad atribuida a las condiciones bucales. (Anexo 1)

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Previa autorización y aprobación del protocolo de investigación, se aplicó un cuestionario (Anexo 2) usando el instrumento Oral Health Impact Profile (OHIP) en su versión corta: *OHIP-14* (la versión en español) a cada uno de los pacientes que estaban en espera de ser rehabilitados en la Clínica de Prostodoncia Total de los grupos 4003, 4007, 4015 y 4016, en la Facultad de Odontología de la UNAM, que acudieron en el periodo 2008-2009.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los datos obtenidos fueron vaciados a una base de datos, se analizaron en el paquete estadístico SPSS versión 16.

Se realizó un análisis descriptivo para cada una de las variables como son edad, sexo, estado civil, cohabitación y experiencia previa a prótesis totales.

Se determinó la media del OHIP-14 por el método ponderado (anexo 1). Asimismo se agruparon los valores del OHIP-14, 0 y 1 como no impacto y 2, 3,4 y 5 como impacto, obteniendo el porcentaje de ellos.

Con la finalidad de comparar la media del OHIP-14 por sexo, experiencia previa a prótesis totales, cohabitación y redes de apoyo se utilizó una prueba de t-student, para muestras independientes y por grupo de edad, estado civil y ocupación, una prueba de ANOVA a un nivel de confianza del 95%.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó la participación de los pacientes a través del consentimiento informado de forma verbal (Artículo 23 de la Ley General de Salud, en materia de la Investigación para la Salud), de acuerdo a esta Ley se les dió a los pacientes una explicación clara y concreta del estudio sobre los siguientes aspectos: limitación funcional, dolor físico, molestias psicológicas, incapacidad física, psicológica y social y obstáculos ³³, asimismo para el desarrollo de este estudio se garantizó el bienestar de los sujetos involucrados, teniendo como prioridad los criterios de respeto a la dignidad y protección de los derechos humanos.

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
REGISTRO DEL PROYECTO	●	●		
LEVANTAMIENTO DE ENCUESTAS Y EXAMENES CLÍNICOS	●	●		
ELABORACIÓN DE BASE DE DATOS		●	●	
ANÁLISIS DE RESULTADOS		●	●	
ELABORACIÓN DE TESIS			●	●

RESULTADOS:

Se revisó un total de 56 encuestas, de las cuales el 73.2% (41) pertenecieron al sexo femenino y el 26.8% (15) al masculino, ($X^2=12.07$, $p=0.001$).

El promedio general de edad fue de 64.8 ± 9.6 años, para las mujeres fue de 64.1 ± 8.9 y para los hombres fue de 66.8 ± 11.2 , no se encontraron diferencias significativas en esta discusión, ($t\text{-student}=1.97$, $p=0.16$).

Con respecto a la ocupación que tenían los pacientes que acudieron a la Clínica de Prosthodontia el 51.8% (29) eran amas de casa, 23.2% (18) de las personas estaban empleados y el 16.1% (9) estaban jubilados, ($X^2=13.17$, $p=0.001$).

En cuanto al estado civil el 64.3% (36) de los encuestados están casados o viven en unión libre, y el 35.7% (20) se encuentran sin pareja ya sea porque son solteros, separados y/o divorciados o viudos, ($X^2=4.57$, $p=0.03$).

Por otro lado el 67.9% (38) de los pacientes que respondieron la encuesta viven acompañados, la mayoría de ellos vive con su pareja y/o hijos y nietos, y el 32.1% (18) viven solos, ($X^2=7.14$, $p=0.008$).

De los pacientes encuestados el 75% (42) han tenido experiencia previa como portador de prótesis total y el 25% (14) será la primera vez que usen prótesis totales, ($X^2=14.00$, $p<0.001$).

Entre los pacientes que antes han utilizado prótesis totales removibles el promedio de años fue de 8.02 ± 7.89 años de experiencia. El 62.5% (35) de los pacientes lleva más de tres años siendo portador, ($X^2=3.50$, $p=0.06$).

OHIP-14

En cuanto al Perfil de Impacto de Salud Oral, se aplicó un cuestionario con 14 preguntas, las cuales conforman siete dominios, cada uno de ellos contiene dos ítems, a los que el paciente tuvo cinco opciones de respuesta, lo que permitiría, después, evaluar mediante el instrumento la frecuencia que presenta cada limitación en la población estudiada.

En la tabla 1. se puede observar la distribución de frecuencias de las respuestas a los ítems medidos por el Perfil de Impacto de Salud Oral en su forma corta (OHIP-14).

La limitación que presentó los porcentajes más altos fue el malestar psicosocial, donde la preocupación de los pacientes por problemas en su boca o con su prótesis tuvo un porcentaje de 71.4 %, así como la alteración por problemas en boca o con su prótesis, y la dieta poco satisfactoria, con un porcentaje de 44.6 %, respectivamente. En cuanto a la limitación que tuvo menor frecuencia en esta tabla, se encuentra la incapacidad social donde la dificultad que tienen los adultos mayores para realizar sus trabajos habituales tuvo un porcentaje de 10.7% y la irritabilidad un 16.10 %.

Tabla 1. Distribución de respuestas para la escala de los ítems OHIP-14 (%)

Dominio	ítem	0 nunca		1 casi nunca		2 ocasionalmente		3 frecuentemente		4 muy frecuente	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Limitación Funcional	Problemas para pronunciar	12	21.4	17	30.4	6	10.7	10	17.9	11	19.6
	Gusto empeorado por problemas bucales o prótesis	10	17.9	18	32.1	8	14.3	10	17.9	10	17.9
Dolor físico	Incomodidad dolorosa en boca	10	17.9	24	42.9	7	12.5	4	7.1	11	19.6
	Incomodidad al comer	5	8.9	14	25.0	9	16.1	12	21.4	16	28.6
Malestar psicológico	Preocupado por problemas en su boca o prótesis	1	1.8	3	5.4	5	8.9	7	12.5	40	71.4
	Alterado por problemas con su boca o prótesis	6	10.7	13	23.2	6	10.7	6	10.7	25	44.6
	Dieta poco satisfactoria	6	10.7	15	26.8	2	3.6	8	14.3	25	44.6
Incapacidad física	Interrumpir comidas	5	8.9	19	33.9	7	12.5	8	14.3	17	30.4
Incapacidad psicológica	Dificultad para relajarse	6	10.7	28	50.0	6	10.7	5	8.9	11	19.6
	Perturbado frente a otros	5	8.9	23	41.1	6	10.7	4	7.1	18	32.1
Incapacidad social	Irritable con otros	7	12.5	27	48.2	9	16.1	4	7.1	9	16.1
	Dificultad para sus trabajos habituales	7	12.5	33	58.9	3	5.4	7	12.5	6	10.7
Obstáculos	Vida es menos satisfactoria	7	12.5	19	33.9	6	10.7	5	8.9	19	33.9
	Se ha sentido totalmente incapaz de funcionar	10	17.9	18	32.1	10	17.9	5	8.9	13	23.2

Fuente: Directa

La Tabla 2. muestra la distribución de las respuestas de cada impacto medido con el OHIP-14 , en ésta, se observa que la media general del instrumento, oscila en un rango de entre 0.57 a 1.55.

En esta tabla se recodificaron los valores originales del instrumento considerando los valores de nunca y casi nunca como “sin impacto” para los ítems y “con impacto” los valores de ocasionalmente, frecuentemente y muy frecuentemente.

Así pues una gran parte de los participantes se vieron afectados presentando impactos en su vida cotidiana.

Los ítems que presentaron mayor frecuencia fueron: la alteración por problemas en su boca (66.1%), dieta poco satisfactoria (62.5%), vida menos satisfactoria (53.6%), interrupción de comidas (57.1%); incomodidad al comer (66.1%) y la preocupación por problemas en su boca y/o en su prótesis (66.1%).

Los ítems que se presentaron con menor frecuencia fueron: la incomodidad dolorosa (39.3%) y la dificultad para realizar sus trabajos habituales (28.6%).

Tabla 2. Estadística descriptiva del impacto relacionado a cada uno de los temas del OHIP-14 en adultos mayores de la Clínica de Prostodoncia Total, FO, UNAM.

Dominio	item		n	%	Media	DE
Limitación Funcional	Problemas para pronunciar	No impacto	29	51.8	.93	.74
		Impacto	27	48.2		
	Gusto empeorado por problemas bucales o prótesis	No impacto	28	50.0	.91	.68
		Impacto	28	50.0		
Dolor físico	Incomodidad dolorosa en boca	No impacto	34	60.7	.57	.47
		Impacto	22	39.3		
	Incomodidad al comer	No impacto	19	33.9	1.55	.44
		Impacto	37	66.1		
Malestar psicológico	Preocupado por problemas en su boca o prótesis	No impacto	4	7.1	1.55	.90
		Impacto	52	92.9		
	Alterado por problemas con su boca o prótesis	No impacto	19	33.9	1.40	.83
		Impacto	37	66.1		
	Dieta poco satisfactoria	No impacto	21	37.5	1.32	.79
		Impacto	35	62.5		
Incapacidad física	Interrumpir comidas	No impacto	24	42.9	1.07	.68
		Impacto	32	57.1		
Incapacidad psicológica	Dificultad para relajarse	No impacto	34	60.7	1.06	.80
		Impacto	22	39.3		
	Perturbado frente a otros	No impacto	28	50.0	.85	.58
		Impacto	28	50.0		
Incapacidad social	Irritable con otros	No impacto	34	60.7	1.02	.78
		Impacto	22	39.3		
	Dificultad para sus trabajos habituales	No impacto	40	71.4	.57	.45
		Impacto	16	28.6		
Obstáculos	Vida es menos satisfactoria	No impacto	26	46.4	1.28	.89
		Impacto	30	53.6		
	Se ha sentido totalmente incapaz de funcionar	No impacto	28	50.0	.76	.59
		Impacto	28	50.0		

Fuente: Directa

*no impacto= 0=nunca/1=casi nunca

Impacto= 2=ocasionalmente/3=frecuentemente/4=muy frecuente

Al asociar la media en general del Perfil de Impacto de Salud Oral con las variables independientes no se encontraron diferencias significativas en ninguna de ellas (sexo, edad, ocupación, estado civil y experiencia previa a prótesis totales) (Tabla 3).

En cuanto al sexo, la media para las mujeres fue de 1.11 ± 0.43 (t-student= 0.22, $p=0.18$); Para los grupos de edad, la media que tienen los paciente de menos de 60 años es de 1.15 ± 0.49 , seguidas por las personas que tienen entre 60 y 69 años (1.05 ± 0.41), y con las personas que tienen o rebasan los 70 años la media de OHIP-14 fue de $.97 \pm 0.35$, ($F=0.90$, $p=0.39$).

Con respecto a la media con la ocupación los pacientes encuestados, la media para aquellos que están empleados es de 1.04 ± 0.44 , la otra parte está conformada por amas de casa la media fue de 1.08 ± 0.45 y los restantes jubilados la media fue de 1.05 ± 0.45 ($F=0.49$, $p=0.95$)

No hubo diferencias significativas en cuanto la cohabitación de los pacientes y el OHIP-14 (t-student=1.34, $p=0.25$), ya que la media para aquellos pacientes que tienen pareja y viven con ella es de 1.07 ± 0.45 , y los que no tienen pareja tienen una media de 1.04 ± 0.37 .

Casi todos los pacientes participantes han sido anteriormente portadores de una prótesis total, aquellos con experiencia previa de uno a tres años la media es de 1.11 ± 0.45 y para aquellos con más de tres años de experiencia la media fue de 1.03 ± 0.43 (t-student=0.001, $p=0.97$).

Tabla 3. Media y Desviación estándar de OHIP-14 SC y sum OHIP-14 para adultos mayores de 60 años atendidos en la Clínica de Prostodoncia Total, FO, UNAM.

	Variable	Media	DE	p
Sexo	Masculino	.92	.38	.168
	Femenino	1.11	.43	
Edad	menos de 60 años	1.15	.49	.270
	60 a 69 años	1.05	.41	
	70 y más años	.97	.35	
Ocupación	ama de casa	1.08	.45	.900
	trabaja actualmente	1.03	.49	
	jubilado	1.05	.32	
Estado civil	sin pareja	1.12	.42	.445
	con pareja	1.01	.42	
Portador de prótesis total	1 a 3 años	1.11	.45	.97
	>3 años	1.03	.43	

Fuente: Directa

DISCUSIÓN:

Previo la discusión de este estudio es importante señalar que la muestra estuvo conformada por 56 adultos mayores, pacientes de la Clínica de Prostodoncia Total, de la F.O., U.N.A.M.; los cuales son pacientes con características particulares, diferentes a la de la población en general, ya que estos están demandando un servicio de salud.

Además de puntualizar las características propias de esta población es destacable que la mayoría de los pacientes que asisten a estas clínicas son mujeres amas de casa casadas, lo que es similar a algunos reportes, donde se hace énfasis en la feminización del envejecimiento, tal es el caso de los informes efectuados por la ONU. ⁴

Al evaluar la calidad de vida con respecto a la salud bucal, en pacientes geriátricos, se ha encontrado que la relación entre salud y bienestar son experiencias subjetivas de una persona en relación al estado físico, social, psicológico, etc.; pero sobretodo está vinculado a la funcionalidad. Es trascendental citar que los pacientes que respondieron el cuestionario señalaron el interés que tienen en rehabilitarse, con una prótesis total, para recuperar la función que anteriormente tenían, lo cuál coincide con otros estudios, tal como lo explica Locker junto con Jokovic (1996) ³⁴ donde evaluaron la capacidad del OHIP para identificar aquellos que tenían necesidad de tratamiento, similar a los datos de este estudio, estos investigadores recolectaron la información mediante encuestas o cuestionarios, y para su análisis relacionaron la necesidad de tratamiento con la autoevaluación del paciente, mediante los valores del OHIP .

De igual forma es importante discutir que una de las mayores preocupaciones que tienen los adultos mayores se debe a los problemas con su estado bucal o los que

presentan con sus prótesis, esto se ve reflejado en nuestro estudio por el porcentaje obtenido con el OHIP-14 (66.1%) así como la incomodidad al comer, ambos ítems con el mismo puntaje de casos referidos por estos pacientes.

Al hablar de los hábitos cotidianos y la especificación de nivel socioeconómico de una determinada población, se muestra que, en muchas ocasiones, estos pueden confirmar el impacto que tienen las condiciones bucales en la calidad de vida de la población. Autores como Ikebe Kazunori ³⁵ hablan a cerca del impacto que tiene la ocupación, el nivel económico y la profesión de los pacientes en la calidad de vida, indicando que existe asociación entre estas variables al aplicar el instrumento; es decir, mientras más alto era su nivel económico y tenían mejor profesión había cierto impacto en la calidad de vida que tenían esos pacientes; datos que en el estudio de nosotros, no fueron significativos. Al discutir entre otros trabajos como el realizado en Japón por Kazunori ³⁵ y el presente estudio es importante hacer hincapié en que hay algunas variaciones entre uno y otro estudio por la diferencia entre actividades, características de la población, hábitos, costumbres, etc. De igual manera en ese estudio, realizado entre japoneses ³⁵, manifiesta que no hay datos significativos en cuanto a algunas variables independientes, tales como el sexo y la experiencia previa de los pacientes con prótesis total, lo que coincide con el presente trabajo.

Algo que se debe destacar del estudio antes mencionado y el que presentamos es la diferencia en cuanto a la expectativa de vida, ya que en México aún es menor comparada con la de Japón, donde la expectativa de vida es la más alta mundialmente ³⁵, según estudios realizados por la CONAPO se hace hincapié al decir que en México se ha incrementado esta expectativa ampliamente, pues de 1980 a la fecha ha crecido de manera considerable, de 67 años a lo que hoy se

sabe es de 74.6 años aproximadamente ⁵, dato que se debe tomar en cuenta pues en este estudio se observa que la mayoría de los pacientes rebasan los 60 años.

En el presente estudio se observa que con el OHIP-14 se puede detectar el impacto y las limitaciones que presentan los pacientes, esto coincide en que ellos demanden servicio o que tengan molestias. Esto nos hace encontrar coincidencia con lo dicho por Slade y Spencer al detectar la previa asociación entre el impacto social y la percepción de la necesidad de tratamiento, pues validaron este indicador de calidad de vida (OHIP) y comprobaron que a partir del mismo estudio que hay una relación positiva entre los valores obtenidos con el OHIP y la percepción de la necesidad de tratamiento y el impacto. ³⁶

En su mayoría, los adultos mayores participantes, presentaron varios impactos que afectan su vida cotidiana, como se mencionó con anterioridad, los que mayor impacto tuvieron en el estudio fueron: la preocupación por problemas en su boca y/o con su prótesis (66.1%) y la incomodidad al comer (66.1%). Lo que habla de que este grupo acude por interés de mejorar la calidad de vida que tienen; esto es similar a lo que arrojó un estudio realizado en Joaçaba, Santa Catarina, en Brasil ³⁴, es importante mencionar que la población de este estudio era con características diferentes a la nuestra, pues ellos incluyeron pacientes que aguardaban tratamiento especializado en clínicas de disciplina de Desordenes y disfunciones temporomandibulares o en colusión o dolor orofacial pero usaron el mismo instrumento que nosotros, en este estudio dice que los pacientes presentaron mayor preocupación por los problemas en su boca y/o prótesis, además insinúa que más que relacionar esta preocupación con el estado socioeconómico, se debe referir a los hábitos de los pacientes; también optaron por usar variables como las que empleamos, tales como: la cohabitación, la propia percepción que tenían los encuestados con respecto a su estado y si habían

recibido atención previa.³⁴ Pese a que en este estudio no hubo significancia en cuanto a la cohabitación, determinamos con las respuestas obtenidas en los cuestionarios aplicados que en su mayoría, los pacientes participantes vivían acompañados, con o sin pareja, pero en un ambiente donde convivían con otros. Dato que nos hace pensar resulta positivo para el estado en que se encuentren estos adultos mayores.

Los ítems que presentaron menor frecuencia fueron la incomodidad dolorosa (39.3%) y la dificultad para realizar sus trabajos habituales (28.6%) siendo indicio de que la funcionalidad es prioritaria para ellos, por encima de la incomodidad dolorosa. Estos resultados son parecidos, en cuanto a los que se obtuvieron en un estudio australiano, donde de igual manera que en el presente estudio, con el OHIP se expuso que hubo mayor preocupación por la limitación funcional en esa muestra, aunque difiere de nuestra investigación en cuanto a la incomodidad dolorosa pues entre los australianos se obtuvieron puntajes altos indicando mayor impacto en la calidad de vida.³⁷

En nuestro estudio, al igual que en otros como el de Wårnberg que habla del impacto de las condiciones bucales y la boca seca en relación a la calidad de vida¹⁴, el anteriormente mencionado de Bazevic, realizado en Brasil³⁴, entre otros; se disputa el impacto que tiene la salud bucal en relación a la calidad de vida de los pacientes, este caso en particular es referente a los adultos mayores.

Primeramente puntualizaremos la relación que existe entre la calidad de vida relacionada a la salud bucal y los puntajes obtenidos en el presente estudio; al realizar cálculos para obtener los puntajes por dominio, se halló que los datos que obtuvimos coinciden dentro del rango que se propone en el libro de Emmanuel Lesaffre³⁸, donde indica se deben calcular en una escala de 0-100, se realiza una

suma entre las respuestas de mayor frecuencia según la escala de Likert (o sea frecuente y muy frecuente), mientras más alto sea el puntaje más pobre será la calidad de vida en relación al ítem que arroje esos resultados; en nuestro estudio se encontró que los puntos más altos se aciertan en el dominio de malestar psicológico, los tres ítems que pertenecen a éste dominio alcanzaron el mayor puntaje, el ítem que presentó mayor puntuación en esta población fue el de la preocupación por los problemas que presentan en la boca o con su prótesis (81.45), seguido de la alteración por los problemas en su boca o prótesis (64.9) y la dieta poco satisfactoria (64.48). Esto quiere decir que los adultos mayores que asisten a la clínica de prostodoncia total tienen una calidad de vida pobre en el aspecto del malestar psicológico que les ocasiona su estado bucal en el momento en que se realizó la encuesta.

En lo que refiere al impacto, hay que discutir que al igual que Murray y Slade^{39,41}, en base a la proporción de las respuestas de los pacientes por limitación, ambos expusieron que mientras más alta fuera la puntuación de estas respuestas, basándose en los valores propuestos por Allen y Locker^{39,41} para cada ítem, mayor impacto tendría este dominio sobre la calidad de vida, en este estudio coincidimos al mostrar que el mayor impacto se presenta en el dominio de malestar psicológico, ya que tanto la preocupación que presentan estos pacientes por su estado bucal (cuya media fue de 17.46) y la dieta menos satisfactoria (14.87) fueron las respuestas que mayor puntaje tuvieron al realizar el cotejo, también con estas contestaciones se mostró que la vida es menos satisfactoria para estos pacientes (14.39).⁴⁰

CONCLUSIONES:

Con base a los resultados obtenidos en este trabajo y desde el punto de vista clínico se puede concluir que la preocupación por el estado bucal así como de la prótesis total que portaban los pacientes de la Clínica de Prostodocia, al igual que la limitación que esto le provocaba en su vida diaria a los adultos mayores encuestados, fueron capaz de generar gran impacto en la calidad de vida de estos pacientes, ya que las dimensiones: preocupación por su estado bucal y/o prótesis, la dieta y vida menos satisfactoria, representaron las medias de mayor puntaje por ítem, y las dimensiones de incomodidad dolorosa y la dificultad que presentan para realizar sus actividades habituales fueron las de menor impacto en este estudio.

Es importante aludir que desde el punto de vista clínico los resultados de el presente estudio posibilitan la formulación de inferencias en relación a la prevalencia de mujeres en la Clínica de Prostodoncia Total de la FO, UNAM, pues además de ser mayoría en acudir a ellas, pueden presentar mayor impacto en su vida, resultando una mayor indagación por tratamiento y rehabilitación protésica, pese a que no hubo diferencias significativas en cuanto al sexo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. - Inglehart M.R, Habil P, Bagramian R.A, DDS, Oral Health-Related, Quality of Life; Quitesence Publishing; 2002 USA; (1, 3, 7, 10, 11) 1-6; 14-22; 65-68; 99-106; 113-118.
2. - Locker D, Allen F; What do measures of 'oral health-related quality of life' Measure? Community Dentistry and Oral Epidemiology 2007; 35: 401-411.
- 3.- Férez J, Esquivel R, González A,I; La percepción de la salud bucal como medida de la calidad de vida en Ancianos. Revista ADM, 2003 (LX): 1: 19-24
- 4.-ONU, World Population Prospects: The 2002 Revision, 2003, 2004, 2007
- 5.-Comunicado de prensa 04 / 05; Habrá en México cerca de 8.2 millones de adultos mayores a mediados de 2005 Consejo Nacional de Población (CONAPO).
Available from: <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2005/042005.pdf>
- 6.-México. Reporte de estudio sobre percepción de los adultos mayores de su participación en programas de atención al envejecimiento; Red Latinoamericana de Gerontología, México, 6 Marzo 2006,
Available from: <http://www.gerontologia.org/portal/print/index.php?idinfo=561>
- 7.- Andrés T. Morales (corresponsal) En la pobreza, la mitad de los ancianos en México: DIF Boca del Río, Ver., 11 de septiembre.
Available from: <http://www.jornada.unam.mx/2006/09/12/048n2soc.php>
- 8.-Pietro de Nicola, Geriatria, Editorial Moderno, 1985, (7)138-141
- 9.-Salgado A, Guillén F, Manual de Geriatria, Salvat editores. 1992, 2:19

- 10.-Walter M, Woronuk J, Han-Kuang Tan, Lenz U, Koch R, Boening K, Pinchbeck Y
Oral Health related Quality of Life and it's Association with Sociodemographic and
Clinical Findings in 3 Northern Outreach Clinics, Professional Issues, JCDA, 2007,
(73), 2:153-153e.
- 11.-Carl E. Misch, Prótesis dental sobre implantes, Justificación de los implantes dentales
ed. Elsevier MOSBY 1:4-11
- 12.-Velarde E, Ávila C, DC. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de
vida. (Hospital Infantil de México "Federico Gómez"), Artículo de Revisión; Salud
Pública de México/2002; 44; 5: 448-463.
- 13.-Yoshida M, Sato Y, Akagawa Y, Hiasa K., Correlation Between Quality of Life and
Denture Satisfaction in Edearly Complete Denture Wearers IJ of Prosthodontics,
2001; 14:77-80.
- 14.-Wårnberg E, Einarson S, Jonson M, Aronsson K, Ingegerd J; Impact of dry
mouth conditions on oral health-related quality of life in older people. The
Gerontology Association and Blackwell Munksgaard Ltd., *Gerodontology* 2005; 22: 219-
226.
- 15.-Forcica M, Labios-Mourey, Schwab E, Secretos de la Geriatría, Mc Graw Hill, 2001
p.138
- 16.- Misrachi C, Espinoza I., Utilidad de las mediciones de la Calidad de vida
relacionada con la Salud, Revista Dental de Chile, 2005; 96(2) 28-35

- 17.-Grewal I, Lewis J, Flynn F, Brown J, Bond J, Cosat J, Developing attributes for a generic quality of life measure for older people: preferences or capabilities? Soc SC and Med (2006) 62:1891-1901
18. - Locker D, Matear D, Stephens M, Lawrence H, Payne B, Comparison of GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. Comm Dent and Oral Epidemiol 2001; 29: 373-381
- 19.- Naito M, Yuasa H, Nombra Y, Nakayama T, Hamajima N; Nobuhiro H, Oral health status and health-related quality of life: a systematic review J of Oral SC 2006, 48, (1), 1-7,
- 20.- Larsson P, List T, Lundström I, Marcusson A. and Ohrbach R., Sweden, Reliability and validity of a Swedish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-S) Department of Oral Sciences, University at Buffalo, N.Y., USA. "Taylor & Francis, Elathaciencias" 2004; 147-152
- 21.-López R, Baelum, Vibeke. Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-SP) BMC Oral Health. 2006; 6: 11.
- 22.- Wong MC,Lo EC, McMillan AS, Validation of a chinese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP), Community Dent Oral Epidemiol, 2002 Dec, 30(6):423-30
- 23.- Hägglin C; Berggren Ulf; Hakeberg M; Edvardsson A; Eriksson M., Evaluation of a Swedish version of the OHIP-14 among patients in general and specialist dental, Swedish dental journal 2007:31(2):91-101

24. - Yamazaki, M; Inukai, M; Baba, K.; John, M. T. Japanese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-J) [Journal Of Oral Rehabilitation](#), March 2007, 34(3):159-168(10)
25. - Bae, Kwang-Hak; K, Hyun-Duck; Jung, Se-Hwan; Park, Deok-Young; Kim, Jin-Bom; Paik, Dai-Il; Chung, Sung-Chang; Validation of the Korean version of the Oral health impact profile among the Korean elderly; *Comm Dent and Oral Epidemiol* February 2007, 35(1):73-79(7)
- 26.- van der Meulen Marylee J,T John M, Naeije M, Lobbezoo F ; The Dutch version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-NL): Translation, reliability and construct validity; *BMC Oral Health*. 2008; 8: 11.
- 27.- Cássia Pérola dos Anjos B.P; Bosi Ferraz M; Nogueira Guimarães de Abreu MH Translation into Brazilian portuguese, cultural adaptation and validation of the Oral health impact profile (OHIP-49); *Braz. oral res. Paulo Jul./Sept. 2006* ; 20(3) São
- 28.-John M, Slade –g, Szentpétery A., Oral Health-Related Quality of Life in Patients Treated with Fixed, Removable, and Complete Dentures 1 Month and 6 to 12 Months after Treatment, *I. J. Prosthodontics*, 2004, 17:5
- 29.-Hans-Joachim N, Wichmann M, Andreas S, Eitner S, Oral Health related quality of life in partially edentulous patients: Assessments before and after implant therapy; *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery* (2008)

- 30.- Ettinger, R. Las peculiares necesidades de salud oral en una población que envejece. *Clínicas Odontológicas de Norteamérica*. (1997) 4:711 – 730
- 31.- Peñaranda P. Dentición y depresión. *Acta Odontológica Venezolana*. (1988) 26(1 y 2):78 -80.
- 32.- Wořstmann B, Michel K , Brinkert B, Melchheier-Weskott A, Rehmann P, Balkenhol M, Influence of denture improvement on the nutritional status and Quality of life of geriatric patients *journal of dentistry* 36 (2008) 816–821
- 33.-Ley General de Salud, últimas reformas publicadas el 5 de enero de 2009, Available from: <http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>
- 34.- Biazevic M, Crosato M, Iagher F, Pooter C, Correa S, Grasel C. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. *Braz Oral Res* 2004;18(1):85-91.
- 35.- Ikebe K, Watkins C, Ettinger R, SajimaH, Nokubi T, Application of short-form oral health impact profile on elderly Japanese. *Gerodontology* 2004; 21; 167–176.
- 36.- Slade G, Spencer A. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Comm Dent Health* 1994; 11: 3-11.
- 37.- Brennan D, Singh K, Spencer A, Thomson R. Health and Quality of Life **Positive and negative affect and oral health-related quality of life.** *BioMed Central Outcomes* 2006, 4:83

- 38.-Lesaffre E, Feine J, Leroux B, Declerck D, Statistical and Methodological Aspects
of Oral Health Research, Wiley, statistics in practice, 185 of Swediah dental
Journal, 1997; (9,14) 134-139.
- 39.- de Magalhães V, Impacto dad or orofacial na qualidade de vida dos pacientes
com desordem temporomandibular, Belo Horizonte, 2005; 30-39
- 40.- Zuluaga A, Espinosa N, Montoya S, Orozco R, Valencia A, Adaptación funcional
y psicosocial después de cirugía de Articulación Temporomandibular,
Odontólogos CES odontol, jul-dic 2001; 14 (2): 19-23.
- 41.- Allen PF, McMillan AS, Locker D, Assessment of sensivity to change of the Oral
Health Impact Profile in a clinical trial. Comm Dent and Oral Epidemiol,
Copenhagen, jun 2001, 29 (3) : 175-182

ANEXOS

Anexo 1. Oral Health Impact Profile (OHIP).

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

En total son siete dimensiones: dentro de las cuales hay tres incapacidades: incapacidad física, psicológica y social. Las otras cuatro dimensiones son: limitación funcional, dolor físico, molestias psicológicas y obstáculos.

Cada dimensión consta de dos preguntas, cada pregunta con un valor diferente.

Las respuestas a las preguntas que se abordan en cada uno de estos aspectos pueden ser calculadas en subescalas separadas para cada dimensión del impacto social del OHIP, o en su conjunto todas las preguntas.

Las respuestas se codifican en una escala de 5 puntos.

Estableciéndose como 0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = ocasionalmente, 3 = frecuentemente, 4 = muy frecuentemente.

Dentro de cada dimensión, las respuestas codificadas pueden ser multiplicadas por el valor de la pregunta para tener el puntaje de la dimensión.

Un ejemplo de una pregunta del OHIP es:

¿Ha tenido usted que interrumpir sus comidas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?

Para su cuantificación se usa un formato de tipo Likert (0 = nunca, 1 = rara vez, 2 = a veces, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo, 5 = siempre). Dependiendo la respuesta del paciente se toma ese valor.

La pregunta hecha, es parte de las incapacidades físicas, el valor de la misma es de 0.48; este valor se multiplica por el valor de la frecuencia con que el paciente la presenta; es decir si el paciente dice que es a menudo, el valor (0.48) se multiplica por 3 (de acuerdo a la escala de Likert) y así sucesivamente en cada pregunta, para saber el total se suman los valores obtenidos por cada pregunta para dar el valor global, después se divide entre el número de pacientes para obtener el valor porcentual.

ANEXO 2

Oral Health Impact Profile (OHIP-14).



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



Este cuestionario tiene como finalidad conocer los aspectos tomados en cuenta para establecer la Calidad de Vida en los adultos mayores relacionada a la salud bucal por los expertos en salud bucodental. Los resultados obtenidos servirán únicamente a nivel estadístico por lo que es anónimo.

FOLIO / / / /

¿Cuál es su edad?

_____ años

Sexo

()

- 1) Masculino 2) Femenino

¿Cuál es su ocupación?

()

- 1) ama de casa 2) empleado 3) jubilado 4) profesionista
5) Obrero 6) campesino 7) Comerciante 8) operador de transporte 9) Otra
10) Trabajadora doméstica 11) Ninguna 12) técnica 13) Desempleado

¿Estado civil?

()

- 1) soltero (a) 2) casado (a) 3) viudo (a) 4) divorciado (a)
5) unión libre 6) separado 7) madre soltera

¿Vive solo? ()

1) Si 2) no

¿Ha portado prótesis total antes? ()

1) SI 2) NO

¿Cuántos años lleva utilizando prótesis? () Años

PREGUNTAS (O H I P)

1.- ¿Tiene usted incomodidad para pronunciar algunas palabras debido a problemas con su boca o prótesis dentales?

Nunca Casi nunca Ocasionalmente Frecuentemente

Muy frecuentemente

2.- ¿Ha sentido usted que su sensación del gusto ha empeorado debido a problemas con su boca o prótesis dentales?

Nunca Casi nunca Ocasionalmente Frecuentemente

Muy frecuentemente

3.- ¿Tiene usted alguna incomodidad dolorosa en su boca?

Nunca Casi nunca Ocasionalmente Frecuentemente

Muy frecuentemente

4.- ¿Ha sentido usted incomodidad al comer algunos alimentos debido a problemas con su boca o prótesis dentales?

Nunca Casi nunca Ocasionalmente Frecuentemente

Muy frecuentemente

5.- ¿Ha estado usted preocupado debido a problemas con su boca o prótesis dentales?

Nunca Casi nunca Ocasionalmente Frecuentemente

Muy frecuentemente

6.- ¿Se ha sentido alterado debido a problemas con su boca o prótesis dentales?

Nunca Casi nunca Ocasionalmente Frecuentemente

Muy frecuentemente

7.- ¿Ha sido su dieta poco satisfactoria debido a problemas con su boca o prótesis dentales?

Nunca Casi nunca Ocasionalmente Frecuentemente

Muy frecuentemente

8.- ¿Ha tenido usted que interrumpir sus comidas debido a problemas con su boca o prótesis dentales?

Nunca Casi nunca Ocasionalmente Frecuentemente

Muy frecuentemente

9.- ¿Encuentra usted dificultad para relajarse debido a problemas con su boca o prótesis dentales?

Nunca Casi nunca Ocasionalmente Frecuentemente

Muy frecuentemente

10.- ¿Se ha sentido usted perturbado frente a otras personas debido a problemas con su boca o prótesis dentales?

Nunca Casi nunca Ocasionalmente Frecuentemente

Muy frecuentemente

11.- ¿Se ha sentido usted irritable con otras personas debido a problemas con su boca o prótesis dentales?

Nunca Casi nunca Ocasionalmente Frecuentemente

Muy frecuentemente

12.- ¿Tiene usted dificultad de hacer sus trabajos habituales debido a problemas con su boca o prótesis dentales?

Nunca Casi nunca Ocasionalmente Frecuentemente

Muy frecuentemente

13.- ¿Ha sentido usted que su vida es, en general, menos satisfactoria, debido a problemas con su boca o prótesis dentales?

Nunca Casi nunca Ocasionalmente Frecuentemente

Muy frecuentemente

14.- ¿Se ha sentido usted totalmente incapaz de funcionar debido a problemas con su boca o prótesis dentales?

Nunca Casi nunca Ocasionalmente Frecuentemente

Muy frecuentemente