



AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN PACIENTES QUE SERÁN
REHABILITADOS CON PRÓTESIS DENTAL PARCIAL REMOVIBLE
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN
PACIENTES QUE SERÁN REHABILITADOS CON
PRÓTESIS DENTAL PARCIAL REMOVIBLE.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

ALEJANDRA VERÓNICA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

TUTOR: Mtro. ENRIQUE NAVARRO BORI

ASESORA: Mtra. ERIKA HEREDIA PONCE

MÉXICO, D.F.

2011



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.

Dios, gracias por todo lo que me has dado, tu eres el guiador de todos nuestros pasos, gracias por todos los aciertos y tropiezos que has puesto en mi camino, sin ellos no habría logrado lo que soy.

A mis padres:

Por ser mis padres, gracias por sus regaños, por sus consejos, por las desveladas que desde el inicio de este camino han tenido conmigo, por apoyarme, por enseñarme el camino correcto que debo elegir. Porque son un pilar importante en mi vida, por todo el amor y cariño incondicional que me han dado, por estar conmigo en este camino y no dejarme vencer, por acompañarme en este paso tan importante para mí.

Belem:

Eres la mejor hermana que Dios pudo darme, gracias por ser como eres, quiero decirte que te quiero mucho y este trabajo es para ti. Gracias por tus risas, por trabajar conmigo hasta altas horas y acompañarme, gracias por todo.

A mi mascotita:

Tobby, que aunque sé que nunca podrá leerlo, el también merece un nombramiento, ya que su alegría y fidelidad, me hacían olvidar por un rato mi estrés.

A mis amigos:

Los amigos, son la familia que uno escoge, y creo que escogí la correcta, gracias a todos mis amigos que han estado a lo largo de mi vida, a mis compañeros de generación, de la clínica periférica, del seminario de titulación gracias porque de todos he aprendido y porque me han brindado su amistad y cariño, porque han estado conmigo en los momentos difíciles y en los triunfos.

Clara, es un gusto para mí el que seas mi amiga, gracias por tus consejos, por estar ahí cuando más lo necesité, por todas las enseñanzas, por ser incondicional.

Gaby, eres tan parecida a mí, que por eso me identifiqué contigo, gracias por todo, gracias por estar conmigo en todos esos momentos difíciles que pasamos.

A el maestro Eddy y su familia, a Miguel, Toño, Malli, y a todos los que han cooperado de una u otra forma en mi vida, gracias porque han sido partícipes de este logro que hoy tengo.

A ti que eres una personita tan especial en mi vida, agradezco que la vida te haya cruzado en mi camino, gracias por toda la comprensión, amor y cariño que me has dado y tenido conmigo, por estar ahí cuando necesité un abrazo, por escucharme, en fin por todo, te quiero mucho.

A mi Universidad:

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por ser mi casa de estudios, es un gusto y un orgullo pertenecer a esta máxima institución que me ha dado la oportunidad de formarme académicamente en sus instalaciones, gracias por darme tanto.

A mis profesores:

A mi tutor, el Mtro. Enrique Navarro Bori, porque a pesar de su tiempo tan apretado, me brindó su apoyo.

A mi asesora, la Mtra. Erika Heredia Ponce, gracias porque en usted encontré a una nueva amiga, gracias por todo el apoyo brindado, fue un pilar importante en este trabajo, gracias por su tiempo dedicado, por sus consejos y porque a pesar de sus ocupaciones me brindo su conocimiento y su experiencia, sin usted esto no se hubiera logrado.

A la coordinadora de seminario de Prótesis Dental Parcial Fija y Removible, la Mtra. María Luisa Cervantes Espinosa, por darme la oportunidad de estar en esta promoción del seminario, por su apoyo y conocimientos.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	6
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 IMPORTANCIA DE LA SALUD BUCAL.....	8
2.2 IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN.....	10
2.3 CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD BUCAL.....	12
2.4 AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD BUCAL.....	17
2.5 INSTRUMENTOS EMPLEADOS PARA LA MEDICIÓN DE LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD BUCAL.....	20
2.6 ANTECEDENTES.....	25
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
IV. JUSTIFICACIÓN	31
V. OBJETIVOS	32
5.1 General.....	32
5.2 Específicos.....	32
VI. METODOLOGÍA. MATERIAL Y MÉTODO	33
6.1 Tipo de estudio.....	33

6.2 Universo del estudio.....	33
6.3 Selección y tamaño de la muestra.....	33
6.4 Criterios de selección.....	33
6.4.1 Criterios de inclusión.....	33
6.4.2 Criterios de exclusión.....	33
6.5 Definición operacional y escala de medición de las variables.....	34
6.6 Método de recolección de la información.....	35
6.7 Análisis estadístico.....	35
6.8 Consideraciones éticas.....	36
6.9 Recursos.....	37
6.9.1 Humanos.....	37
6.9.2 Materiales.....	37
6.9.3 Financieros.....	37
VII. RESULTADOS.....	38
VIII. DISCUSIÓN.....	44
IX. CONCLUSIONES.....	49
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
ANEXO.....	54



I. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas la población ha experimentado una transición al envejecimiento, las estadísticas lo han confirmado, lo anterior conlleva a que la odontología tenga desafíos sociales más relevantes con respecto a la rehabilitación integral de los pacientes para darles una mejor calidad de vida.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.

Dentro de las características bucales en pacientes adultos es que tienden a tener pocas piezas dentales funcionales, esto es, que cuenta con su antagonista y una salud bucal precaria. Las secuelas de la pérdida dental de los pacientes es el resultado de las afecciones de las superficies dentales calcificadas o de los tejidos de sostén, ambos procesos suelen ser crónicos y afectan a los individuos en diferentes épocas de su vida, provocando alteraciones tanto al periodonto como en los músculos, ligamentos y las articulaciones temporomandibulares, así mismo problemas funcionales y por su puesto problemas estéticos. Pero no solamente son las secuelas bucales si no también las secuelas psicológicas y sociales que conlleva la pérdida dental que presentan los pacientes, ya que estos trastornos afectan el bienestar y la calidad de vida de los pacientes.

Las razones de la pérdida dental son múltiples, pero principalmente, se debe a la actitud pública hacia la salud bucal y la disponibilidad y elevados costos del tratamiento dental para la conservación de la dentición.



Tomando en cuenta que la actitud hacia la salud bucal ha cambiado gracias a programas variados de salud bucodental, los pacientes empiezan a tener mayor participación en su boca, el interés primordial es la limitación al acceso de la atención bucodental por la disponibilidad y en ocasiones por un elevado costo, diferentes investigadores han abordado la posibilidad de iniciar la valoración del estado de salud con base en la autopercepción del propio paciente, utilizando instrumentos de evaluación que engloban dimensiones funcionales y psicosociales asociadas.

El propósito de este estudio es conocer la autopercepción de la salud bucal en pacientes que serán rehabilitados con prótesis dental parcial removible.



II. MARCO TEÓRICO

2.1 IMPORTANCIA DE LA SALUD BUCAL

La cavidad bucal juega un papel importante en la salud general y la calidad de vida de las personas. La masticación, la deglución y la fonación son funciones de la cavidad bucal; ésta es esencial para obtener los nutrientes necesarios que permitan disfrutar de un buen estado de salud y comer, hablar, sonreír, besar, tocar, oler y degustar, de tal manera que las alteraciones de la boca pueden limitar el desempeño escolar, laboral, social y en el hogar; de ahí que el impacto psicosocial de los problemas bucales puedan afectar la calidad de vida de las persona^{1,2}.

Para definir la importancia de la salud bucal, se debe tomar en cuenta que el concepto de salud tiene íntima relación con la calidad de vida y con la salud bucal.

Salud bucal hace referencia a todos los aspectos de la salud y al funcionamiento de la cavidad bucal, llámese dientes, piso de boca y todos los componentes que integran el sistema estomatognático³.

La salud bucal es parte integral de la salud general, pues un individuo no puede considerarse completamente sano si existe presencia activa de enfermedad bucal, dichas enfermedades, como ejemplo, la caries dental, las periodontopatías y las maloclusiones, han sido subvaloradas por no ocasionar mortalidad directa, cuando en realidad su elevada frecuencia, molestias locales, estéticas y la repercusión en la salud general que ocasionan, justifica plenamente su atención como problema de salud pública⁴.

La salud bucal es el estado psicosocial y biológico de un individuo que le permite lograr:⁵



- Mayor permanencia en boca de los dientes y funcionamiento eficaz de las estructuras de soporte y tejido de los mismos.
- Funcionamiento eficaz de la cavidad bucal y su interrelación con el complejo orgánico individual.
- Calidad estética dental y bucal.
- Motivación y capacidad para elegir el consumo de alimentos y la expresión oral como activadoras básicas para la vida y la interacción social.

La salud de los dientes y cavidad bucal está relacionada de muchas maneras con la salud y el bienestar general, de ahí que el impacto psicosocial de los problemas bucales puedan afectar la calidad de vida de las personas.

Una buena salud bucal permite mejorar la calidad de vida del individuo, pues contribuye a una buena nutrición, a incrementar las relaciones interpersonales, las personas con una buena salud bucal no se ausentan de la escuela o de sus lugares de trabajo por enfermedades bucales y disfrutan de una formación y un desarrollo más plenos como individuos⁶.

En las últimas décadas, las acciones en promoción de la salud y el envejecimiento gradual que experimenta la población, debido a los avances en el control de la fecundidad han contribuido a incrementar a la búsqueda del aumento en **“años de vida saludable”** a través de la promoción de la salud y el consecuente impacto en la calidad de vida^{7,3}.

El envejecimiento trae consigo cambios en las esferas biológica, social y psicológica, que alteran la capacidad de hacer frente a las agresiones del medio ambiente, que afectan la vitalidad de las personas, así como sus funciones y aumentan proporcionalmente su vulnerabilidad.

La cavidad bucal no escapa de los efectos que trae el envejecimiento y la falta de buenos hábitos de higiene bucal a lo largo de la vida, determina



mayor prevalencia de enfermedades bucodentales que afectan tanto la salud bucal como la general.

Es importante que la población en general cuente con una buena salud bucal de manera subjetiva, ya que el no contar con ella, implica una serie de deficiencias que van desde una mala estética, funcionalidad, e incluso exclusión del entorno social en el que se encuentre sumergido y por lo tanto una mala calidad de vida.

El contar con una buena salud bucal beneficiará no sólo a nivel personal ya que esto dará mayor permanencia a los dientes dentro de la cavidad bucal, menos enfermedades bucales, hábitos benéficos para toda la vida, así mismo contribuirá a que la población genere menos gastos en cuanto a rehabilitación bucal, se inculcará a las nuevas generaciones un patrón de prevención, como consecuencia, poblaciones más sanas y con mejor calidad de vida, a través de la conservación de la salud bucal⁷.

2.2 IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN

Antes de definir la importancia de la rehabilitación, hay que conocer su definición de manera general, entender su contexto y de ahí partir a una parte más especializada, en este caso a nivel odontológico.

Según la ONU rehabilitar “es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional (por ejemplo, ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales”⁷.



Entonces debe entenderse por rehabilitación al conjunto de procedimientos dirigidos a ayudar a una persona a alcanzar el más completo potencial físico, psicológico, social, vocacional, y educacional compatible con su deficiencia fisiológica o anatómica y limitaciones medioambientales; la rehabilitación produce múltiples intervenciones dirigidas a ambos: la causa y los efectos secundarios del daño y la enfermedad (Modelo Biopsicosocial)⁸.

De forma simple y muy coloquial se puede definir a la rehabilitación bucal como el conjunto de técnicas cuyo fin es recuperar la actividad o función de alguna parte del cuerpo, o de manera específica de algún componente de la cavidad bucal.

La rehabilitación bucal es una rama de la odontología encargada de devolver la función, estética y armonía real por medio de dispositivos como las prótesis dentales fijas o removibles.

Uno de los principales problemas que tiene la rehabilitación bucal para que esté al servicio de todas las clases sociales, es su alto costo; lo cual, de ninguna manera, está regido por el costo del material empleado sino por la dificultad de su ejecución; por la preparación necesaria de los profesionales y técnicos para solucionar los casos; por el equipamiento necesario para realizarlo de manera adecuada y, principalmente, por el tiempo que involucra efectuar un trabajo⁹.

La eficacia de la rehabilitación radica en¹⁰:

1. Conservar los dientes y tejidos para así promover la salud bucal.
2. Mejorar la función de la masticación.
3. Mejorar la estética.
4. Mejorar la fonética.
5. Mejorar la salud y bienestar general de la persona y por lo tanto su calidad de vida.



A pesar de todos los problemas que se pudieran presentar, es importante hacer hincapié de que los pacientes deben rehabilitarse ya que va a devolverles, la estética, las funciones bucales, la autoestima y la relación con el entorno que les rodea y que además les permita acceder o mantener una vida laboral, brindándoles sobre todo, una buena salud bucal y por supuesto una mejor calidad de vida.

El odontólogo debe educar al paciente desde el inicio de algún tratamiento o alguna rehabilitación en los cuidados que deberá llevar a cabo durante y después del tratamiento, por ejemplo de alguna prótesis, el uso y manejo de la misma, realizar visitas al odontólogo para checar el estado que tiene la misma, y si necesita algún cambio o modificación ⁴.

2.3 CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD BUCAL

El término “calidad de vida” surgió al finalizar la segunda guerra mundial, fue utilizado para referirse al tipo de vida que condicionaban las incapacidades de las víctimas de la guerra¹¹.

En 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió a la calidad de vida como: “un completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad”. El término evolucionó, desde una definición conceptual, hasta una serie de escalas que permiten medir la percepción general de la salud. Actualmente, la salud de una persona se evalúa más allá de su capacidad física y se toman en cuenta su contexto social y su salud mental, la cual sugiere la visión integral del ser humano en todas sus dimensiones¹².

El concepto de calidad de vida ha venido cobrando importancia ya que la mayor supervivencia de la población ha mejorado, a expensas de un mayor número de personas con algún grado de discapacidad, y de personas con



enfermedades crónicas que padecen los efectos de su enfermedad y tratamiento¹².

La calidad de vida es un parámetro cada vez más utilizado en la práctica clínica diaria para valorar la eficacia de un tratamiento, y posiblemente se convierta en un parámetro que nos ayude a la toma de decisiones terapéuticas¹³.

La calidad de vida para poderse evaluar debe reconocerse en su concepto multidimensional, esto es que recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad¹². La salud bucal debe ser vista como componente de la calidad de vida^{12,3}.

La calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y representa la conjunción de sensaciones subjetivas del “sentirse bien”.

Se debe de tomar en cuenta que aunque una definición tenga la característica de poderse generalizar en el contexto que se requiera, existen diferentes definiciones de calidad de vida, esto depende de los diferentes tipos de orígenes de la gente, enfoques e intereses, de perspectivas¹⁴.

Dentro del área médica, el objetivo primordial es la conservación de la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades, por ello, es importante recalcar la calidad de vida dentro del área médica pues se limita con la salud y está propiamente relacionada con la enfermedad o con los efectos del tratamiento¹².

Puesto que la calidad de vida incluye la evaluación de los elementos subjetivos, se requiere de un método consistente para recabar la información



del individuo. Las mediciones para la calidad de vida pueden usarse para planear programas de tratamiento a corto plazo y para evaluar a grupos con diagnósticos específicos¹².

El diccionario de la Real Academia Española define a la palabra salud como: “un estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”. Para que una persona logre una vida saludable deben concurrir varios factores, como los biológicos, emocionales, sociales, económicos y ambientales, no se trata de optar por una cosa o la otra, sino de la armónica conjunción¹⁵.

En la constitución de 1946 de la OMS, ésta define a la salud como: “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades ligeras, fuertes o graves”.¹⁶ El concepto salud abarca el estado biopsicosocial, los aspectos que un individuo desempeña.

En 1992 un investigador agregó a la definición de la OMS: "y en armonía con el medio ambiente", ampliando así el concepto¹⁷.

Al igual que la salud, el concepto de salud bucal también ha tenido avances, desde un nivel biológico, y los conceptos contemporáneos de salud sugieren que se defina como el bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado de dentición así como tejidos duros y blandos¹⁸, la salud bucal es tener “dentición funcional y confortable que permite a los individuos continuar con el rol social deseado”; es un componente integral de la salud, por lo que cuando la salud bucal está comprometida, la salud general y la calidad de vida pueden verse afectadas. La cavidad bucal contribuye con la protección del cuerpo por medio de la masticación y la deglución, hasta los niveles social y psicológico, donde contribuye con la autoestima, expresión, comunicación y estética facial¹⁹.



Considerando que la salud bucal es un componente de la salud, y que la salud tiene entre sus componentes la calidad de vida, entonces la salud bucal también tendrá un efecto en la calidad de vida²⁰.

Si la salud bucal es considerada como un elemento del bienestar y la calidad de vida es el bienestar, la felicidad y satisfacción de la persona, es un concepto subjetivo, propio de cada persona influida por el entorno en el que vive, como la sociedad, la cultura, y las escalas de valores⁶.

Una vez conocido lo que es calidad de vida y salud bucal, es momento de entender la relación que hay entre ambas.

El aumento en el uso de término “calidad de vida relacionado con la salud bucal” y “calidad de vida” en relación con los resultados de las condiciones de salud y terapia para estas condiciones se ha visto en la rama médica en los últimos 30 años²¹.

Unas de las funciones de la odontología es mejorar y 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. Por consiguiente puede definirse a la calidad de vida en relación con la salud bucal “la percepción que el individuo tiene del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como con los tejido duros y blandos de la cavidad bucal en el desempeño de las actividades de la vida diaria, teniendo en cuenta las circunstancias presentes y pasadas, sus implicaciones en el cuidado, sus expectativas, sus paradigmas al sistema de valores de su contexto sociocultural”^{18,22}.

La salud con relación a la calidad de vida es un concepto multidimensional, que representa una combinación de absoluta salud, percepción actual o potencial de salud y/o incapacidad y que contempla a la salud bucal, por lo que debe ser examinada como parte de la salud general¹³.



La calidad de vida relacionada con la salud bucal se refiere en particular a los efectos de las enfermedades y sus tratamientos en la vida cotidiana de los pacientes.

Aunque el concepto de calidad de vida relacionada con la salud bucal tuvo sus conocimientos iniciales a en la segunda guerra mundial, su importancia dentro del área odontológica tiene poco tiempo de haber empezado a tener consideración, creándose instrumentos de medición específicos para evaluar la calidad de vida relacionados con la salud bucal²³.

Para los individuos, un buen estado de salud bucal y una capacidad masticatoria satisfactoria son importantes para una buena calidad, ya que estas situaciones influyen tanto en la composición de la dieta, y las consecuentes repercusiones sobre la salud general, como en la socialización⁹.

La calidad de vida relacionada con la salud bucal ha sido estudiada principalmente en adultos mayores, quizás por el acelerado crecimiento de este grupo de población en los últimos años en la mayoría de los países²⁴.

Se ha utilizado a menudo la salud bucodental relacionada con la calidad de vida para medición de la enfermedad en los pacientes para comprender mejor la forma en que una enfermedad interfiere en una persona. Un padecimiento específico da lugar a una deficiencia, la cual a su vez produce una discapacidad y una minusvalía y que afecta las actividades que desempeña con regularidad.

Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables¹³.



Existen varias medidas efectivas, válidas y confiables capaces de indicar la relación entre la salud bucal y la calidad de vida las cuales presentan puntos en común, en los índices aplicados, a pesar de las diferencias en las características socioculturales, así como en los métodos utilizados, todas evalúan las siguientes dimensiones: dolor, alimentación, apariencia-estética, comunicación, relaciones sociales, incomodidad y habla⁶.

Las medidas subjetivas existentes de salud bucal, como el enfoque de la calidad de vida relacionada con la salud bucal, pueden delinear una idea de cómo modifica las actividades habituales de los individuos o una población.

2.4 AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD BUCAL

Antes de adentrarnos a la definición de autopercepción de salud bucal, es correcto conocer el origen o la derivación del término, desde la forma más general, por ello es importante definir la palabra percepción. Nuestros sentidos nos proveen de datos del mundo exterior sin procesar, estos datos iniciales carecen por completo de significado por lo que se requiere de un proceso de interpretación para poder encontrar la relación con nosotros.

La percepción es el proceso por el cual el individuo connota de significado al ambiente. Se refiere a la acción y efecto de percibir (recibir por algunos de los sentidos) las imágenes, impresiones o sensaciones externas o comprender o conocer algo; puede hacer referencia a un conocimiento, una idea o una sensación interior que resulta de una impresión material hecha en los sentidos²⁵.

Para la psicología la percepción es la función que permite al organismo recibir, elaborar o interpretar la información que se llega desde el entorno, a través de los sentidos²⁶.



Nuestro comportamiento está determinado, en gran medida, por la idea que tenemos de nosotros mismos y, por lo tanto, desempeña un rol importante en el estrés personal, así como en el dominio de este último²⁹.

La autopercepción es la imagen que se hace el individuo de él mismo cuando se trata de evaluar las propias fuerzas y autoestima²⁸.

La autopercepción de salud bucal puede considerarse como factor predictor de calidad de vida⁷.

La calidad de vida obliga a abandonar una perspectiva exclusivamente médica a referirse tomando en cuenta la autopercepción del individuo.

La forma que perciben su salud bucal está relacionada significativamente con el bienestar, o sea, una boca “saludable” contribuye a que la persona se sienta bien y ayuda a su satisfacción y felicidad, es por ello que la percepción de salud bucal puede ser considerada como un factor predictor de la calidad de vida³⁵.

Las diferencias en la autopercepción del estado de salud en diferentes países hablan principalmente de la influencia de los factores de tipo educativo, socioeconómico y cultural, así como de los niveles de calidad de vida que existen en las diversas poblaciones.

Entre las comunidades, la edad está directamente relacionada con la mala percepción de estado de salud, conforme avanza la edad el estado de salud se va deteriorando³⁰.

La autopercepción de salud es una variable que tiene gran importancia entre los adultos mayores⁷.



La autopercepción de salud está asociada significativamente con el bienestar. A mejor autopercepción corresponde mejor bienestar considerado como indicativo de mejor calidad de vida.

Cuando los individuos generalmente no son capaces de definir la extensión de sus necesidades de tratamiento, su autopercepción de la apariencia de la cavidad bucal, de su capacidad de masticar y de su salud bucal puede relacionarse con sus evaluaciones clínicas²⁹.

Una boca saludable contribuye a que la persona se sienta bien y ayuda a su satisfacción y felicidad, es por ello que la autopercepción de la salud bucal puede ser considerada como un factor predictor de calidad de vida⁷.

Existe la posibilidad de iniciar la valoración del estado de salud bucal con base en la autopercepción del propio paciente, utilizando instrumentos de evaluación que engloban dimensiones funcionales y psicosociales asociadas.

La autopercepción de satisfacción y logro medida puede ser corroborada por el hecho de sentirse bien y capaces de realizar actividades²⁷.

Diversas investigaciones han demostrado que medir la autopercepción personal de la salud es útil como indicador global del nivel de salud de la población que refleja elementos tanto sociales como de salud²⁸.



2.5 INSTRUMENTOS EMPLEADOS PARA LA MEDICIÓN DE LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD BUCAL

La evaluación del estado funcional ha sido utilizada para medir el impacto de la enfermedad en el individuo, en ensayos clínicos, en estudios de comunidad y evaluaciones económicas.

El diagnóstico define las condiciones patológicas causadas por enfermedades infecciones, oncológicas y heredo-degenerativas, accidentes y malformaciones congénitas.

Existen maneras de cuantificar la calidad de vida estas medidas de desenlace varían desde aquellas que son objetivas y fáciles de medir, como la muerte; otras se basan en parámetro clínicos o de laboratorio (insuficiencia de un órgano), hasta aquellas que se basan en juicios subjetivos.

El instrumento debe reunir requisitos metodológicos preestablecidos.

Quizás la primera escala desarrollada con el propósito de definir en una forma consistente el estado de los pacientes con padecimientos crónicos fue la de KARNOSFKY, (KPS). Esta es una escala de 10 puntos que aunque inicialmente fue desarrollada para pacientes con cáncer, se ha aplicado a otras enfermedades crónicas. Se considera como un método confiable para predecir el estado funcional del paciente, es simple y de rápida aplicación.

Desde su primera descripción en 1948, la escala KPS ha sido aceptada entre los médicos, especialmente por los oncólogos, como un método de estimación del estado funcional del paciente y una medida de progresión y de desenlace de la enfermedad. La ventaja de esta escala es que es genérica; su desventaja, que es unidimensional, es decir, sólo evalúa el estado funcional y no mide las otras dimensiones de la calidad de vida.¹³



Desde la década de los 70's se han diseñado diversos instrumentos para evaluar el efecto negativo que provocan las enfermedades bucodentales sobre la calidad de vida de las personas.

Estos instrumentos se han empleado para evaluar el éxito de los tratamientos odontológicos, la satisfacción con los servicios estomatológicos y su eficacia, así como comparar diferentes tratamientos generalmente en adultos mayores, edéntulos y personas que no hacen frecuente el uso de atención odontológica^{29,9}.

Se limitan a la medición de índices clínicos e índices bucodentales, así como la presencia y ausencia de enfermedades. Estos métodos suministran información acerca de la percepción de las personas sobre el estado de salud bucodental y del efecto que tiene la salud bucodental sobre las actividades que realiza con regularidad, como son dificultades vinculadas con comer, hablar, lavarse los dientes, relajarse, mantener el estado emocional, dormir, trabajar y disfrutar el contacto con la gente²⁰.

Las mediciones pueden estar basadas en encuestas directas a los pacientes, con referencia al inicio de la enfermedad, su diagnóstico y a los cambios de síntomas a través del tiempo.

El mejor conocimiento de las evaluaciones para medir calidad de vida permitirá incorporar estos instrumentos en la evaluación integral de individuos.

Ejemplo de indicadores que miden percepción de salud y su impacto en la calidad de vida son los siguientes:



Oral Impacts Daily Performance (OIDP)

Diseñado por Leao y Sheiman en 1995. Es un indicador sociodental que se enfoca en medir una serie de impactos bucales sobre la capacidad de las personas para realizar actividades de la vida diaria en los últimos 6 meses³⁰.

El Oral Impacts Daily Performance mide el efecto de la salud bucal con base en ocho dimensiones relacionadas con la capacidad del sujeto para realizar sus actividades habituales. Se basa en la interpretación de Loker para odontología de la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Evaluation questionnaire Quality of life (EuroQol-5D o EQ-5D)³¹

Cuestionario que mide la calidad de vida relacionada con la salud. Fue desarrollado por un grupo internacional y multidisciplinario y traducido por Badía y Rovira.

Está compuesto por dos partes; la primera constituida por cinco dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión, con tres niveles cada una; se otorga un valor de 0 a 3 en cada dimensión, y se construye una cifra formada por 5 dígitos.

La segunda parte comprende una escala visual analógica, semejante a un termómetro, con calificaciones de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud), para indicar el nivel que mejor describa el estado de salud del día de hoy¹³.



World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQoL-Bref) ³²

Elaborado por un grupo de trabajo de la Organización Mundial de la Salud.

Está conformado por 25 reactivos diseñados en escala Liker. Evalúa la calidad de vida en cuatro dimensiones, salud física, relaciones sociales, salud psicológica y medio ambiente.

El valor global se transformó a una escala de 100 puntos.

Valores altos significan percepción más positiva de la calidad de vida, valores bajos significan percepción más negativa.

Oral Health Impact Profile (OHIP)

Denominado perfil del impacto de la salud bucal, se ha usado ampliamente en diversos países.

Desarrollado con el objetivo de medir los efectos que los trastornos bucodentales ocasionan en las actividades de la vida diaria de los pacientes a partir de su experiencia.

Se basa en el autoinforme de la disfunción, la incomodidad y la inhabilidad atribuidas a estos trastornos y sus consecuencias funcionales y psicológicas.

Este instrumento no evalúa aspectos positivos, por lo que todos los efectos que mide se consideran resultados adversos de los problemas de salud bucal.

Es capaz de medir la frecuencia con que una persona experimenta dificultades para cumplir determinadas funciones y realizar actividades de la vida diaria debido a trastornos bucales.

Existe una versión con 49 ítems, el OHIP-49, el cual abarca siete dimensiones (limitación funcional, dolor, incomodidad psicológica, inhabilidad



física, inhabilidad psicológica, inhabilidad social e incapacidad) organizadas en orden jerárquico según aumenta su complejidad.

Geriatric/General Oral Health Assessment Index (GOHAI)

Este instrumento fué desarrollado por Atchinson & Dolan de las Universidades de California y Florida.

Se basó en tres supuestos:

- 1) La salud oral puede ser medida utilizando la autoevaluación del propio paciente.
- 2) Los niveles de salud varían entre los pacientes y esta variación puede demostrarse utilizando una medición basada en la autopercepción del paciente.
- 3) La autopercepción ha sido identificado como predictora de la salud oral.

Este instrumento puede ser aplicado por el personal sanitario no odontológico y ha demostrado tener una alta sensibilidad y especificidad en la detección de necesidades del tratamiento bucodental.

Este instrumento ha mostrado una excelente efectividad en pacientes adultos y también en edades más jóvenes. Este utiliza un cuestionario de 12 preguntas que mide preocupación por la boca, dificultad al masticar, tragar, relaciones sociales y dolor e incomodidad.

Los reactivos han sido seleccionados para reflejar los problemas que afectan a las personas en tres grupos:

- 1) Función física: masticación, deglución y habla.
- 2) Función psicosocial: preocupación por su salud oral, insatisfacción por su apariencia y limitación de su contacto con la sociedad.



- 3) Dolor e incomodidad: el uso de medicamentos para aliviar dolor o incomodidad en la cavidad oral³¹.

2.6 ANTECEDENTES

Los cambios en la calidad de vida, basados en el impacto del perfil de la salud bucal, pueden mejorar o en su defecto, deteriorar el estado de salud general, lo que crea una nueva conceptualización y análisis de cambios en estudios que se basan en el impacto que tiene la salud bucal sobre la calidad de vida.

En los adultos mayores también se han realizados estudios sobre este tema, Slade menciona que las enfermedades bucales manifiestan disfunción, falta de bienestar y discapacidad y que éstas están relacionadas con impactos de tipo social, cultural y económico. Así mismo este autor encontró evidencias sobre el efecto en el bienestar de los ancianos y las diferencias entre los dentados y desdentados³³.

La percepción de los pacientes sobre su estado bucal es primordial para el buen mantenimiento de la salud bucal y por lo tanto general. Jimenez y cols, en un estudio realizado en población de adultos mayores de 60 y 85 años que asistían a centros sociales del INSEN a realizar diversas actividades, encontraron que cuatro de cada cinco adultos percibieron un nivel de bienestar entre bueno o muy bueno, mientras uno de cada cinco lo calificó como malo o muy malo, sin embargo esta percepción parece ser igual tanto para las mujeres como para los hombres en cuanto al bienestar y la satisfacción con la vida³.

Slade³⁵ menciona que la percepción que tienen los adultos mayores no está asociada con el hecho de tener o no dientes, ni con el estado de salud general. Pennacchiotti⁴, en un estudio realizado en 200 adultos mayores de 60 años, en el país de Chile en diferentes áreas de la Región Metropolitana



atendidos en Servicios Públicos de salud, reveló una considerable autopercepción de salud bucal después de haber sido rehabilitados protésicamente ya sea parcial o totalmente. Aquellos que tienen mejor percepción de su salud bucal, tienen mayor bienestar, y los que perciben mala o regular salud bucal, tienen menor bienestar²⁰.

Otro estudio realizado por Gallegos sobre la percepción del estado general de salud, reportó que la población de adultos mayores de México percibe su estado de salud como regular y buena, sólo un 19.8% reportó que su estado de salud era malo o muy malo. El autor hace una comparación del estado de salud reportado por los adultos mayores mexicanos a través de la autopercepción, con el de adultos mayores de otros países, encontrando que los valores de los mexicanos se encuentran en un término medio con Brasil, España y Suiza. Los españoles mostraron un estado de salud bueno o muy bueno entre el 40 o 50%, mientras en los suizos la percepción alcanzó hasta el 87% y los mexicanos la percepción positiva del estado de salud fue de 35.6%, en Brasil fue de 25% quienes consideran un estado de salud bueno o muy bueno³⁰.

Jiménez y Esquivel³, estudiaron el efecto de los dientes perdidos en la calidad de vida de un grupo de adultos mayores el cual buscaba determinar el número de dientes perdidos en un grupo de adultos mayores y su relación con la presencia de depresión, la percepción del estado de nutrición y la calidad de vida. Los resultados mostraron que la gran mayoría (93.9%) estaba satisfecho con su vida. Sin embargo, poco más de la mitad (56.7%) dijo haber renunciado a muchas actividades, éstos presentan significativamente mayor nivel de depresión que quienes afirmaron no haber renunciado a muchas actividades. De igual manera quienes afirmaron sentir su vida vacía (12.2%) están significativamente más deprimidos. La mayoría del grupo (90%) considera que es maravilloso vivir⁷.



El concepto de calidad de vida a nivel médico, propone una visión más global de la enfermedad ampliando el espectro de la perspectiva de los profesionales de la salud. En la Odontología es la tendencia a adoptar este modelo, considerando que el tratamiento del enfermo, afecta su salud física, dental, mental, social y por lo tanto su calidad de vida.

Con lo que respecta a la percepción de la salud y uso de prótesis dental, la mayoría de las personas edéntulas, manifiestan conformismo, debido a que piensan que conforme pasa el tiempo, las piezas dentales debían de caerse como causa natural, tristeza, porque no pueden ingerir el tipo de alimento que ellos prefieren debido a la falta de masticación y como resultado problemas digestivos, afectando su aspecto físico provocándoles baja autoestima, resignación, pues no pueden regresar el tiempo transcurrido para poder remediar el daño causado a sus piezas dentales, como una mala higiene bucal, e indiferencia por piensan que el no contar con sus piezas dentales no les afectaba en su salud, estado emocional o físico, pues la rutina tan ajetreada les hace sólo pensar en solventar los gastos.

Ixchajchal²⁹ realizó una investigación en pacientes del área rural del municipio de Totoncapán con respecto a la ausencia parcial o total de las piezas dentales, manifestando diferentes percepciones con respecto a la ausencia de las piezas dentales, como indiferencia en pacientes masculinos, tristeza en pacientes femeninos, y conformismo en ambos sexos. La mayoría de los adultos del estudio aceptaba la ausencia parcial o total de las piezas dentales como parte normal del organismo, encontrando a la vez una solución inmediata a ello con el uso de prótesis dental parcial removible. Así mismo los adultos mayores consideraban que la buena o mala función de la dentadura depende de los años de vida y de los signos de vejez.



Pennacchiotti⁴ concluye que la percepción de los adultos mayores en cuanto a la salud bucal y la calidad de vida mejora considerablemente cuando los sujetos son rehabilitados.

El género ha sido también estudiado, y clave de ello es que la percepción de salud bucal que tienen los hombres en comparación con las mujeres es mayor. Gallegos et al³⁰ concluye que a las mujeres les afecta en mayor medida su estética y la relación con los demás cuando no cuentan con una rehabilitación completa.

Dato contrario lo encontramos en un estudio hecho por Jiménez y cols³ que se realizó en población mexicana, en un centro comunitario del Distrito Federal para realizar actividades recreativas, donde los hombres presentaron menor impacto de salud bucal sobre su calidad de vida que las mujeres que se preocupan más por su estado de salud bucal, lo cual se observa en la mayor demanda de asistencia odontológica. No obstante, esto no necesariamente refleja el que los hombres gocen de mejor salud, situación que puede derivarse de la influencia cultural y de género, pues les cuesta más trabajo aceptar sus limitaciones y padecimientos.



III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los estudios en décadas anteriores se han enfocado en los efectos físicos de la enfermedad tales como la morbilidad y mortalidad. Los análisis han hecho uso exclusivo de las medidas epidemiológicas tradicionales que no expresan la percepción que las personas tienen de la disfunción, la incomodidad y la incapacidad³⁴.

La investigación odontológica se ha enfocado principalmente al estudio de los aspectos biológicos, mientras que los relativos han recibido poca atención³⁵.

La definición de la OMS de calidad de vida, obliga a abandonar la perspectiva exclusivamente médica, centrada en un modelo biológico y referirse a ella tomando en cuenta la autopercepción del individuo³⁵. Es por ello que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del "sentirse bien"⁹.

Hay cada día mayor reconocimiento a la necesidad de humanizar los servicios de salud y escuchar a los pacientes³⁵.

Los aspectos personales de los individuos que incluyen la autopercepción de salud, la incomodidad, la insatisfacción y el bienestar han recibido poca atención.

Es relevante ver individualmente los indicadores específicos de las enfermedades bucales, pero también, proveer una medición global de la



salud bucal y no sólo referirse a las observaciones clínicas, sino cómo se define o percibe individualmente la salud de la cavidad bucal.

Los profesionales de la salud bucal tienen que hacer conciencia en esta relevancia de ver la boca como parte integral del individuo.³⁵

La rápida transición hacia el envejecimiento que se está presentando a nivel mundial ha hecho que demos mayor importancia y brindemos mejores recursos a esta parte de la población, ya que en pocos años será la mayoría de la población existente en el planeta. Al respecto se han hecho investigaciones para poder brindar la mejor calidad de vida posible.

Uno de los principales problemas que tenemos en brindar la atención general y bucal en los pacientes adultos, es que sólo nos enfocamos en la parte clínica pero realmente no nos enfocamos en la autopercepción que tiene el paciente de su salud, el cómo se siente, ya que sabemos que muchas veces tiene mayor influencia en su rehabilitación exitosa el que un paciente sea tomado en cuenta, que se sienta importante y que sepa que en el momento de la consulta su opinión es importante para nosotros, aunado que conforme avanza el tiempo empieza a acumular una serie de padecimientos crónicos que lo hace más susceptible.

Por lo expuesto anterior la pregunta de investigación es:

¿Cuál es la autopercepción de salud bucal en pacientes que serán rehabilitados con prótesis dental parcial removible?



IV. JUSTIFICACIÓN

Existen factores que van a modificar la calidad de vida de los individuos de manera subjetiva, éstos varían de acuerdo al medio en el que se desenvuelven, haciendo difícil el identificar aquello que tienen asociación.

Debido al incremento de vida que está sufriendo la población a nivel mundial, este trae consigo padecimientos crónicos que deterioran el estado de salud general haciendo vulnerable este tipo de población, lo mismo pasa en la cavidad bucal donde se manifiesta el paso de los años y la calidad de vida que la población ha tenido. Secuelas de caries dental, enfermedad periodontal, manifestadas en restauraciones, desde muy simples como una resina, hasta muy complejas como extracciones y la colocación de una prótesis dental parcial fija o removible.

Es cierto que la esperanza de vida se ha logrado gracias a los esfuerzos avocados a la prevención, pero con ello nos obliga a brindar una atención de manera integral a la población adulta, junto con la percepción que tiene el paciente respecto a su salud bucal, pasa así brindad una calidad de vida mejor y de manera subjetiva.

En México, existen pocos estudios basados en la autopercepción de la salud bucal y los aspectos subjetivos que cada individuo tiene, es por eso que este estudio servirá para ampliar los conocimientos acerca de los agentes que influyen en la percepción de salud bucal, entre los pacientes de la facultad de Odontología y además este estudio puede ser una herramienta que aporte información útil para tratar a los pacientes de una manera integral tomando en cuentas sus percepciones y así brindarle mejores alternativas del mismo de acuerdo a las necesidades que el paciente requiera o manifieste.



V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Determinar la autopercepción de la salud bucal en pacientes que serán rehabilitados con prótesis dental parcial removible dentro de las clínicas de la Facultad de Odontología de la UNAM.

5.2 Objetivos específicos

- Determinar el estado bucal (dientes cariados, perdidos y obturados) de los pacientes que serán rehabilitados con prótesis dental parcial removible dentro de la Facultad de Odontología, UNAM.
- Conocer el uso de prótesis así como tiempo de uso y motivo de cambio de prótesis entre los pacientes que serán rehabilitados con prótesis dental parcial removible dentro de la Facultad de Odontología, UNAM.
- Conocer la autopercepción de salud bucal a través del GOHAI en pacientes que serán rehabilitados con prótesis dental parcial removible dentro de la Facultad de Odontología, UNAM.



VI. METODOLOGÍA. MATERIALES Y MÉTODO

6.1 Tipo de estudio

Transversal

6.2 Universo de estudio

Pacientes que serán rehabilitados con prótesis dental parcial removible dentro de la Facultad de Odontología, UNAM.

6.3 Selección y tamaño de la muestra

Se tomará una muestra por conveniencia la cual incluirá a todos los pacientes adscritos a las clínicas de prótesis parcial removible de la Facultad de Odontología, UNAM.

6.4 Criterios de selección

6.4.1 Criterios de inclusión

- Pacientes de las clínicas de prótesis parcial removible de la Facultad de Odontología, UNAM.
- Pacientes usuarios o no de prótesis parcial removibles que serán rehabilitados en las clínicas de prótesis parcial removible de la Facultad de Odontología, UNAM.

6.4.2 Criterios de exclusión

- Personas que no deseen participar en el estudio.



6.5 Definición operacional y escala de medición de las variables

- **Edad:** Años de vida cumplidos hasta la fecha de la entrevista. La información será obtenida en forma directa a través del interrogatorio. Se registrará en años.
- **Sexo:** Condición biológica que diferencia al hombre y la mujer, y será registrado como (1) Femenino y (2) Masculino.
- **Autopercepción de salud bucal:** Percepción que el individuo tiene del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como el estado de los 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. Esta variable se medirá a través del The Geriatric/General Oral Health Assessment Index (GOHAI) por sus siglas en inglés (**Anexo**).
- **Estado de la dentición:** Es la condición de salud en la que se encuentra la cavidad bucal. Se medirá a través del Índice CPO-D del cual se podrá obtener el número de dientes cariados, perdidos, obturados y dientes sanos presentes en boca.
- **Uso de prótesis:** Es la condición de portar prótesis parcial removible y se medirá como (1) si, (2) no.
- **Tiempo de uso de la prótesis:** Es el tiempo que el paciente ha utilizado la prótesis parcial removible y se medirá en años.



- **Motivo de rehabilitación de la prótesis:** Es el motivo por el cual el paciente esta acudiendo a la clínica de prótesis removable dentro de la Facultad de Odontología para realizarse una nueva prótesis y se medirá como:
 - 1. se rompió.
 - 2. defecto en algún diente.
 - 3. esta viejita.
 - 4. se desaloja de la boca.
 - 5. no se ve bien.

6.6 Método de recolección de la información

Se realizarán entrevistas a los pacientes que acuden a todas las clínicas de prótesis dental parcial fija y removable dentro de la Facultad de Odontología UNAM para recabar los datos como edad, sexo, uso previo de prótesis, tiempo de uso, y motivo del cambio de prótesis; así como la autopercepción de salud bucal a través del índice GOHAI (The Geriatric Oral Health Assessment Index). Posteriormente, se obtendrá la información del estado de salud bucal a través de los dientes cariados, perdidos, obturados y sanos, el cual se extraerá de la historia clínica del paciente.

6.7 Análisis estadístico

La información será codificada y capturada en el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 15.

Se realizará un análisis descriptivo de la muestra estudiada a partir de los datos (edad en años cumplidos a la fecha de la entrevista, sexo, uso y tiempo de utilización de la prótesis, motivo de rehabilitación de la prótesis),



del estado de de la dentición (dientes cariados, perdidos, obturados y sanos), así como del GOHAI.

Con la finalidad de establecer correlación entre la media del GOHAI y el estado de la dentición se utilizará la prueba de correlación Pearson.

Para establecer la asociación entre la media del GOHAI y las variables género y utilización previa de prótesis se utilizará la prueba de Mann-Whitney y para grupos de edad, tiempo de uso y motivo de la rehabilitación se utilizará la prueba de Kruskal-Wallis, a un nivel de confianza del 95% respectivamente.

6.8 Consideraciones éticas

Con lo que respecta a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos y de acuerdo a los principios de Helsinki vertidos en el reglamento de la Ley General de Salud, se contará con el consentimiento informado de los sujetos a estudiar. Para seleccionarlos se utilizarán los criterios descritos, tomándose las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo a los sujetos que se examine, considerando que esta investigación se encuentra estipulado en el Título Segundo, Capítulo I, artículo 17, inciso I: Investigación sin riesgo, ya que sólo se observará el estado de salud bucal de cada sujeto y aplicación de un cuestionario. Se solicitara el consentimiento de la persona explicando claramente, que en caso de que no desee participar no tendrá ninguna repercusión en su tratamiento, el objetivo del estudio, los procedimientos que se realizaran y que estos no tienen ningún efecto nocivo a su salud. Por ser un estudio que se contempla como investigación sin riesgo, nos acogemos al artículo 23 del mismo capítulo... ***“se podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formulación por escrito...”***.



6.9 Recursos

6.9.1 Humanos

Un tesista, un tutor y un asesor

6.9.2 Materiales

- Hojas para las encuestas
- Lápices
- Guantes
- Cubrebocas
- Bata
- Gasas
- Espejos bucales del número 5
- Computadora que incluya el paquete estadístico SPSS versión 15 para Windows.

6.9.3 Financieros

El estudio fue autofinanciado



VII. RESULTADOS

Se revisó a un total de 47 pacientes de las clínicas de prótesis dental parcial fija y removible que quisieron participar en el estudio, de los grupos 4001, 4002, 4006, 4008, 4010, 4012, 4013, 4011 y 4014 de la Facultad de Odontología de la UNAM.

La media de edad de los individuos fue de 58.02 ± 11.42 años, con una edad mínima de 35 y una máxima de 78 años. El 68.1% fueron mujeres y el 31.9% fueron hombres (tabla 1).

Tabla 1 Frecuencia y distribución de la población por género y edad.

Variable	Media	DE
Edad	58.02	11.42
	n	%
Género		
Femenino	32	68.1
Masculino	15	31.9
	n	%
Grupos de edad		
35-50 años	14	29.8
51-60 años	12	25.5
61-70 años	13	27.7
71-80 años	8	17

Fuente: directa

En la tabla 2 se muestran los resultados del uso previo de prótesis, el tiempo de uso y el motivo de la rehabilitación. El 76.6% de los pacientes mencionó haber utilizado alguna prótesis anteriormente, el tiempo promedio de uso de las prótesis fue de 15.50 ± 9.8 , y los principales motivos de cambio fueron por necesidad (27.7%), desajuste (27.7%) o por algún defecto (25.5%).



Tabla 2 Frecuencia y distribución de la población del uso previo de prótesis, tiempo y motivo de la rehabilitación.

Variable	Media	DE
Tiempo de uso de prótesis	15.40	9.8
	n	%
Anteriormente ha usado prótesis	36	76.6
Sí	11	23.4
No		
	n	%
Motivo de cambio de la rehabilitación		
por algún defecto	12	25.5
por estética	5	10.6
porque la necesito	13	27.7
desajuste	13	27.7
indicación del dentista	4	8.5

Fuente: directa

Respecto a la autopercepción de la salud bucal evaluada con el GOHAI, el promedio fue de 42.55 ± 9.11 , lo que se traduce en un valor aceptable. En la tabla 3 se observa la distribución de las respuestas del GOHAI de acuerdo a cada una de las limitaciones. Podemos observar que los mayores porcentajes se encuentran concentrados en las respuestas donde no se perciben molestias, incomodidad o problemas.



Tabla 3 Distribución del GOHAI por limitaciones (funcional, psicosocial, dolor e incomodidad).

Dimensión	pregunta	Siempre	Frecuentemente	A veces	Rara vez	Nunca
Limitación funcional	Limitación por tipo y cantidad de alimento	4.3	4.3	5.4	8.7	77.2
	Incomodidad al cortar o masticar alimentos duros	9.8	8.7	12.0	8.7	60.9
	Deglución correcta	60.9	5.4	10.9	4.3	18.3
Limitación psicosocial	Problemas en el habla	4.3	3.3	5.4	4.3	82.6
	Limitaciones de comunicación	2.2	1.1	6.5	1.1	89.1
	Conformidad con la apariencia	44.6	8.7	9.8	10.9	26.1
	Preocupación por apariencia	8.7	6.5	16.3	10.9	57.6
	Percepción de problemas	3.3	2.2	10.9	5.4	78.3
Dolor e incomodidad	Comodidad al compartir la mesa	4.3	5.4	5.4	5.4	79.3
	Alimentación sin molestia	6.5	4.3	10.9	6.5	71.7
	Uso de medicamento para aliviar el dolor en boca	2.2	3.3	12.0	10.9	71.7
	Presencia de molestias o dolor en los dientes	1.1	5.4	3.3	7.6	82.6

Fuente: directa



Al asociar las variables sociodemográficas con el GOHAI encontramos que los hombres tienen una mejor autopercepción de salud bucal con un valor de 50.46 ± 6.51 en comparación con las mujeres con un valor de 38.84 ± 7.71 , de acuerdo a la prueba de Mann-Whitney ($p < 0.001$) (tabla 4).

Tabla 4 Media y desviación estándar del GOHAI por género y grupos de edad.

Variable	GOHAI Media (DE)	*Prueba de Kruskal-Wallis, **Prueba de Mann-Whitney (p)
Valor del GOHAI	42.55(9.11)	
Género		
Femenino	38.84(7.71)	59.0(<0.001)**
Masculino	50.46(6.51)	
Grupos de edad		
35-50 años	39.28(7.50)	2.67 (0.44)*
51-60 años	43.83(8.69)	
61-70 años	44.30(9.75)	
71-80 años	43.50(11.31)	

Fuente: directa



No se observó asociación estadísticamente significativa entre el GOHAI y el uso previo de prótesis, motivo de rehabilitación y tiempo de uso (tabla 5).

Tabla 5 Media y desviación estándar del GOHAI por uso previo de prótesis, motivo de rehabilitación y tiempo de uso.

Variable	GOHAI Media (DE)	*Prueba de Kruskal-Wallis, **Prueba de Mann-Whitney (p)
Anteriormente ha usado prótesis		
Sí	42.1(9.35)	180.00(0.65)**
No	43.90(8.52)	
Motivo de cambio de la rehabilitación		
por algún defecto	38.91	2.26(0.68)*
por estética	43.60	
porque la necesito	44.00	
desajuste	43.46	
indicación del dentista	44.50	
Tiempo de uso de prótesis		
0	41.20 (5.63)	5.25 (0.94)*
1	44.40 (15.07)	
3	41.00 (0.0)	
4	41.00 (0.0)	
5	41.75 (13.91)	
6	38.00 (2.82)	
7	43.00 (0.0)	
8	38.00 (0.0)	
10	36.50 (11.00)	
14	46.00 (0.0)	
15	42.66 (6.11)	
20	47.75 (10.01)	
25	41.50 (12.02)	

Fuente: directa

En cuanto al estado de la dentición observamos que la media de dientes sanos fue de 7.51 ± 4.85 , para los dientes cariados fue de 3.87 ± 3.99 , para



dientes perdidos 10.68 ± 5.24 y para dientes obturados fue de 5.89 ± 3.96 . Se realizó un análisis de correlación entre el estado de la dentición y el GOHAI no encontrando significancia estadística con ninguno de sus componentes (tabla 6).

Tabla 6 Media y desviación estándar del estado de la dentición y su correlación con el GOHAI.

Estado de la dentición	Media (DE)	GOHAI Correlación r(p)
Dientes sanos	7.51 (4.85)	0.96(0.52)
Dientes cariados	3.87(3.99)	0.69(0.64)
Dientes perdidos	10.68(5.24)	-0.21(.154)
Dientes obturados	5.89(3.96)	0.18(0.47)

Fuente: directa



VIII. DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados encontrados en el presente trabajo de investigación es importante mencionar que existen ciertas limitaciones que deben de ser consideradas, la primera de ellas es que los hallazgos de este estudio no son representativos de los pacientes que acuden a la facultad de odontología, UNAM, solicitando un servicio de rehabilitación de prótesis parcial removible debido a que la muestra fue tomada por conveniencia. Así mismo es importante recalcar que justamente por ser pacientes que solicitan un tratamiento, son sujetos que identifican un problema o una necesidad de salud bucal.

La autopercepción de salud bucal entre los pacientes entrevistados fue aceptable ya que encontramos un valor de GOHAI de 42.55 ± 9.11 , y de acuerdo a los datos reportados en una muestra representativa de adultos mexicanos la media de GOHAI fue de 45.8 ± 7.0 y si tomamos este valor como referencia menos una desviación estándar (38.8), nos encontramos por arriba de este valor.

De acuerdo con otros estudios donde utilizan al GOHAI para medir la autopercepción de salud bucal, el promedio encontrado en este trabajo se encuentra por arriba del promedio. De acuerdo a lo reportado por Trejo et al. en adultos mayores mexicanos el puntaje GOHAI fue de 37.4 sin embargo esta población es de una edad promedio de 78 años diferente a la de este estudio donde el promedio fue de 58 años.

Pinzón y Zunzunegui³⁷ realizaron un estudio en ancianos españoles, donde el 32% de los entrevistados obtuvo un puntaje de 57 puntos, así mismo un estudio realizado en población Japonesa por Zaitzu³⁸ con edades entre 40 y 55 años el promedio de GOHAI fue de 53.6 ± 6.1 . Estos últimos datos quizá no sean comparables con nuestros resultados ya que las condiciones sociodemográficas son diferentes a las nuestras, donde se hace evidente



que una mejor condición de vida como son educación, y mayor acceso a servicios de atención dental, ayudan a tener una mejor percepción de salud⁴⁰.

Uno de los factores que afecta de manera importante a la percepción de la salud, es la pérdida dental. Cuando se les preguntó a los pacientes si les afectaba no tener dientes, ellos contestaron negativamente. En este estudio esta condición no refleja un factor importante para el deterioro de su salud ya que cuando se les preguntó si le afectaba no tener dientes propios ellos contestaron de manera negativa, contrario a lo mencionado por Ixchajchal²⁹ donde menciona que los pacientes que no tienen dientes, tienen una percepción baja de salud y una baja autoestima, provocando además enfermedades o quebrantos de salud por el proceso de masticación.

Otro punto importante es la apariencia física, la mayoría de los pacientes entrevistados mencionaron que no les afecta su apariencia, no complica su comunicación con la demás gente e incluso podían seguir su rutina diaria normal, lo cual no coincide con Ixchajchal, Esquivel y Jiménez^{3,29}, ya que mencionan que una mala apariencia física afecta su presentación personal, incomodidad al momento de hablar, incapacidad para comer algún tipo de alimento frente al público, lo cual deteriora su estado anímico mencionando que los entristece.

La mala o buena percepción de salud bucal, probablemente se deba a las creencias, nivel educativo, cultural y económico de los individuos, es decir, aquellas personas con un nivel socioeconómico alto, con educación superior, y costumbres arraigadas de buena salud deberán ser mucho más demandantes en cuanto a su estado de salud en comparación con individuos en condiciones contrarias donde solo se hacen cargo en la mayoría de los casos de solucionar problemas de tipo agudo, como es el caso de periodontitis apical.



Es importante recalcar que los pacientes que son atendidos en la clínica de prótesis dental parcial fija y removible de la Facultad de Odontología de la UNAM casi siempre son pacientes de bajos o escasos recursos y con nivel educativo bajo, así mismo no todos los pacientes que serán rehabilitados tuvieron o tienen una necesidad sentida de rehabilitación, ya que por lo regular los pacientes siguen una ruta clínica.

La percepción de salud bucal que tienen los hombres en comparación con las mujeres de este estudio fue mayor, esto llama la atención porque aún cuando perciben una buena salud, clínicamente no se encuentran saludables, a diferencia de las mujeres que consideran su salud bucal mala siendo esta equiparable con lo que observamos clínicamente.

Se tiene la creencia de que los hombres tienden a rehabilitarse porque, siguen la ruta clínica que maneja la Facultad de Odontología, o porque sólo les preocupa una parte de su boca, la que en ese momento les está ocasionando problemas. Una minoría de los hombres que participaron en el estudio, a pesar de sentirse bien con lo que tienen, también manifestaron el deseo de mejorar su apariencia física, corrigiendo su estado de edentules colocándose una prótesis dental, al igual que lo que encontró Ixchajchal²⁹ donde los hombres de su estudio a pesar de su bajo nivel educativo, mencionaron querer mejorar su estado de salud bucal.

En cambio, las mujeres, además de seguir la ruta clínica, les preocupa en gran medida su apariencia física, que un defecto bucal, provoque “fealdad” o descontento, aunado al proceso de envejecimiento normal que tienen como individuos.

La preocupación que expresan las mujeres en comparación con los hombres parece ser generalizado. Un estudio realizado en mujeres Guatemaltecas²⁹



menciona que la falta de prótesis dental parcial removible, a diferencia de los hombres, es un problema que afecta su calidad de vida.

Dato contrario lo encontramos en un estudio que se realizó en población mexicana, en un centro comunitario del Distrito Federal para realizar actividades recreativas, donde los hombres presentaron menor impacto de salud bucal sobre su calidad de vida, a diferencia de las mujeres, en quienes se identificó lo contrario. Tal situación explica el autor, en coincidencia con Jiménez y colaboradores, las mujeres se preocupan más por su estado de salud, lo cual se observa en la mayor demanda de asistencia médica. No obstante, esto no necesariamente refleja el que los hombres gocen de mejor salud, situación que puede derivarse de la influencia cultural y de género, pues les cuesta más trabajo aceptar sus limitaciones y padecimientos³⁹.

En las mujeres es más frecuente que asistan al médico y busquen ayuda ante cualquier problema de salud que los hombres. También puede ser el resultado de que las mujeres vivieron más agresiones a la salud y menor acceso a los servicios, ya que la gran mayoría fueron amas de casa sin este derecho.

Sin embargo es importante recalcar que la proporción de mujeres con respecto a los hombres en este estudio fue mayor, esto puede reflejar la preocupación que tienen las mujeres por su estado de salud y por lo tanto su descontento con su apariencia, funcionamiento y percepción de salud.

Al igual que este estudio, Castrejón, Gallegos, Esquivel e Ixchajchal^{24,29, 30, 31} el mayor porcentaje que participó en sus estudios fueron mujeres que los hombres, lo cual indica que a nivel mundial hay una mayor población de mujeres que de hombres.

Este estudio muestra que la autopercepción de salud bucal no aumenta ni disminuye cuando los pacientes tienen una necesidad urgente de atención y



necesidad de una prótesis parcial removible; puede el paciente faltarle algún uno o la mayoría de los dientes o tener caries en toda la cavidad oral, y no reflejar para ellos mala salud bucal, sólo preocupación o interés del diente o los dientes que en ese momento le afectan, de igual manera Pinzón y Zunzunegui³⁷ coincide en la existencia de una discrepancia entre la baja percepción de necesidades de cuidados dentales frente a la elevada necesidad de tratamientos.

Otra limitante de este estudio es que solo hicimos una medición de autopercepción de salud, la cual solo refleja la percepción que tiene el paciente al principio del tratamiento, lo ideal sería realizar dos mediciones más, una durante y otra al final del tratamiento esto con la finalidad de conocer si hubo cambios en la percepción de salud. Gallegos et al³⁰, encontró diferencias en cuanto a la percepción al realizar estas tres mediciones, donde los pacientes mostraron un cambio en cuanto a su percepción bucal de menor a mayor grado, lo cual indica que a medida que el paciente va rehabilitándose, la percepción de salud bucal va aumentando.

El GOHAI además de medir autopercepción de salud es considerado como un instrumento capaz de detectar la necesidad de atención bucodental con una alta sensibilidad y especificidad, comparándola con la necesidad determinada clínicamente a través de un examen odontológico completo, de igual manera pero en menor proporción.



IX. CONCLUSIONES

- La autopercepción de la salud bucal en este grupo de pacientes es aceptable.
- Se encontró una asociación estadística significativa entre el valor promedio del GOHAI y el género, donde los hombres tienen una mayor autopercepción de la salud bucal que las mujeres.
- No se encontró asociación entre el valor promedio del GOHAI el estado de la dentición, uso de prótesis y motivo de la rehabilitación.
- Es importante que se empiece a utilizar con mayor frecuencia instrumentos que midan la calidad de vida y en específico la autopercepción de la salud bucal, para poder brindar al paciente una atención integral, mejor pronóstico y planear de manera conjunta su tratamiento.



X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹Definición de salud. Disponible en :
<http://www.eufic.org/article/es/expid/basics-salud-dental/>

²Calidad de vida y Salud Bucal. Disponible en:
<http://saludbucalmx.blogspot.com/2011/02/importancia-de-la-salud-bucal.html>

³Jiménez J, Esquivel I, González A. La percepción de salud bucal como medida de la calidad de vida en ancianos. Rev. ADM. 2003; Vol. IX, No. 1: 19-24.

⁴ Sánchez S; Juárez T; Reyes H; De la Fuente J; Solorzano F; García C. Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales. Salud Pública de Mex. 2007; v.49 n.3.

⁵ Pennacchiotti G. Factores que influyen en el uso de prótesis removible en Adultos Mayores recién rehabilitados. Trabajo de investigación requisito para optar al título de cirujana dentista. Facultad de Odontología. Universidad de Chile.2006.

⁶ Higashida BY. Odontología preventiva.2ª ed. México: Editorial Mc Graw Hill,2009. pp. 64-66

⁷ Mendoza J. Percepción de la necesidad de salud bucal de una población adulta joven de diferentes estratos socioeconómicos, respecto a su nivel de salud bucal del Área Metropolitana de Monterrey (Nuevo León México). Trabajo de investigación que para obtener el título de Doctoral. Universidad de Granada. 2010.

⁸ Esquivel R, Jiménez J. El efecto de los dientes perdidos en la calidad de vida de un grupo de adultos mayores. Rev. Odontología Actual.2008;año 5 núm. 58: 48-52.

⁹Definición de rehabilitación. Disponible en :
<http://www.definicion.org/rehabilitacion>



¹⁰Definición de rehabilitación. Disponible en:
<http://www.angelfire.com/md2/rehabilitacion/>

¹¹Bortolotti L. Prótesis Removibles Clásica e innovaciones. Colombia: Amolca, 2006. Pp. 1-6.

¹² Boucher L; Renner R. Rehabilitación del desdentado parcial. México: Nueva Editorial Interamericana, 1984. Pp. 7-10.

¹³ Montero M. Calidad de vida oral en población general. Editorial de la Universidad de Granada; 2006:23

¹⁴ Velarde E, Ávila C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública Mex. 2002; 44: 349-361.

¹⁵ Herce J; Rollón A; Polo J. Calidad de vida en pacientes intervenidos de cáncer bucal con supervivencia superior a 5 años: comparación con los valores de referencia de la población española. Rev. Med Clin 2007;128(18):692-696.

¹⁶ Bayarre H. Calidad de vida en la tercera edad y su abordaje desde una perspectiva cubana. Revista cubana de salud pública.2009.vol.35.No.4

¹⁷ Definición de Salud de la Real Academia Española. Disponible en:
<http://www.blog-medico.com.ar/prevencion-y-promocion-de-salud/conceptos-de-salud.htm>

¹⁸ Higashida BY. Odontología preventiva.2ª ed. México: Editorial Mc Graw Hill, 2009.

¹⁹Definición de salud. Wikipedia. Disponible en:
<http://es.wikipedia.org/wiki/Salud>

²⁰ Sánchez S; Juárez T; Reyes H; De la Fuente J; Solorzano F; García C. Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales.Salud Pública de Mex. 2007; vol.49 n.3.

²¹Calidad de vida y salud bucal. Disponible en :
<http://saludbucalmx.blogspot.com/2010/02/salud-bucal-y-calidad-de-vida.html>



- ²²Díaz P. La Salud Oral ¿Cuestión de Cultura? Revista de Salud Pública.1999. Volúmen 1 (1):43-52
- ²³ Hodacova L; Smejkalova J; Cermakova E; Slezák R; Vimal J; Hlavackova E. Oral Health- Related Quality Of life in Csech Population. CentEur J Public Health 2010; 18 (2): 76-80.
- ²⁴ Esquivel R, Jiménez J. El efecto de los dientes perdidos en la calidad de vida de un grupo de adultos mayores. Rev. Odontología Actual.2008; año 5 núm. 58: 48-52.
- ²⁵ Slade GD. Ed. Measuring Oral Health and quality of life. Chapel Hill: University of North California.1997
- ²⁶ Gift HC; Atchinson KA. Oral Health, health and health- related quality of life. Med Care 1995; 3 (II Supl): NS57-NS77.
- ²⁷ Definición de percpción. Disponible en : <http://definicion.de/percepcion/>
- ²⁸ Definición de autoconocimiento. Disponible en : <http://www.psicopedagogia.com/definicion/autoconocimiento>
- ²⁹ Ixchajchal M. Percepción de los adultos mayores de las aldeas del municipio de Totonicapán respecto a su estado de edentulés parcial o total. Tesis Guatemala 2006.
- ³⁰ Gallegos K, García C, Duran C, Reyes H, Durán L. Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México.Rev. Saúde Pública.2006; 40(5): 792-801.
- ³¹ Castrejón R, Borges A, Irigoyen M. Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos.
- ³² Fuentes A. Impacto del estado de la salud bucal en la calidad de vida de adultos de 60 años y más pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social. Tesis que para obtener el título de cirujano dentista. Falcultad de Odontología. UNAM. 2008



- ³³EuroQol-5D. Nomenclatura. Disponible en: <http://www.euroqol.org/eq-5d/what-is-eg-5d/eq-5d-nomenclature.html>
- ³⁴ WHOQol-Bref. Nomenclatura. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/
- ³⁵Slade GD, Hoskin GW, Spencer AJ. Trends and fluctuations in the impact of oral conditions among older adults during a one year period. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1996;24: 317-321.
- ³⁶Misrachi C, Ponce M, Sepúlveda H. Influencia de la rehabilitación protésica en la salud oral del adulto mayor. *Revista Dental de Chile* 2004; 92(3): 29-31.
- ³⁷Pinzón S, Zunzunegui M. Detección de necesidades de atención bucodental en ancianos mediante la autopercepción de la salud oral. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología* 1999; 9: 216-224.
- ³⁸Zaitzu T, Ueno M, Shinada K, Kawaguchi Y. Relation between Oral Health Status and GOHAI in Japanese Adults. Tokyo Medical & Dental University, Japan 2008. Disponible en : <http://iadr.confex.com/iadr/2008Toronto/techprogram/abstract106481.htm>.
- ³⁹De la Fuente J, Sumano O, Sifuentes MC, Zelocuatecatl A. Impacto de la Salud Bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Universitarios Odontológicos* 2010; 29 (63):83-92. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.com/index.pup/revuniodontologica/article/viewArticle/1026/604>.
- ⁴⁰Sánchez García S, Heredia Ponce E, Juárez Cedillo T, Gallegos Carrillo K, Espinel Bermudez C, De la Fuente Hernández J, García Peña C. Psychometric properties of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) and dental status of an elderly Mexican population. *Journal of Public Health Dentistry* 2010; 70(4):300–307



ANEXO

The Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)⁴⁰

El GOHAI mide el efecto de la salud bucal en la calidad de vida utilizando doce reactivos seleccionados para reflejar los problemas que afectan a las personas en tres dimensiones acerca del bienestar oral, evaluando los siguientes aspectos: (1) funciones físicas, (2) funciones psicosociales y; (3) dolor – incomodidad, durante los últimos tres meses.

Este instrumento desarrollado por Atchison y Dolan de las universidades de California y Florida, se basó en tres supuestos: (1) que la salud oral puede ser medida utilizando la autoevaluación del propio paciente, (2) que los niveles de salud oral varían entre los pacientes y esta variación puede demostrarse utilizando una medición basada en la autopercepción del paciente, y (3) que la autopercepción ha sido identificada como predictora de la salud oral.

Este tipo de instrumento puede ser aplicado por personal sanitario no odontólogo.

El GOHAI otorga a cada reactivo una puntuación a través de una escala Likert (siempre=5, muy frecuentemente=4, frecuentemente, a menudo=3, algunas veces, a veces, de vez en cuando=2, raramente=1, y nunca=0). La puntuación total corresponde a la suma de las puntuaciones parciales y oscila entre 0 y 60 puntos.



GOHAI⁴⁰

En los últimos 3 meses.....	Siempre	A menudo	A veces	Rara vez	nunca
1. ¿Limita el tipo o la cantidad de alimentos que come debido a problemas con sus dientes o su prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. ¿Se siente incómodo al cortar o masticar algunos tipos de alimentos, tales como la carne o las manzanas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. *¿Cuántas veces ha tragado usted bien?	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
4. ¿Cuántas veces no ha podido usted hablar bien por culpa de sus dientes o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. ¿Cuántas veces no ha podido comer las cosas que usted quería sin tener ninguna molestia?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. ¿Limita sus contactos con la gente debido a las condiciones de sus dientes o prótesis dentales?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. *¿Se siente conforme o feliz por cómo se ven sus dientes o prótesis dentales?	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
8. ¿Usa algún medicamento para aliviar dolores o molestias en su boca?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. ¿Se siente inquieto o preocupado por cómo se ven sus dientes, encías o prótesis dentales?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. ¿Cuántas veces se ha puesto nervioso por los problemas de sus dientes o sus prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. ¿Cuántas veces no ha comido a gusto delante de otras personas por culpa de sus dientes o sus prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. ¿Cuántas veces ha tenido molestias o dolor en sus dientes por el frío, el calor o las cosas dulces?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)