



**ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y AUTOPERCEPCIÓN DE
SALUD ORAL EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE
VALPARAÍSO 2018.**

Trabajo de Investigación
Requisito para optar al título de
Cirujano Dentista

Docente Guía: Dr. Mauricio Vivanco B.
Alumnos: Claudia Aguilera Farías.
Valentina Pereira Rey.

Valparaíso – Chile
2018

Agradecimientos.

Agradezco a Dios por sobre todas las cosas, por su gracia infinita y por levantar mi cabeza cada vez que veía que mis fuerzas se agotaban, por sus promesas y fidelidad que nunca fallan.

A mis padres Sergio y Pilar por apoyarme en este camino tan largo, por ser incondicionales y amarme tal y como soy. A mi hermano Sergio, por su dulzura y sus palabras de ánimo siempre.

A la Dra. Vezna Sabando por ser la gestora de este hermoso proyecto y siempre estar ahí para ayudarnos. Al Dr. Mauricio Vivanco por acogernos como sus pupilas. Al Dr. Miguel Muñoz y la Dra. Issis Luque por todo lo que me enseñaron acerca de la investigación y su dirección en este proceso.

A Gerópolis UV, por apoyarnos en la difusión de nuestro trabajo y por su orientación con los adultos mayores. Al Profesor Sebastián Espinoza por revisar detalladamente nuestra tesis y a Camilo Gómez por aportar en la parte estadística del proyecto.

Finalmente, a mis amigos y cada uno de los que fueron parte importante de las vivencias en esta carrera, especialmente a Valentina, amiga incondicional que, sin ella, esto no sería lo mismo.

Claudia.

Quisiera agradecer en primer lugar, a mi Universidad, por su formación y las herramientas entregadas, donde pude; desde mis inicios, ir aprendiendo poco a poco, lo que sería este largo camino para convertirme en una profesional.

Agradezco también, desde lo profundo de mi corazón, a todos aquellos docentes que hicieron que esta tesis pudiera tomar forma, mis docentes guías: Dra. Vezna Sabando y Dr. Mauricio Vivanco, quienes que, sin su presencia y ayuda incondicional, no hubiera sido posible. Mis docentes del ramo de Tesis, Dra. Issis Luque y Dr. Miguel Muñoz que, con su forma de hacer docencia, con su paciencia y dedicación, aportaron desde los detalles más pequeños a lo más macro en la confección de esta Tesis. Al profesor Sebastián Espinoza y al estadístico Camilo Gómez, por ayudarnos con sus valiosos aportes desde lo que más saben.

Así mismo, agradezco a cada uno de los pacientes adultos mayores que aceptaron participar en nuestra Tesis, gracias por la confianza entregada y por su completa disposición, por su honestidad y paciencia en el proceso.

Agradezco a mis padres, Alejandra y Luis y a mi hermana Sofía, por su apoyo constante en cada uno de los procesos vividos en esta etapa académica, a mis amistades, por sus palabras de ánimo en toda circunstancia, a mi futuro esposo Michael, por estar siempre a mi lado y nunca dejar que me rindiera.

Finalmente, y lo más importante, agradezco a Dios por permitir todo esto, por mostrar su amor y misericordia en cada detalle, y a mi amiga Claudia, por decidir recorrer este camino junto a mí, gracias.

Valentina.

Índice.

1. Introducción	5
2. Marco teórico	7
2.1 Envejecimiento	7
2.1.1 Definición	7
2.1.2 Descripción de la Población Mundial Adulto mayor	7
2.1.3 Descripción de la Población Chilena Adulto Mayor	10
2.2 Perfil de salud del adulto mayor	10
2.2.1 Definición de salud general	10
2.2.2 Definición de salud oral	11
2.2.3 Patologías orales más prevalentes	12
2.2.4 Factores de riesgo	14
2.3 Calidad de Vida	15
2.3.1 Modelos teóricos de calidad de vida	16
2.3.2 Calidad de vida en el adulto mayor	17
2.3.3 Calidad de vida relacionado con salud oral	17
2.3.4 Instrumentos de medición de calidad de vida relacionados con salud oral	19
2.4 Autopercepción de salud	23
2.4.1. Definición	23
2.4.2. Autopercepción de salud general	23
2.4.3. Autopercepción de salud oral	24
2.5 Asociación entre calidad de vida y autopercepción de salud oral	24
2.5.1 Modelo de Wilson y Cleary	24
3. Objetivos	26
3.1 Objetivo principal	26
3.2 Objetivos específicos	26
4. Materiales y métodos	27
4.1 Tamaño muestral	27
4.2 Criterios de inclusión y exclusión	28
4.2.1 Criterios de Inclusión	28
4.2.2 Criterios de exclusión	28
4.3 Instrumentos	28

4.3.1 Cuestionario OHIP-14.....	29
4.3.2 Pregunta de autopercepción de salud oral.....	29
4.3.3 Datos sociodemográficos y otras informaciones	29
4.3.4 Examen periodontal abreviado PSR	29
4.3.5 Dentograma	29
4.3.6 Antecedentes del uso de prótesis y estado de esta.	30
4.4 Procedimientos.....	30
4.4.1 Calibración y Concordancia.	30
4.4.2 Examen clínico	30
4.5 Categorización de variables	31
4.5.1 Categorización de la Autopercepción de salud oral.....	31
4.5.2 Categorización del OHIP-14	32
4.6 Análisis estadístico.....	32
4.7 Consideraciones éticas	32
5. Resultados.....	33
6. Discusión	44
7. Conclusión.....	49
8. Resumen	50
9. Referencias bibliográficas	51
10. Anexos.....	58
10.1 Documento de Consentimiento informado.....	58
10.2 CUESTIONARIO OHIP-14Sp	62
10.3 FICHA SOCIODEMOGRÁFICA.....	63
10.4 PSR – Examen Periodontal abreviado	64
10.5 Dentograma	65
10.6 Resumen Examen clínico.....	66
10.7 Carta de aprobación Comité de Ética	67

1. Introducción.

La población adulto mayor en las últimas décadas ha ido en aumento en todo el mundo y así también en Chile, siendo uno de los pocos países en Latinoamérica que supera los 80 años de esperanza de vida, y esto se encuentra asociado al aumento de enfermedades crónicas (1). El envejecimiento se entiende como un proceso que influye en la disminución de la capacidad funcional, que incluye enfermedades crónicas en condición de multimorbilidad (2, 3). Es influenciado por determinantes sociales, culturales y del estilo de vida, e implica que se utilicen indicadores como calidad de vida para evaluar diferentes intervenciones en salud. Es por esto que estudios en calidad de vida en adultos mayores han ido en aumento, incrementándose así la evidencia científica al respecto (4).

Calidad de vida es un concepto amplio, influenciado por aspectos objetivos y subjetivos, siendo autopercepción de salud uno de ellos(2) , basada en criterios implícitos y creencias propias pudiendo ser excluyentes o no, una persona puede tener una buena o mala percepción de salud, aunque desde el punto de vista médico esto pueda o no coincidir (5).

Por otro lado, la salud bucal es reconocida como una de las prioridades de salud en Chile, tanto por la prevalencia y severidad de las enfermedades bucales como por la mayor percepción de la población frente a estas patologías que afectan su salud general y su calidad de vida (6). Por lo cual, tiene una gran importancia en la psicología de las personas, más aún en el adulto mayor y para poder medirla se han utilizado varios indicadores o índices (7), hay pacientes que por perder un diente caen en depresión, mientras que para otros es una realidad inevitable y atribuible a causas naturales (8). Es por esto, que la autopercepción de salud oral puede variar mucho de un sujeto a otro, y se vuelve interesante el saber si existe o no asociación entre ésta y la calidad de vida que posee la misma persona.

Investigaciones han esclarecido la relación existente entre calidad de vida y autopercepción de salud general (9, 10) Brown y cols. mencionan que el estado y autopercepción de salud general es a menudo citado como uno de los más importantes determinantes de la calidad de vida, e interactúan de manera directa, siendo a su vez, esta relación entre ambos constructos de un carácter complejo (15). Aun así, considerando lo anterior, hasta ahora es escasa la literatura sobre estudios que muestren la existencia o no de una asociación igual entre calidad de vida y autopercepción de salud oral, constituyendo un nicho relevante a ser estudiado con el objetivo de profundizar la investigación en esta área.

La importancia de la presente investigación se fundamenta en potenciar y aumentar la evidencia científica con respecto al concepto de calidad de vida (11) ya que en los últimos años ha cobrado relevancia no solo en el área médica, sino también cuando se establecen políticas públicas para determinados grupos etarios como es el caso de los adultos mayores (1). Los resultados de este estudio contribuirán a entender qué tan importante es la salud oral para los pacientes

odontológicos geriátricos (12), qué tan relevante es para los odontólogos la propia percepción que tienen sus pacientes al momento de someterse a un tratamiento y por qué piensan o creen que deben realizarlo (13). Además, servirá como inicio para la orientación de nuevas directrices clínicas, que no se centren solamente en la técnica o protocolo de un tratamiento específico, sino en tratar al paciente de forma integral, tomando en cuenta no solo el componente físico de su estado de salud oral, sino el componente psicológico que posee el paciente frente a su salud oral y a los tratamientos dentales y como estos dos componentes, deben abordarse en conjunto.

1.1 Pregunta de Investigación.

¿Existe asociación significativa entre calidad de vida y autopercepción de salud oral en adultos mayores cuando es medida con OHIP-14?

2. Marco teórico.

2.1 Envejecimiento.

2.1.1 Definición.

Según el informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, éste define el término envejecimiento, en el ámbito biológico, asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares (14), que con el tiempo, reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen la capacidad funcional (15). Estos cambios no son lineales, por lo que una persona de 70 años podría perfectamente gozar de buena salud física y mental, mientras otra que siendo de la misma edad, podría requerir apoyo considerable para suplir sus necesidades básicas. En parte, esto se debe a que muchos de los mecanismos del envejecimiento son aleatorios. Pero también se debe a que esos cambios están fuertemente influenciados por el entorno y el comportamiento de la persona.

El envejecimiento también trata de cambios en los roles y las posiciones sociales. Las metas, las prioridades motivacionales y preferencias también parecen cambiar (16); otros estudios plantean que la vejez incluso puede estimular el cambio de perspectivas materialistas por perspectivas más trascendentes (17, 18). Los cambios psicosociales explican en buena medida por qué, en muchos entornos, la vejez puede ser un período de bienestar subjetivo elevado (19).

El envejecimiento corresponde a un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, y hasta el momento inevitable, influenciados por determinantes sociales, culturales, y del estilo de vida (20).

2.1.2 Descripción de la Población Mundial Adulto mayor.

Después de mucho tiempo, la mayoría de las personas pueden aspirar a vivir hasta más allá de los 60 años (21). En los países de ingresos bajos y medianos, esto se debe en gran parte a la notable reducción de la mortalidad en las primeras etapas de la vida, sobre todo durante la infancia y el nacimiento, y de la mortalidad por enfermedades infecciosas (22). En los países de ingresos altos, el aumento sostenido de la esperanza de vida actualmente se debe sobre todo a la disminución de la mortalidad entre las personas mayores (23).

La figura 1 y 2 muestran la razón por país de personas de 60 años o más en 2012 y las proyecciones para 2050. En la actualidad, solo un país tiene una razón superior al 30% y es Japón. Sin embargo, en la segunda mitad del siglo, muchos países tendrán cifras similares. Se trata de países de Europa y América del Norte,

pero también de Chile, China, la Federación de Rusia, la República de Corea, Irán, Tailandia y Vietnam (24).

Figura 1. Proporción de personas de 60 años o más, por país, en 2015

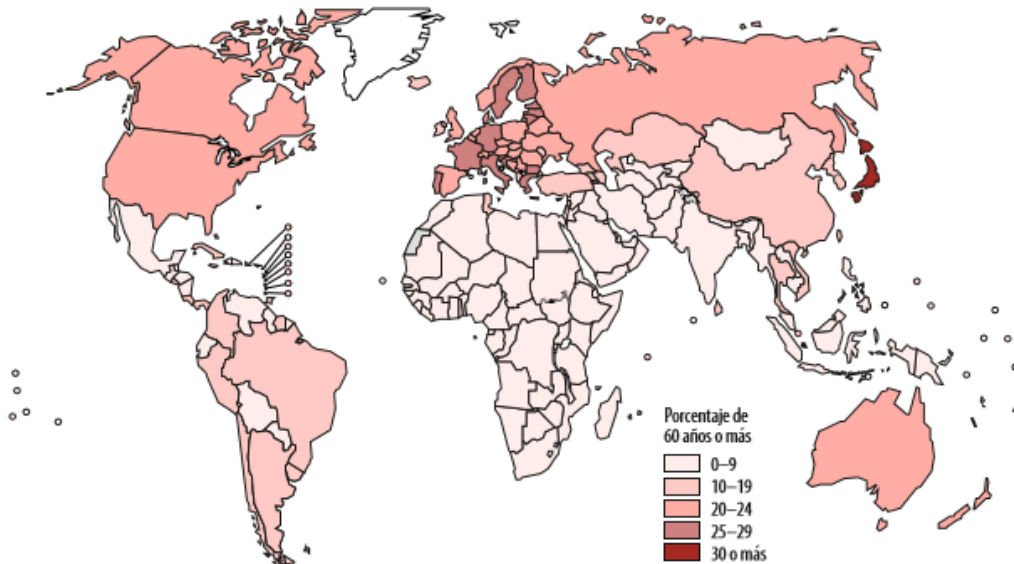
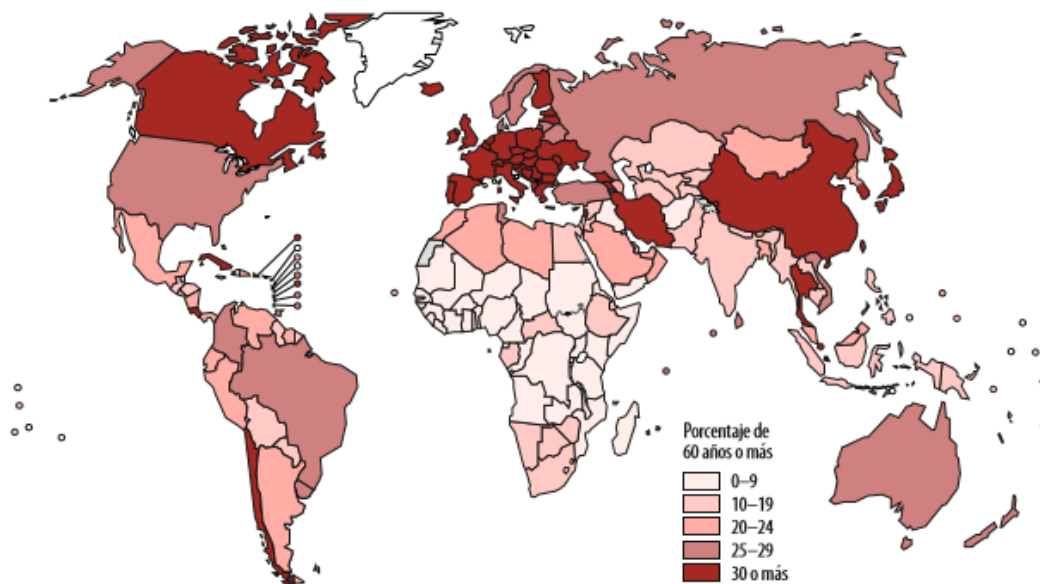


Figura 2. Proporción de personas de 60 años o más, por país, proyecciones para 2050



Fuente figuras 1 y 2: Organización Mundial de la Salud; 2015.

El ritmo de envejecimiento de la población en países en desarrollo ha sido mucho más rápido que en el pasado. Por ejemplo, mientras que Francia dispuso de casi 150 años para adaptarse al aumento del 10% al 20% en la proporción de la población mayor de 60 años, algunos países como Brasil, China e India tendrán un poco más de 20 años para hacer la misma adaptación. Esto significa que la adaptación en estos países a una población envejecida ha sido más rápida y con mayores desafíos (25).

Dos factores clave influyen en el envejecimiento de la población. El primero es el aumento de la esperanza de vida. En promedio, las personas de todo el mundo ahora viven más tiempo. Aunque una pequeña parte de este aumento mundial se debe al mayor índice de supervivencia de las personas de edad avanzada, gran parte responde a un mayor índice de supervivencia a edades menores. Este fenómeno ha acompañado el desarrollo socioeconómico sin precedentes que se ha registrado a nivel mundial durante los últimos 50 años (26).

Existe una fuerte relación entre el nivel de desarrollo socioeconómico de un país y los patrones de mortalidad que éste presenta (25). En los entornos de bajos recursos, es más frecuente que la muerte ocurra en la primera infancia. Luego de esta etapa, las muertes se distribuyen uniformemente en el resto de la vida. Con el desarrollo, mejora la salud pública y más personas sobreviven a la infancia, por lo que se torna más probable que las personas mueran a una edad adulta. En los entornos de ingresos altos, los patrones de mortalidad cambian aún más hacia la vejez; por esta razón, la mayoría de las muertes ocurren en personas mayores de 70 años (27).

En todos los contextos, las principales causas de muerte en la vejez son las enfermedades no transmisibles, aunque las muertes por estas causas suelen ocurrir a edades menores en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos. Sin embargo, en los contextos de ingresos bajos y medianos, las enfermedades transmisibles son todavía responsables de un número considerable de muertes en el curso de la vida (27).

Estos cambios hacen que, a medida que los países se desarrollan económicamente, más personas lleguen a la edad adulta y, por consiguiente, aumente la esperanza de vida al nacer. El crecimiento sostenido de la esperanza de vida registrado en todo el mundo durante los últimos 100 años se debe, en gran parte, a la reducción de la mortalidad en las personas más jóvenes, y no a que las personas mayores vivan más tiempo (1).

La segunda razón del envejecimiento de la población es la caída de las tasas de fecundidad. Probablemente esto se deba a que los padres han notado que sus hijos ahora tienen más probabilidades de sobrevivir que en el pasado, al mayor acceso a la anticoncepción y a los cambios en las normas de género (27).

Dado que la reducción de la fecundidad a menudo ha sido menor que la caída de la mortalidad infantil, con frecuencia esto se ha traducido en una explosión demográfica de las poblaciones más jóvenes. A medida que la generación nacida durante esa explosión de la natalidad llega a la vejez, el envejecimiento de la población se acelera temporalmente, sobre todo cuando se combina con baja mortalidad en los adultos y baja fecundidad sostenida (27).

2.1.3 Descripción de la Población Chilena Adulto Mayor.

Nuestro país no se queda atrás en cuanto a envejecimiento se trata. Según cifras del Censo, en 1992 las personas mayores de 60 años constituían el 9,8% de la población. Mientras que en el 2002 esta cifra aumentó al 11,4%, llegando el total de adultos mayores a 1.717.478 personas (28).

Las cifras de la Encuesta Casen 2015 referente a los adultos mayores arrojó que actualmente hay más hogares con jefes/as de hogar de 60 años y más, llegando a un 34,2%. En comparación al año 2006, ésta cifra correspondía a un 29,3%. Asimismo, muestran que el porcentaje de la población mayor en Chile (60 años y más) ha tenido un sostenido aumento desde 1990, llegando a un 17,6% de la población, es decir, se estima que la población de personas mayores alcanza 3.075.603. En 1990, la población mayor de 60 años representaba el 10,1%. lo que significa un aumento de 55% en 25 años.

2.2 Perfil de salud del adulto mayor.

2.2.1 Definición de salud general.

Según Barúa y Berenson, en su trabajo de “Medicina teórica. Definición de salud”, ellos proponen como definición que: “un ser humano se encuentra sano cuando, además de sentirse bien física, mental y socialmente, sus estructuras corporales, procesos fisiológicos y comportamiento se mantienen dentro de los límites aceptados como normales para todos los otros seres humanos que comparten con él las mismas características y el mismo medio ambiente. Pero ésta sigue siendo una definición más bien biomédica (29).

En realidad, la salud tiene una serie de componentes que incluyen el componente físico, al cual se refiere el párrafo anterior, pero también posee componentes tales como el intelectual o mental, definido por la OMS como “La capacidad para mantener relaciones armoniosas con los demás, satisfacer necesidades instintivas potencialmente en conflicto sin lesionar a los demás y ser capaz de participar en las modificaciones positivas del ambiente físico y social” (30), el componente social, el cual hace referencia a la habilidad de interactuar bien con la gente y el ambiente, habiendo satisfecho las relaciones interpersonales. El componente espiritual, en relación a las creencias y prácticas religiosas y, finalmente, el componente emocional, en alusión a la habilidad de controlar las emociones, es decir, sentirse cómodo al expresarla y de realizarlo en forma apropiada. Todos estos componentes interactúan como un todo, para dar origen al concepto de salud.

2.2.2 Definición de salud oral.

La Federación Dental Internacional (FDI), en su trabajo *“Vision 2020 Think Tank”* construyeron una actualizada definición acerca de salud oral, en la cual fueron consultados pacientes, profesionales de la salud, asociaciones dentales nacionales, salud pública, gobiernos e industrias entre otros, con el fin de desarrollar no sólo una definición, sino una herramienta e indicador de salud oral. Ellos la describen así: “La salud oral es multifacética, e incluye la habilidad de hablar, sonreír, saborear, masticar, tragar, y transmitir una serie de emociones a través de las expresiones faciales, con confianza, sin dolor, discomfort ni enfermedad del complejo craneofacial” (31).

Por su parte, Yewe definió salud oral como “el estado de la boca y de las estructuras asociadas, las cuales las enfermedades presentes y las futuras, son inhibidas, la oclusión es suficiente para masticar la comida y los dientes presentan una apariencia social aceptable”(32). Aunque esta es una manera de introducir la definición a un modelo más socioambiental, Dolan genera otra definición donde salud oral es simplemente una dentición funcional y comfortable que permite a los individuos continuar con su papel social deseado (33).

Cabe mencionar que la salud oral tiene un componente fundamental de la salud general, del bienestar físico y mental existe a lo largo de un continuo influenciado por los valores y la actitud de las personas y las comunidades. Refleja los atributos fisiológicos, sociales y psicológicos que son esenciales para la calidad de vida. Está influenciado por las experiencias cambiantes de la persona, la percepción, las expectativas y la capacidad de adaptarse a las circunstancias (34).

2.2.3 Patologías orales más prevalentes.

Dentro de las patologías más prevalentes en el adulto mayor se encuentra la caries dental, la enfermedad periodontal, el cáncer oral y la xerostomía (35).

2.2.3.1 Caries dental.

En la actualidad, la caries dental se hace más recurrente en las poblaciones de adultos mayores, debido a que estos tienen un perfil diferente al de las generaciones que les precedieron, y al mantener su propia dentadura durante más tiempo, la prevalencia de caries se incrementa: la incidencia de caries de la raíz en personas mayores de 60 años es casi el doble de la reportada en adultos en su tercera década de vida; el 64% de las personas mayores de 80 años presentan caries radicular y más del 96% presentan lesiones de la corona (36, 37).

Según el artículo *“Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme”*, los datos disponibles en todo el mundo muestran que la caries dental es un importante problema de salud pública en la población adulto mayor y está estrechamente vinculada a los factores sociales y de comportamiento. El patrón es que las personas de bajos ingresos, los que no visitan a un dentista regularmente, no se cepillan los dientes con frecuencia, consumen muchos azúcares y fuman, tienden a sufrir más de caries superficiales coronal y de raíz (38).

Existen tres requerimientos fundamentales en el desarrollo de caries dental: 1) que en la flora microbiológica de la boca predominen bacterias cariogénicas, 2) que exista una fuente de alimentación para estas y 3) que exista un ambiente con un PH adecuado para que ocurra la replicación bacteriana sobre el sustrato apropiado (37)

2.2.3.2 Enfermedad Periodontal.

Otro antecedente interesante que nos aporta el artículo señalado anteriormente es que, a nivel mundial, el porcentaje de sujetos con profundidades de sondaje 4 oscila entre aproximadamente 5 y 70% entre las personas mayores. Los estudios epidemiológicos muestran que la higiene oral deficiente o los altos niveles de placa dental son asociados con altas tasas de prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal (38, 40).

Por otro lado, aunque siempre ocurre una ligera pérdida de la inserción periodontal y del hueso alveolar en las personas mayores, el envejecimiento no conduce a una pérdida crítica del soporte periodontal (39). En el adulto mayor con enfermedad periodontal, ocurren cambios moleculares en las células periodontales que intensifican la pérdida de hueso. Estas afectaciones pueden estar asociadas con: alteraciones en la diferenciación y proliferación de los osteoblastos y

osteoclastos, un incremento de la respuesta de las células periodontales a la microflora bucal y al estrés mecánico que conducen a la secreción de citoquinas que están involucradas en la reabsorción ósea o las alteraciones endocrinas propias del anciano (40).

Los procesos inflamatorios en las cercanías del hueso, como la periodontitis, pueden afectar la remodelación ósea, como consecuencia del proceso ocurre una pérdida total del mismo.

Independientemente de la edad, es la acumulación de la placa la que conduce a la inflamación gingival que provoca el desencadenamiento de una gingivitis que podría pasar a periodontitis, todo este proceso es reversible con un mejoramiento de la higiene bucal (37).

2.2.3.3 Cáncer bucal.

Las tasas específicas de edad para el cáncer de la cavidad oral aumentan progresivamente con la edad, la mayoría de los casos se producen en los grupos de más de 60 años. El cáncer oral es más común en poblaciones de países menos desarrollados que desarrollados (43).

Las lesiones premalignas y el cáncer oral en estadios iniciales pueden ser sutiles y asintomáticos, y esto dificulta su diagnóstico precoz en poblaciones que no reciben una atención odontológica sistemática y aunque se ha investigado que las neoplasias bucales tienen relativamente peor pronóstico que las localizadas en otros órganos, estudios recientes no lo han podido demostrar (41).

La mayoría de las neoplasias bucales son carcinomas de células escamosas y se localizan con más frecuencia en los bordes laterales de la lengua, en los labios y en el suelo de la boca, estas son las localizaciones con mayor tasa de supervivencia, mientras que la más baja tasa está en las localizadas en la lengua y la encía (42).

El consumo de tabaco es el determinante más importante del cáncer oral y las lesiones premalignas.

Las lesiones suelen comenzar como manchas de color blanco o rojo, que progresan a la ulceración y eventualmente, se transforman en una masa endofítica o exofítica. Cualquier persona con lesiones con estas características que persistan por más de dos semanas de evolución debe ser referida a una consulta especializada.

2.2.3.4 Xerostomía.

La sequedad bucal es una queja frecuente en personas mayores y la afección se informa en aproximadamente el 30% de la población de 65 años en adelante (40).

Consiste en una sensación subjetiva de sequedad bucal. Un flujo salival no estimulado reducido y la sequedad oral subjetiva se asocian significativamente con la edad y el sexo femenino (43). Por otro lado, la xerostomía inducida por fármacos es más común en la vejez, porque altas proporciones de adultos mayores toman al menos un medicamento que causa disfunción salival (44), (45).

También aparecen otras manifestaciones como el ardor, trastornos del gusto y dificultades para la deglución y el habla. Se asocian de manera importante con el control de la caries dental, las infecciones y las lesiones de los tejidos blandos (44), (45), (46).

2.2.4 Factores de riesgo.

En el adulto mayor, existen factores de riesgo que condicionan el incremento en la prevalencia de la caries (47-49): la disminución del flujo salival y el cambio en sus características, la institucionalización, la ausencia de cuidados profesionales rutinarios, el suministro de agua no fluorada, el bajo nivel socioeconómico y la pobre higiene bucal. A estos elementos se añade que muchos pacientes ancianos consumen una dieta rica en carbohidratos fermentados, por problemas financieros o porque son incapaces de deglutir comidas más duras. Estas dietas blandas son mucho más cariogénicas (37).

En cuanto a la enfermedad periodontal, la edad, no es un factor de riesgo en el desarrollo de ésta, ya que está asociada a una disminución en la higiene bucal, así como, a ciertos hábitos y deficiencias nutricionales que constituyen elementos de riesgo (50). Además, existe una fuerte asociación entre enfermedades generales frecuentes en el anciano como la diabetes mellitus y el desarrollo de la enfermedad periodontal (41, 51).

En relación con el cáncer bucal, el consumo de alcohol y de tabaco son responsables de más del 75 % de las neoplasias bucales (52-54). La presencia de estos factores de riesgo antes del diagnóstico ensombrece el pronóstico, además del papel que juega el mantenimiento de esta conducta después del diagnóstico, especialmente, en los consumidores de alcohol más moderados (55).

2.3 Calidad de Vida.

El término “Calidad de vida” (CV) fue utilizado por primera vez por el economista británico Pigou AC en 1920 (56). Más tarde, después de la Segunda Guerra Mundial, este término se extendió a otras áreas, incluida la salud. A medida que el concepto de salud pasó de un modelo biológico a un modelo biopsicosocial (57), clínicos e investigadores comenzaron a reconocer la existencia de la calidad de vida en medicina y odontología (11). Se introduce en la literatura médica aproximadamente en los años 60 con un aumento importante de su popularidad en las últimas décadas. En 1975 se introdujo como palabra clave y bases de datos como PubMed y de 0 a 1 artículos que eran encontrados en esa época, se incrementó a más de 4000 artículos en los últimos 5 años (5).

El análisis de diversos estudios científicos de los últimos 20 años, concuerdan que una definición, clara y precisa de calidad de vida está lejos de llegar a un consenso debido a los diferentes enfoques propuestos por cada disciplina (58). Sin embargo, se concuerda que está influenciado por aspectos objetivos como: salud física, estado psicológico, nivel de independencia, familia, educación, riqueza, creencias religiosas, servicios y transporte local, empleo, relaciones sociales, vivienda, medio ambiente, entre otros. Así como aspectos subjetivos y multidimensionales que depende de perspectivas culturales, valores, expectativas personales y objetivos de lo que queremos de la vida. También entran en juego el nivel de aceptación de la condición actual, y la capacidad de regular los pensamientos negativos y las emociones sobre esa condición. Es por esto, que es un concepto complejo y amplio, cuya definición operacional y dimensional resulta francamente difícil (59).

El concepto de calidad de vida al igual que los conceptos, bienestar, felicidad y satisfacción vital, son utilizados alternativamente y tienen mucho que ver con la valoración que la persona haga sobre sí mismo. La calidad de vida, como concepto general, en la conceptualización de sus componentes objetivos y subjetivos señalan algunos autores que se podrían presentar de una forma jerárquica donde los componentes objetivo anteceden a los subjetivos (19).

En salud pública, la medición de la calidad de vida es una herramienta útil para planificar políticas de bienestar porque es posible determinar las necesidades de la población, la prioridad de la atención y la evaluación de las estrategias de tratamiento adoptadas; ayudando así en el proceso de toma de decisiones (60). Con respecto a la investigación, estas herramientas de medición ayudan a evaluar los resultados de los tratamientos o acciones y a desarrollar directrices para la práctica clínica basada en la evidencia (61).

2.3.1 Modelos teóricos de calidad de vida.

Es por esto, que para su mejor comprensión autores explican el concepto de calidad de vida mediante la introducción de modelos estructurales teóricos. En el caso de Taillefer, Dupuis, Roberge & Lemay (2003) (62), en una revisión sobre modelos existentes en la literatura sobre calidad de vida, plantean que desde que este concepto comenzó a atraer el interés de los investigadores en los años 60, ha habido un rápido incremento en su uso, el cual ha evidenciado problemas tanto en la definición del concepto, las dimensiones que le comprenden, su medición y los factores que la pueden influenciar (5).

Esta gran dispersión y amplitud de concepciones puede derivar de la naturaleza diversa del concepto (63). Así, los economistas tenderán a centrar su medición en elementos tangibles de la calidad de vida y, por otro lado, los científicos sociales lo harán en la percepción individual sobre ésta. El concepto actualmente incorpora tres ramas de las ciencias: economía, medicina y ciencias sociales. Cada una de estas disciplinas ha promovido el desarrollo de un punto de vista diferente respecto a cómo debiera ser conceptualizada la calidad de vida (64).

Tal como se ha visto, no existen definiciones únicas sobre el concepto de Calidad de vida, sin embargo, con fines didácticos pueden ser agrupadas en distintas categorías, según el fin para el que se utilicen:

1. Indicadores objetivos sociales de estándares de vivienda, de salud, de longevidad y con datos de mortalidad y morbilidad.
2. Satisfacción de necesidades humanas, usualmente definida por satisfacción individual subjetiva.
3. Indicadores subjetivos sociales de satisfacción de vida y bienestar psicológico, moral, autoestima, sueños individuales, felicidad, medidas por escalas y test psicométricos.
4. Capital social en la forma de recursos personales, ésta es medida por indicadores sociales, soporte y participación en actividades comunitarias e integración.
5. Recursos ecológicos y de vecindario, medida por indicadores objetivos, como niveles de crimen, calidad de la vivienda y servicios, acceso a transporte y también indicadores subjetivos como la satisfacción con su vivienda, amenidades locales, de transporte, competencias tecnológicas, percepciones de los vecinos y seguridad personal.
6. Salud y funcionalidad física y la capacidad mental, según estatus de salud.
7. Modelos psicológicos de factores como competencias cognitivas, autonomía, eficacia propia, control y adaptación.
8. Aproximaciones hermenéuticas, enfatizando en valores individuales (65).

2.3.2 Calidad de vida en el adulto mayor.

El proceso de envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de cualquier población, lo que contribuye de manera significativa en el volumen y la distribución de las enfermedades de ésta, lo que predomina más en la vejez son los padecimientos crónicos degenerativos, los cuales repercuten en la calidad de vida (12).

El estudio de la calidad de vida en la tercera edad obliga a incluir aspectos relacionados con esta etapa del ciclo vital, en la cual el sujeto no solo se enfrenta al envejecimiento cronológico, sino también al envejecimiento funcional, dado este último por la disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria (66).

El concepto calidad de vida asociado a salud en la vejez, implica considerar necesariamente el apoyo social y familiar a las personas que desean continuar viviendo en la comunidad, ser cuidadas en familia, al tiempo que siguen desarrollándose todas sus potencialidades hasta el último momento. Eso conlleva el apoyo material y afectivo a los familiares que, con distintos grados de implicación, participan en la acción de cuidar (67).

Los factores sociodemográficos que tienen una estrecha relación con la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores es el género, nivel de instrucción, grupo de convivencia, estado civil, remuneración, condición laboral, estrato social y económico, hábitos alimenticios, actividad física, entre otros; todos estos factores hacen que las personas de la tercera edad dependan para obtener una calidad de vida satisfactoria (68).

2.3.3 Calidad de vida relacionado con salud oral.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es esencialmente la percepción subjetiva sobre la capacidad de realizar aquellas actividades importantes para el individuo, que está influenciado por el estado de salud actual (69). Por lo tanto, la evaluación de la CVRS debe considerar los valores en los que vive cada persona, el contexto cultural en el que está inmerso y sus expectativas y logros. También la percepción de la CVRS cambia con el tiempo para el mismo individuo (70).

Calidad de vida relacionada con la salud es un compromiso entre cuánto tiempo y qué tan bien la gente vive (71). En ciertos aspectos, la calidad de vida tiene una relación directa con el estado de salud, se reconoce cada vez más que la calidad de vida se refiere a algo mucho más amplio que solo la salud. La evaluación de CVRS en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su posterior tratamiento tienen en la percepción del paciente sobre su bienestar (11).

La necesidad y el alcance de un horizonte más amplio del concepto de salud y bienestar con respecto a las condiciones bucales fue reconocido por los clínicos e investigadores dentales casi una década después que el de salud general. Esto se debe en parte a que las enfermedades dentales no fueron pensadas para satisfacer la teoría del perfil del enfermo clásico que formó la base para el desarrollo del modelo de la OMS de salud y calidad de vida (1).

En 1988, Locker adaptó el modelo de la OMS al escenario de salud oral y propuso el primer modelo conceptual para la calidad de vida relacionada con la salud oral (Figura 3) (72). Esto se considera como la representación de un cambio fundamental en la odontología desde un paradigma enfatizando la enfermedad que se conoce como modelo biomédico de atención, a uno biopsicosocial que incorpora una perspectiva centrada en el paciente y sus necesidades de manera integral. Locker en su modelo conceptual para la enfermedad oral ha establecido cinco conceptos abstractos secuencialmente relacionados: impedimentos, limitación funcional, dolor / incomodidad, discapacidad y desventajas (73).

El Modelo de Ecuación Estructural (SEM) es un método estadístico utilizado para probar interrelaciones complejas entre las variables en un modelo conceptual propuesto (73). Baker utilizó SEM para probar empíricamente el modelo Locker y concluyó que representa un modelo de salud oral genérico con aplicabilidad a nivel individual, grupal y poblacional.

Figura 3: Adaptación de Locker del Modelo de la OMS.



Fuente: Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. 1988.

Aunque los problemas de salud oral rara vez constituyen una amenaza para la vida, siguen siendo un importante problema de salud pública debido a la alta prevalencia y además ahora se reconoce ampliamente que la salud oral puede contribuir a las consecuencias sociales, económicas y psicológicas. En otras palabras, la salud oral puede afectar la calidad de vida de un individuo. La salud oral y la consiguiente calidad de vida del individuo es un componente esencial de la salud y el bienestar general y, por lo tanto, reconocido por la OMS como un segmento importante de su Programa Mundial de Salud Oral (74).

Gift y Atchison, han identificado tres áreas de salud dental en las que la calidad de vida relacionada con la salud oral tiene importancia: la práctica clínica odontológica, la investigación en odontología y la educación dental (71, 75). CVRSo (Calidad de vida relacionada con salud oral), es cada vez más reconocido

en odontología clínica debido a la comprensión de que los pacientes que están siendo tratados de manera integral y no simplemente su condición oral. Esto se basa en el recientemente reconocido enfoque biopsicosocial centrado en el paciente para la atención de la salud oral. Sischo y Broder sugieren las siguientes razones para la creciente importancia de la calidad de vida en la práctica clínica dental: 1) El papel más activo del paciente como miembro del equipo de tratamiento; 2) La necesidad de enfoques basados en evidencia en las prácticas de salud; y 3) El hecho de que muchos tratamientos para enfermedades crónicas no curan la condición de salud (76).

CVRSO ha demostrado un enorme potencial en todos los niveles de la investigación odontológica, incluyendo la investigación básica, ensayos clínicos y en la investigación de encuestas epidemiológicas. Evidencias sugieren que la enfermedad periodontal puede tener un profundo impacto en la salud oral y se asocia con baja calidad de vida (75, 77). Shamrany informó que, dado que la magnitud de la condición dental puede expresarse mejor en términos de su impacto en la calidad de vida de los enfermos que mediante índices clínicos normativos, es fácil comunicar la gravedad del problema a los responsables políticos. Esto, a su vez, ayuda a elaborar estrategias de programas de atención dental, prioridades institucionales, políticas y decisiones de financiamiento. La calidad de vida relacionada con la salud oral se ha incluido como un aspecto integral de la salud dental y la salud en general en muchos documentos de política en países desarrollados y otros en vías de desarrollo (1, 78).

2.3.4 Instrumentos de medición de calidad de vida relacionados con salud oral.

A pesar de que la OMS destaca a la salud bucodental como un derecho humano, para muchos gobiernos constituye un tema de baja prioridad. Situación que se traduce en un número importante de personas que sufren, innecesariamente, el profundo impacto en su salud general y en su calidad de vida.(11) En los años 80s Nikias expresó que lo anterior era reflejo de que habíamos fallado en medir el impacto de las enfermedades bucodentales sobre la calidad de vida de las personas (79). A su vez, Reisine, enfatizó la necesidad de un enfoque integral para estudiar el impacto social y psicológico de estas afecciones, por lo que exhortó a complementar las mediciones clínicas de las necesidades en salud bucodental con datos obtenidos de los pacientes con el fin de capturar sus experiencias y preocupaciones (80).

Dicho lo anterior, y ante el interés en la evaluación de las enfermedades bucales que afectan la calidad de vida, es que se han creado numerosos instrumentos desarrollados para medir calidad de vida relacionada con la salud bucal, por lo general, cuestionarios que pueden ser autoaplicados o en forma de entrevista. En la **tabla 1** se observan los instrumentos más utilizados para medir calidad de vida ordenados en orden cronológico y según autor (4).

Tabla 1: “Ejemplos de Instrumentos validados para medir calidad de vida relacionada con salud oral”.

Autor	Nombre del Instrumento
Cushing et al, 1986	Social Impacts of Dental Disease
Atchison and Dolan, 1990	Geriatric Oral Health Assessment Index
Strauss and Hunt, 1993	Dental Impact Profile
Slade and Spencer, 1994	Oral Health Impact Profile
Locker and Miller, 1994	Subjective Oral Health Status Indicators
Leao and Sheiham, 1996	Dental Impact on Daily Living
Adulyanon and Sheiham, 1997	Oral Impacts on Daily Performances
McGrath and Bedi, 2000	OH-QoI UK

Fuente: Elaboración propia.

Aun así, se trata de un área poco profundizada en investigación en odontología, esto se traduce en la reducida utilización de los instrumentos antes citados, pero saber por qué y de qué manera la salud bucodental afecta la calidad de vida de las personas es útil de diversas maneras. Esta información puede indicarnos la motivación de las personas para realizar su higiene dental personal, el tipo y patrón de utilización de los servicios y programas, así como, su satisfacción con los tratamientos recibidos (81, 82).

2.3.4.1 OHIP-14.

El *Oral Health Impact Profile* (OHIP, traducido como Perfil de impacto en la salud oral) fue desarrollado por Slade y Spencer en 1994 para responder si la condición oral es un componente de interés en nuestras vidas, saber si diferentes grupos poblacionales tienen distintas creencias al respecto, y, además, si existe o no relación entre la cultura, el origen étnico y la percepción del valor y el impacto de las estructuras orales en la vida del individuo (83, 84). La presencia o ausencia de problemas de salud por sí sola no es explicación suficiente para evaluar el estado de salud subjetivo, por lo que el concepto de impacto de la enfermedad se basa en la teoría de que condiciones similares producirán evaluaciones diferentes en sujetos diferentes y que la salud y los valores sociales influyen en la interpretación de su estado de salud. Por lo anterior, este instrumento indaga acerca del efecto negativo de las condiciones bucales sobre el funcionamiento diario (11).

El modelo conceptual de la salud bucal utilizado para crear el OHIP fue propuesto por Locker y se utilizó para definir siete dimensiones conceptuales de impacto: 1) Limitación funcional (por ejemplo, dificultad para masticar); 2) Dolor físico (la sensibilidad de los dientes); 3) Malestar psicológico (conciencia de uno mismo); 4) Discapacidad física (cambios en la dieta); 5) Discapacidad psicológica (disminución de la capacidad para concentrarse); 6) Discapacidad social (evitar la interacción social) y 7) Minusvalía o desventaja (no poder trabajar de forma productiva). Este modelo se basa en la clasificación de la OMS en el que los efectos de la enfermedad se clasifican en una jerarquía que va desde los síntomas internos aparentemente individuales, representada en la dimensión de la limitación funcional, a las desventajas que afectan a los roles sociales, como el trabajo (85).

Originalmente el cuestionario consiste en 49 preguntas (OHIP-49), y ha demostrado alta confiabilidad y validez, para el examen de enfermedades bucales relacionadas con la discapacidad en diferentes grupos de pacientes (83). Desde entonces ha sido utilizado para evaluar el efecto de diversas intervenciones o patologías bucales en la calidad de vida de varios tipos de pacientes (jóvenes, adultos mayores, con patologías severas, etc.) y se ha traducido a varios idiomas; realizándose análisis de validez y confiabilidad en las diferentes culturas, convirtiéndose así, en uno de los principales instrumentos para evaluar calidad de vida relacionada con la salud bucal.

El OHIP-14 es una versión acortada que deriva de la versión extendida original de 49 ítems (86). A pesar de ser un cuestionario corto, se ha demostrado que es confiable; sensible a los cambios y tiene una consistencia intercultural adecuada (87). Anteriormente se hicieron validaciones en idioma español en países como México y España (88). Hoy en Chile se encuentra validado y apto para ser aplicado en poblaciones de adultos mayores (89).

En la **Tabla 2** se presentan las dimensiones que componen el instrumento y sus diferentes ítems.

Tabla 2: Dimensiones del OHIP-14 y sus respectivos ítems.

Dimensión	Ítems
Limitación funcional	1. ¿Ha sentido que su aliento se ha deteriorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis? 2. ¿Ha sentido que su digestión ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?
Dolor físico	3. ¿Ha tenido dientes sensibles, por ejemplo debido a alimentos o líquidos fríos? 4. ¿Ha tenido dolor de dientes?
Malestar psicológico	5. ¿Los problemas dentales lo/a han hecho sentir totalmente infeliz 6. ¿Se ha sentido inconforme con la apariencia de sus dientes, boca o prótesis?
Incapacidad física	7. ¿Ha sido poco clara la forma en que Ud. habla, por problemas con sus dientes boca o prótesis? 8. ¿La gente ha malentendido algunas de sus palabras por problemas con sus dientes, boca o prótesis?
Incapacidad psicológica	9. ¿Su sueño ha sido interrumpido por problemas con sus dientes, boca o prótesis? 10. ¿Ha estado molesto o irritado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?
Incapacidad social	11. ¿Ha sido menos tolerante con su pareja, o familia por problemas con sus dientes, boca o prótesis? 12. ¿Ha tenido dificultades haciendo su trabajo habitual por problemas con sus dientes, boca o prótesis?
Minusvalía	13. ¿Ha sido totalmente incapaz de funcionar por problemas con sus dientes, boca o prótesis? 14. ¿Ha sido incapaz de trabajar a su capacidad total por problemas con sus dientes, boca o prótesis?

Fuente: elaboración propia.

2.4 Autopercepción de salud.

2.4.1. Definición.

Según los planteamientos realizados por *Locker* la autopercepción es una valoración propia de los individuos, que puede ser positiva o negativa, sobre el bienestar funcional, social y psicológico (84).

Entre los agentes que modulan la percepción, el proceso de comparación se constituye en un elemento esencial, pues los estándares y referencias que se utilicen van a modelar el tipo de respuesta y la valoración otorgada a cada uno de los dominios evaluados (90).

2.4.2. Autopercepción de salud general.

Se entiende por autopercepción de la salud a la apreciación de sí mismo como individuo físicamente existente, además del sistema de atributos físicos que caracterizan a una persona, de manera relativamente estable. Va a incluir la evaluación de lo percibido en forma de aceptación o rechazo de la representación física de la persona. Del mismo modo, constituye uno de los elementos relevantes que conforman el conglomerado del bienestar general de la persona durante el ciclo de vida (5). En la actualidad, la autopercepción de la salud se considera como una medida simple, pero completa para evaluar la salud con base en múltiples dimensiones y constituye un indicador válido y relevante del estado de salud de un individuo (91).

La autopercepción de la salud se ha utilizado como una medida independiente de las necesidades de salud de las poblaciones, dadas las estrechas correlaciones observadas entre este constructo y otras medidas del estado de salud o indicadores de las necesidades de atención en salud (92).

Siguiendo con esta línea, el estado de salud es uno de los indicadores más consolidados y fácilmente analizados en las encuestas de salud por su capacidad predictiva sobre temas como la morbilidad, mortalidad, calidad de vida, estados de salud a nivel físico o psicológico y el incremento de la esperanza de vida (96).

Entre los factores biomédicos, la presencia de comorbilidades y la discapacidad son las condiciones más frecuentemente relacionadas con una autopercepción negativa de la salud (97). En el caso de los adultos mayores, se ha encontrado que quienes tienen una autopercepción negativa de su salud reportan más síntomas depresivos que aquellos que se consideran saludables.(98) Por todo ello, uno de los grandes retos que plantea el estudio de la autopercepción de la salud y de su relación con la presencia de comorbilidades y la salud mental es que, al tratarse de un constructo complejo, constituye una red intrincada con múltiples interrelaciones dinámicas en la cual muchas son bidireccionales (99).

2.4.3. Autopercepción de salud oral.

Actualmente, existe un interés creciente en los estudios de autopercepción de la salud para conocerla y medirla, y los estudios de esta naturaleza son cada vez más recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (93). La salud bucal tiene una gran importancia en la psicología de las personas, más aún en el adulto mayor y para poderla medir se han utilizado varios indicadores o índices, los cuales han sido introducidos y validados en varios países e incluso, se les han hecho adaptaciones sobre la base de las condiciones de cada uno de ellos (94). Hay pacientes que por perder un diente caen en depresión, mientras que para otros es una realidad inevitable y atribuible a causas naturales (20).

La información sobre la percepción de salud bucal es una cuestión subjetiva, es decir, aunque los tratamientos efectuados por el profesional reúnan las características necesarias y apropiadas para ser óptimos, la opinión del paciente se vuelve trascendental a la hora de evaluar su estado de salud oral y sus tratamientos presentes. Dicho de otra manera, la autovaloración, están basados en criterios implícitos y creencias propias. Estas no necesariamente son incluyentes, una persona puede tener una mala percepción de su estado de salud, aunque desde el punto de vista médico tenga buen estado de salud (69). En este orden de criterios, los trastornos bucales tienen un efecto significativo en el bienestar y la satisfacción con la vida de los individuos (20).

2.5 Asociación entre calidad de vida y autopercepción de salud oral.

En los adultos mayores existe una relación muy particular entre la salud general y la salud oral, pues una gran proporción de ellos no perciben la necesidad de tener dientes o las prácticas adecuadas de higiene de las prótesis dentales, lo cual tiene un impacto negativo adicional en la salud oral. Por esta misma razón, es que muchas veces, no se ve afectada su calidad de vida por el estado de salud oral que estos lleven, ya que por mucho que puedan tener un estado deficiente, no lo percibe como tal (95). Ribeiro y cols. (2012), justifican estas creencias en la medida en que los adultos mayores consideran que su estado de salud oral es bueno, aunque tienen muchas pérdidas dentales y modificaciones orales importantes (96). Esta aparente contradicción se explica por la falta de información en este grupo de edad en la toma de forma natural que el envejecimiento se asocia con discapacidades inevitables, como la pérdida de dientes.

2.5.1 Modelo de Wilson y Cleary.

En 1995 Wilson y Cleary (97) elaboran un modelo que integra dos diferentes tipos de marco comprensivos de la salud (Figura 4), unos desde el paradigma clínico, enfocados en agentes etiológicos, procesos patológicos y resultados fisiológicos y

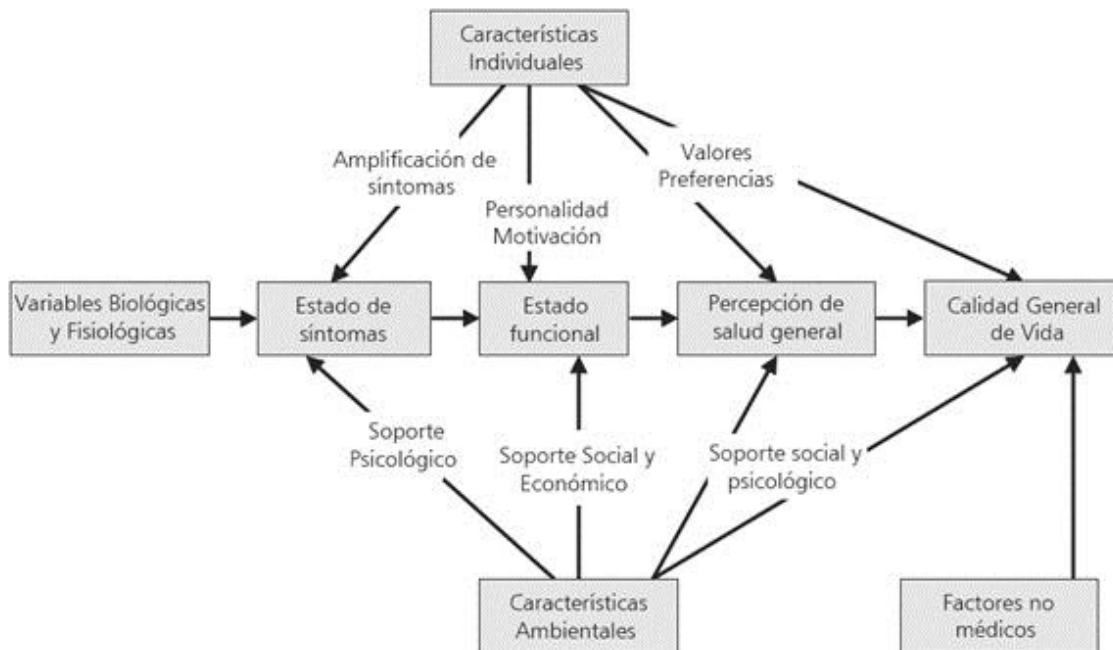
clínicos, y por otro lado, desde el paradigma de las ciencias sociales, centrados en dimensiones de funcionamiento y bienestar general (98).

En este modelo, se proponen relaciones causales específicas entre los diferentes niveles, que vinculan las variables de la clínica tradicional a medida que se avanza hacia la calidad de vida relacionada con salud. Cuando uno se mueve de izquierda a derecha en el modelo, se va hacia “afuera”, es decir, desde la célula que compone elementalmente al individuo hacia la interacción de este como miembro de la sociedad. Los 5 niveles que se abarca son: factores biológicos y fisiológicos, síntomas, funcionamiento, percepciones generales de salud y calidad de vida en general. Se establecen relaciones recíprocas, y la ausencia de flechas no indica que no puedan establecerse relaciones entre niveles no adyacentes.

Se debe tener presente que la medición de calidad de vida centrada específicamente en el impacto de una enfermedad va a considerar calidad de vida desde el punto de vista funcional, centrándose en estándares de “normalidad” y adecuado funcionamiento de la persona en distintas áreas de su vida, es decir, en un estado funcional.(9)

Es importante destacar que la percepción de normalidad o anormalidad de una condición física o mental está enmarcado de acuerdo a un grupo de referencia, teniendo un marcado efecto, las características individuales como las ambientales sobre la percepción de salud y enfermedad (99).

Figura 4: Modelo de Wilson y Cleary, 1995.



Fuente: *Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes.* Wilson y Cleary 1995.

3. Objetivos.

3.1 Objetivo principal.

Evaluar la magnitud de asociación entre calidad de vida y autopercepción de salud oral en adultos mayores, que asisten a la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso en el 2018.

3.2 Objetivos específicos.

1. Describir el estado de salud oral en la población actual de adultos mayores, según indicadores COP, CPITN, portador y estado de prótesis.
2. Describir la calidad de vida de los adultos mayores, según el instrumento OHIP-14.
3. Evaluar la autopercepción de salud oral en la población actual de adultos mayores, a través de una encuesta de pregunta única.
4. Relacionar calidad de vida con los indicadores de salud oral en adultos mayores.

4. Materiales y métodos.

Se realizó un estudio de corte transversal de asociación cruzada (100) con un tipo de muestreo probabilístico, cuya población objetivo fueron los pacientes adultos mayores que asistieron a la Facultad de Odontología durante el período de Mayo-Julio 2018.

Los sujetos de estudio se seleccionaron a partir de la base de datos de los pacientes atendidos en la Facultad de Odontología que tuviesen a Marzo del 2018, 60 años o más y, mediante aleatorización simple, se obtuvieron los nombres de aquellos posibles participantes del estudio, a quienes se les contactó vía telefónica y se les invitó a participar, una vez que asistieron a la cita presencial, se les aplicó los criterios de inclusión y exclusión, finalmente se les entregó el consentimiento informado (ver anexo 10.1), mediante el cual, de aceptarlo, pasaron a formar parte de la muestra.

La presente investigación se realizó siguiendo los principios éticos en el tratamiento de seres humanos y de acuerdo con los principios de Helsinki.

4.1 Tamaño muestral.

Se realizó un muestreo probabilístico, aleatorio simple, el número de adultos mayores promedio que se atienden anualmente en la facultad de odontología de la Universidad de Valparaíso, en pregrado y UCEOT corresponde a 918 pacientes, lo que se considerará como población de ajuste, luego como variable diseño para el cálculo de tamaño muestral se seleccionó el porcentaje de personas mayores de 65 años que consideran que el estado de su salud oral afecta su calidad de vida según la encuesta nacional de calidad de vida (ENCAVI) 2016, corresponde a 23,7%, con un nivel de confianza de 5% y una precisión de 10%, lo que da un cálculo de tamaño muestral aproximado de 65 pacientes.

Para el cálculo muestral se utilizó la siguiente fórmula, pues se desea estimar una proporción de una población finita:

Figura 5: Fórmula para cálculo de tamaño muestral.

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Fuente: Métodos de investigación clínica y científica. Josep M. Argimon P.

En donde:

- N= Total de población= 918 pacientes adultos mayores
- $Z_{\alpha/2} = 1,962$, pues la confianza es del 95%.
- p= Proporción esperada: 21%.
- q= 1-p= 0,79.
- d= precisión deseada=10%.

$$n = \frac{918 \times 3,8416 \times 0,237 \times 0,763}{0,1 \times (918-1) \times 3,8416 \times 0,237 \times 0,763} = 64,65 \approx 65$$

Por lo tanto, el tamaño muestral mínimo de esta investigación resultó ser de 65 pacientes. La muestra fue incrementada en un 14% (n=75), con el fin de solventar posibles fallecimientos de los pacientes previamente a ser examinados.

4.2 Criterios de inclusión y exclusión.

4.2.1 Criterios de Inclusión.

1. Pacientes que a marzo del 2018 tengan 60 años o más.
2. Pacientes que firmaron el consentimiento informado y aceptaron la evaluación clínica completa. (ver anexo 10.1)

4.2.2 Criterios de exclusión.

1. Pacientes con capacidades cognitivas disminuidas.
2. Pacientes con algún problema de comunicación severo.
3. Pacientes bajo los efectos del alcohol o algún tipo de droga.

4.3 Instrumentos.

Para la realización de este estudio fueron necesarios por cada paciente: una ficha foliada, confeccionada específicamente para cada participante, set de examen (guantes de látex, mascarilla, eyector, vaso desechable), escobilla de profilaxis, piedra pómez, micromotor, bandeja de examen (espejo, pinza, sonda curva), sonda OMS Hu-Friedy.

Se confeccionó un documento foliado (Ficha), con distintos componentes, los cuales fueron:

- Encuesta OHIP-14, cuestionario de 14 preguntas.
- Pregunta única de autopercepción de salud oral.
- Datos sociodemográficos y otras informaciones.
- Examen abreviado periodontal (PSR).
- Dentograma.
- Antecedentes del uso de prótesis y estado de ésta.

4.3.1 Cuestionario OHIP-14.

Se utilizó una encuesta tipo, denominada OHIP-14 (Perfil de Impacto de Salud Oral-versión en español), validado por León y cols., en el año 2014 para la población adulto mayor chilena. El cuestionario consta de 7 dimensiones de impacto, (limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social y minusvalía), cada una con dos preguntas, las cuales fueron respondidas de acuerdo a la frecuencia del impacto, con la escala de cinco puntos de Likert, codificados como: 4="siempre"; 3="frecuentemente", 2= "algunas veces", 1= "casi nunca" y 0:= "nunca. El cálculo de la puntuación del OHIP-14 se realizó por método aditivo. (ver anexo 10.2)

4.3.2 Pregunta de autopercepción de salud oral.

Para medir autopercepción de salud oral se utilizó una pregunta única y específica, utilizando escala Likert, la cual fue: "¿Cómo encuentra usted que está su salud oral actual?", a la cual el sujeto pudo responder con las opciones de: 4="Muy buena, 3="Buena", 2= "Regular", 1= "Mala", 0= "Muy Mala". El cálculo de la puntuación se realizó por método aditivo. (ver anexo 10.2)

4.3.3 Datos sociodemográficos y otras informaciones.

En esta sección, se recolectó información relacionada con la edad, sexo, nivel educacional, ingresos mensuales, cobertura de salud, enfermedades sistémicas, consumo de medicamentos y último tratamiento odontológico realizado (tipo de tratamiento, año y lugar). (ver anexo 10.3)

4.3.4 Examen periodontal abreviado PSR.

Se utilizó una ficha donde se registraron los datos que se observaron al realizar una exploración detallada de los tejidos periodontales y periimplantarios con una sonda OMS Hu-Friedy, para obtener el Índice de necesidad de tratamiento periodontal comunitario CPITN, este procedimiento se realizó en todos los dientes que presentaba el paciente en boca. Se dividió la boca en 6 sextantes y se le asignó un valor a cada diente, dejando el de mayor valor por sextante y al mismo tiempo determinó la necesidad de tratamiento. (ver anexo 10.4)

4.3.5 Dentograma.

Se realizó un examen visual completo de cada uno de los dientes que presentaba el paciente y se registró en el Dentograma sus dientes presentes y ausentes, sanos o con caries y presencia o no de obturaciones y el estado en el que se encontraban. Luego de esto, se realizó el cálculo de COP. (ver anexo 10.5)

4.3.6 Antecedentes del uso de prótesis y estado de esta.

Se evaluó si el paciente era portador de prótesis removible o no, se consignó el tipo de prótesis (Total, parcial, acrílica o metálica), el estado en el que se encontraba y la antigüedad. (ver anexo 10.6)

4.4 Procedimientos.

4.4.1 Calibración y Concordancia.

Con la finalidad de asegurar la validez y confiabilidad de las mediciones realizadas por el examinador principal, previo a la etapa de examinación, se capacitó y calibró con un gold-estándar para la evaluación odontológica de cada paciente, lo que se conoce como calibración en conformidad. Para esto se evaluó un grupo de 5 pacientes en conjunto con el gold-estándar y se compararon registros del examen, tanto del dentograma como del CPITN, según los criterios de la OMS, con tal de establecer un juicio comparable a nivel internacional. La medición fue realizada primero por el investigador y luego por el gold-estándar. Se registraron los aspectos a evaluar, y luego se calculó el índice de concordancia para la prevalencia mediante el coeficiente kappa, el cual alcanzó un valor de 0,82, siendo casi perfecta según Landis y Koch, 1977.

Una vez que el sujeto de estudio asistió a la cita, se le entregó el consentimiento informado, el cual fue leído y firmado por éste, se comenzó con la aplicación del cuestionario OHIP-14, la pregunta de autopercepción de salud oral y el llenado de los datos sociodemográficos. Toda esta información se recolectó de forma empadronada, con el fin de evitar respuestas en blanco o respuestas “no sé”. Todas las encuestas y datos sociodemográficos fueron recolectados por la misma investigadora previamente calificada.

4.4.2 Examen clínico.

El paciente fue ingresado al box dental, el examen se realizó según los criterios de la OMS, es decir, con luz artificial en el sillón dental, inicialmente se realizó profilaxis con escobilla blanda y piedra pómez, posteriormente se realizó aislamiento con tómulas. Se utilizó por cada paciente una bandeja de examen que contenía sonda curva, pinza, espejo intraoral n°5 y sonda OMS Hu-Friedy. El examinador se sentó en una posición ergonómica cómoda entre las 10 y 12 horas del paciente, y a su vez, el registrador tomó posición junto al operador a modo de anotar todas las claves y escuchar todas las instrucciones dictadas por el operador. De esta manera, el examinador pudo cerciorarse de que los datos fuesen correctamente registrados.

Se le realizó en primera instancia examen de mucosas, lengua y encía mediante inspección visual, seguido del Dentograma, mediante el cual también por inspección visual, se observó cada uno de los dientes presentes, se consignaron caries y obturaciones, y también se registraron las pérdidas dentarias. En el

examen periodontal abreviado PSR, se utilizó una sonda OMS con la cual se midió el estado periodontal de cada uno de los dientes en boca, asignándole un valor según código. Se consignó como valor PSR global, el valor más alto. Se evaluó si el paciente era portador de prótesis removible o no, se consignó el tipo de prótesis (Total, parcial, acrílica o metálica), el estado en el que se encontraba y la antigüedad.

Una vez finalizado el examen, se hizo entrega de un kit de higiene que contenía una pasta y cepillo dental a cada paciente participante. Además, se siguieron todas las recomendaciones pertinentes contenidas en las normas de bioseguridad de la atención odontológica.

4.5 Categorización de variables.

La variable sociodemográficas edad fue categorizada por rangos etarios de 5 en 5 años. El nivel educacional se dividió en 4 categorías “sin estudios”, “básica completa”, “media completa”, “superior completa”. Lo mismo se realizó con el ingreso mensual donde se establecieron 3 categorías las cuales fueron rangos monetarios entre 0 y 100.000, 100.001 y 300.000, o sobre 300.001. La cobertura de salud presentó las categorías: Fonasa e Isapre u Otra. Finalmente se establecieron 3 variables dicotómicas: Enfermedad sistémica, consumo de medicamentos de forma crónica y hábito tabáquico de más de 3 cigarros diarios.

En cuanto al último tratamiento odontológico se categorizó en cuanto al tiempo en “menos de 1 año”, “más de 1 año” y “sobre 5 años” y acerca de donde se había realizado este tratamiento fueron 3 categorías, “UV”, “CESFAM” o “Particular”.

Para la variable necesidad de tratamiento periodontal se estableció que los individuos con códigos 1 y 2 no requerían tratamiento periodontal profundo, mientras que los códigos 3 y 4 sí lo requerían, transformándose en una variable dicotómica.

La variable COP fue contabilizada en su totalidad y también cada uno de sus ítems separados. Se consideraron los criterios de la OMS que establece que sobre 9 dientes perdidos ya hay un impacto en la calidad de vida.

La variable prótesis dentaria fue dicotómica en “usa” o “no usa” y se determinaron 3 categorías para el estado en que se encontraba: “bueno”, “regular” “malo”.

4.5.1 Categorización de la Autopercepción de salud oral.

Cada respuesta fue asignado un valor en escala Lickert entre 0 y 4, donde 0 fue “muy mala” y 4 “muy buena”, haciendo referencia acerca de lo que el paciente cree de su estado de salud oral.

Se realizó una categorización de estos puntajes y se estableció que puntajes 0,1 y 2 (“muy mala”, “mala” y “regular”) fueron considerados como “mala autopercepción de salud oral” y puntajes de 3 y 4 (“buena” y “muy buena”) como “buena autopercepción de salud oral”.

Al analizar de esta forma autopercepción se consideró como variable dependiente.

4.5.2 Categorización del OHIP-14.

Cada ítem tuvo un puntaje de 0 a 4 en escala Likert donde 1 fue “nunca” y 4 “siempre”, indicando el grado de severidad en que los individuos percibieron su condición de salud oral, síntomas y el efecto en su vida diaria. La suma de los puntajes correspondió a un rango entre 0 y 56 puntos, donde un mayor puntaje fue considerado como peor calidad de vida relacionada con salud oral.

Se realizó una categorización de los puntajes de cada ítem considerando los puntajes 0 y 1 (“nunca” y “casi nunca”) como sin problemas y puntajes de 2 a 4 (“algunas veces”, “frecuentemente” y “siempre”) como problemas relacionados con salud oral. Al sumar los puntajes de los 14 ítems se obtiene un rango de 0 a 14. Luego, se tomó como punto de corte el valor 2, de esta manera se consideró como casos (“mala calidad de vida relacionada con salud oral”) los puntajes mayores a 2. Esta categorización del OHIP-14 fue utilizado como variable dependiente en el análisis, este método fue adaptado de Slade en 1997 (82).

4.6 Análisis estadístico.

La base de datos se confeccionó en Microsoft Excel 2016 y los datos fueron tabulados y codificados para ser transferidos al software STATA versión 15.0 (StataCorp, College Station, TX, EE. UU.) para su análisis estadístico. Se determinaron medidas de tendencia central y dispersión como moda, medianas, medias, desviación estándar intervalos de confianza del 90% para la descripción de las variables. El test de Rho de Spearman para determinar la correlación de dos variables y el Test exacto de Fisher para datos categóricos.

4.7 Consideraciones éticas.

Este proyecto fue aprobado por el comité ético científico de la facultad de odontología de la Universidad de Valparaíso con fecha 27 de abril del 2018, bajo el código PreG-11-17 (ver anexo 10.7).

Se consideró el control de la confidencialidad y anonimato de los participantes mediante el uso de folios y el resguardo de los instrumentos de recolección y de las bases de datos.

5. Resultados.

La muestra obtenida estuvo compuesta por 75 sujetos adultos mayores, es decir, de 60 años o más, el mínimo de edad de participante fue de 60 años, mientras que el máximo fue de 92. El 70,7% fueron participantes mujeres con un promedio de edad de 69.7 años ($\pm 9,77$), mientras que el 29,3% restante fueron hombres, con un promedio de edad de 71.2 años. El mayor rango etario se ubicó entre los 65 y 74 años, abarcando un 60% de la muestra (Tabla 3).

Por otro lado, un 21,3% declaró haber completado la enseñanza básica, un 45,3% la enseñanza media, mientras que un 29,3% había completado sus estudios superiores (Tabla 3). Respecto a la previsión de salud que poseían los encuestados, un 92% indicó pertenecer a FONASA, mientras que 8% restante correspondía a ISAPRE o al sistema de salud de las Fuerzas Armadas (Tabla 3).

En relación a los ingresos mensuales, un 60% del total de participantes percibía un ingreso entre los 100.001 y 300.000 pesos, seguido de un 28% que tenía un ingreso de 300.001 pesos o más y un 12% que percibía un ingreso menor a 100.000 pesos (Tabla 3).

En cuanto a la presencia de enfermedades crónicas, un 92% del total de participantes declaró tener una o más enfermedades crónicas, de este porcentaje, el 87% consumía medicamentos para ellas. Tan solo un 4% de la muestra declaró ser fumador (Tabla 3).

Tabla 3. Descripción del perfil sociodemográfico de los adultos mayores del estudio.

	N (%)	90% IC
Sexo		
Hombre	22 (29.3)	21,3 - 38,8
Mujer	53 (70.7)	61,1 - 78,6
Edad		
60-64	13 (17.3)	11,1 - 25,9
65-69	22 (29.3)	21,3 - 38,8
70-74	23 (30.6)	22,5 - 40,2
75-79	11 (14.6)	9,0 - 22,9
80+	6 (8.0)	4,0 - 15,0
Nivel educacional		
Sin educación	3 (4)	1,5 - 10,0
Básica	16 (21.3)	14,4 - 30,3
Media	34 (45.3)	35,9 - 55,0
Superior	22 (29.3)	21,3 - 38,8

Seguro de salud Fonasa Otro (Isapre, FFAA, etc.)	69 (92.00) 6 (8)	84,9 - 95,9 4,0 - 15,0
Ingresos mensuales 0-100.000 100.001-300.000 300.001 o más	9 (12) 45 (60) 21 (28)	6,9 - 19,8 50,2 - 69,0 20,1 - 37,4
Enfermedades crónicas No Si	6 (8.0) 69 (92.0)	4,0 - 15,0 84,9 - 95,9
Consumo de medicamentos No Si	15 (20.0) 60 (80.0)	13,3 - 28,8 71,1 - 86,6
Consumo de tabaco No Si	72 (96.0) 3 (4.0)	0,89,9 - 0,98,4 1,5 - 10,0

De los indicadores de salud oral se pudo apreciar que el total de la muestra necesita algún nivel de tratamiento periodontal, pero en cuanto a la categorización antes establecida, se determinó que solo el 63,4% de estos requerían tratamiento periodontal profundo, por presentar códigos 3 y 4 en el examen periodontal abreviado. A su vez, de esta muestra un 32% no presentó ninguna caries, mientras que en el restante 68% se pesquisó al menos un diente con algún tipo de lesión cariosa cavitada. Sobre la pérdida dentaria, se encontró que el 48% ya había perdido más de 9 dientes, pero no necesariamente usaban algún tipo de prótesis, ya que solo el 40% de los sujetos acusó usarla. Con respecto a la salud oral de esta población, el 69,3% de la muestra declaró haber asistido al Odontólogo en el último año, mientras que tan solo un 6,6% dijo no asistir hace más de 5 años. (Tabla 4)

Tabla 4. Descripción indicadores de salud oral de los adultos mayores del estudio.

	N (%)	(90% IC)
Presencia de enfermedad periodontal que necesita tratamiento		
No	26(36,6)	27 – 47
Si	43(63,4)	53 – 72
Presencia de caries		
Si	51(68,0)	58 – 79
No	24 (32,0)	23 – 41
Más de 9 dientes perdidos		
No	39(52,0)	42 – 61
Si	36(48,0)	38 – 57
Uso de prótesis		
Si	30(40,0)	31 – 50
No	45(60,0)	51 – 70
Último tratamiento odontológico		
< 1 año	52(69,3)	59,7 - 77,4
> 1 año	18(24,0)	16,7 - 33,1
> 5 años	5(6,6)	3,1 - 13,4

En cuanto a los promedios de cariados, obturados y perdidos, se pudo constatar que, en general los promedios de cariados fueron los más bajos, alcanzando el promedio más alto en el grupo de edad de entre 65 y 69 años con un valor de 2,05 dientes. Por otro lado, se observaron promedios similares entre obturados y perdidos, encontrando el promedio de obturados más alto entre los 75 y 79 años con un valor de 10,63 dientes. Finalmente, el mayor promedio de dientes perdidos se constató el en grupo de edad más avanzando, alcanzando un promedio de 17 piezas dentarias perdidas (Tabla 5).

Tabla 5. Promedios de caridos, obturados y perdidos por grupo de edad.

	Total	60-64	65-69	70-74	75-79	> 80	IC 90%
C	1,58	1,31	2,05	0,35	0,82	0,33	1,22 – 1,95
O	9,12	10	9,05	8,82	10,63	5,8	8,01 – 10,22
P	10,92	11	9,72	10,34	11	17	9,4 – 12,43

En relación al COP total, el promedio de este ítem en la población total encuestada fue de 21,63. El promedio más bajo se encontró en el rango etario de entre 65 y 69 años, mientras que el más alto estuvo en la población mayor de 80 años (Tabla 6).

Tabla 6. Promedios de COP total por grupo de edad.

COP	Media	DE	IC (90%)
60 – 64	22,30	1,44	19,74 – 24,88
65 – 69	20,86	0,78	19,52 – 22,20
70 – 74	21,17	1,02	19,41 – 22,93
75 – 79	22,45	1,12	20,49 – 24,48
> 80	23,17	1,68	19,78 – 26,55
Total	21,63	0,50	20,79 – 22,46

Al relacionar las variables nivel educacional y nivel socioeconómico con presencia de caries y cantidad de dientes perdidos, podemos rescatar que las variables cantidad de dientes perdidos y nivel educacional si poseen una asociación altamente significativa desde el punto de vista estadístico (ver punto 2), pero se debe considerar que, aunque el grado de asociación existe, este es débil. Mientras que el resto de las variables relacionadas (1, 3 y 4) no poseen asociación alguna en la muestra (Ver tabla 7).

Tabla 7. Relación entre las variables nivel educacional y nivel socioeconómico con presencia de caries y cantidad de dientes perdidos.

Nivel educacional	Rho de Spearman	Valor p
1. Cantidad de caries	0.1490	0.2021
2. Cantidad de dientes perdidos	0.3146	0.0060
Nivel Socioeconómico		
3. Cantidad de caries	0.0410	0.7269
4. Cantidad de dientes perdidos	-0.0320	0.7854

En las variables de Autopercepción de salud oral y Calidad de vida se realizó la categorización ya mencionada anteriormente por Slade en 1997. Donde se apreció que el 29,3% de los individuos tenían lo que se consideró una buena autopercepción de salud oral, sin embargo, la mayoría (70,7%) piensa que su salud oral es regular, mala o muy mala. Por otra parte, en la categorización de los puntajes del OHIP-14 se reflejó que el 69,3% tiene impactada en algún grado su calidad de vida por sus problemas orales, mientras que para el 30,7%, estos no representan un factor determinante en su calidad de vida. (Tabla 8).

Tabla 8. Frecuencias de la categorización de Autopercepción de salud oral y

Variable	N (%)	(90% IC)
Autopercepción de salud oral		
Muy buena y Buena	22(29,3)	20,8 - 39,2
Regular, Mala y Muy Mala	53(70,7)	60,8 - 79,2
Calidad de vida asociada a salud oral		
Buena	23(30,7)	21,9 - 40,6
Mala	52(69,3)	59.4 - 78.0

Calidad de vida.

Siguiendo con la categorización del instrumento OHIP-14 se realizó una diferenciación por sexos donde el total de mujeres observadas reportaron más de un ítem con respuestas negativas, las que tienen mayor impacto en su calidad de vida, mientras que, de los hombres, solo hubo uno que no reportó impacto en el total de ítems observados. Lo mismo se hizo con los puntajes promedios del OHIP-14 observándose mayores valores en mujeres 14 (\pm 9,8), que en hombres 9,13 (\pm 7,2), como se resume en la tabla 9.

Tabla 9. Frecuencias y medias de calidad de vida asociada a salud oral según sexo.

	Hombres N (%; IC90%)	Mujeres N (%; IC90%)	Total N (%; IC90%)
Porcentaje de personas que reportan más de un ítem con “a veces, frecuentemente, o siempre”.	21(28,0;19,5-37,8)	53(70;60,8-79,2)	74(98,7;93,8-99,9)
	Hombre Media (DE)	Mujer Media(DE)	Total Media (DE)
Media de puntaje total de OHIP-14	9,13 (7,2)	14(9,8)	12,6(9,33)

En relación a los promedios de los puntajes obtenidos en las preguntas del OHIP-14, los promedios más altos se encontraron en las preguntas 6, 3 y 5, respectivamente (Tabla 10), correspondiendo a las dimensiones de mayor impacto las de incomodidad psicológica (preguntas 5 y 6) y dolor físico (pregunta 3).

Tabla 10. Promedios y desviación estándar de puntajes por pregunta de Ohip-14.

Pregunta	\bar{X}	DE
1. Mal aliento	1,4	1,26
2. Mala digestión	0,44	0,96
3. Sensibilidad dentaria	1,52	1,27
4. Dolor dentario	1,16	1,13
5. Si problemas dentales lo han hecho sentir infeliz	1,45	1,54
6. Inconformidad acerca de la apariencia	1,68	1,64
7. Discurso poco claro	1,06	1,40
8. Otros malentendidos	0,58	1,06
9. Sueño interrumpido	0,57	1,0
10. Irritado o molesto	1,21	1,35
11. Menos tolerante con otros	0,39	0,99
12. Dificultad para hacer su trabajo	0,43	1,04
13. Incapacidad funcional habitual	0,29	0,73
14. Incapacidad para trabajar	0,37	0,99
Total	12,57	9,37

Al realizar el análisis de correlación entre variables, aplicando la prueba Rho de Spearman entre autopercepción y las preguntas del instrumento OHIP-14, sin la categorización que se realizó previamente, es decir, utilizando todas las posibles respuestas de cada una de estas variables, se encontraron resultados estadísticamente significativos en algunas de estas preguntas (ver Tabla 11).

Tabla 11. Correlación entre autopercepción y OHIP-14 mediante la prueba Rho de Spearman.

Puntaje de Autopercepción de salud oral		
Pregunta OHIP-14	Rho de Spearman	Valor p
1. Mal aliento	-0,08	0,47
2. Mala digestión	-0,2	0,08
3. Sensibilidad dentaria	0,0056	0,96
4. Dolor dentario	-0,25	0,03
5. Si problemas dentales lo han hecho sentir infeliz	-0,25	0,03
6. Inconformidad acerca de la apariencia	-0,27	0,015
7. Discurso poco claro	-0,13	0,25
8. Otros malentendidos	-0,25	0,029
9. Sueño interrumpido	0,04	0,67
10. Irritado o molesto	-0,39	0,0005
11. Menos tolerante con otros	-0,23	0,039
12. Dificultad para hacer su trabajo	-0,28	0,014

13. Incapacidad funcional habitual	-0,1	0,36
14. Incapacidad para trabajar	-0,25	0,028

Al analizar los promedios de respuestas en el OHIP-14 por dominio, se constató que los dominios de dolor físico e incomodidad psicológica obtuvieron la media de respuestas más altas, mientras que, discapacidad social y minusvalía, las más bajas. Hay dominios donde los puntajes se concentran en ser bajos, por ejemplo, en minusvalía hasta el 75% de la población encuestada obtuvo puntaje 0, mientras que, en el dominio de incomodidad psicológica, se constataron hasta 6 puntos (de 8 máximo por dimensión) en el percentil 75, este mismo dominio obtuvo una DS mayor a cualquiera de los otros dominios, evidenciando puntajes de respuesta más variado (ver Tabla 12).

Tabla 12. Descripción de los puntajes de Ohip-14 por dimensión.

Dominio	Media	DS	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
Limitación funcional	1,84	1,78	0	2	3
Dolor físico	2,69	1,89	1	2	4
Incomodidad psicológica	3,14	2,67	0	3	6
Discapacidad física	1,65	2,22	0	0	3
Discapacidad psicológica	1,78	1,85	0	2	3
Discapacidad social	0.81	1.84	0	0	3
Minusvalía	0.67	1.55	0	0	0

Se realizó el Test Exacto de Fisher donde la variable dependiente fue calidad de vida, previamente categorizada en buena o mala y se les comparó con cada una de las variables independientes tanto de caracterización sociodemográfica como con la pérdida dentaria mayor a 9 piezas, no encontrándose resultados estadísticamente significativos ($< 0,05$) en ninguna de las variables observadas. Sin embargo, al compararlas con autopercepción de salud oral arrojó que puntajes mayores en el OHIP-14, es decir, mala calidad de vida, peor autopercepción de salud oral presentaba las personas (56,0%), siendo estos resultados

estadísticamente significativos (0,005). En la Tabla 13 se observan con mayor detalle las variables comparadas y los valores arrojados.

Tabla 13. Análisis bivariado de mala calidad de vida asociada a salud oral (Test exacto de Fisher).

	Buena CVRSo n=23(30,7%)	Mala CVRSo n=52(69,3%)	Valor p
Edad			
60-69	10 (13,3)	25 (33,3)	0,595
70-79	10 (13,3)	24 (32,0)	
80+	3 (4)	3 (4)	
Sexo			
Masculino	14 (18,6)	39 (52,0)	0,167
Femenino	9 (12,0)	13 (17,3)	
Nivel educacional			
Básico	9 (12,0)	21 (28,0)	0,858
Medio	9 (12,0)	17 (22,6)	
Superior	5 (6,7)	14 (18,6)	
Enfermedades crónicas			
No	2 (2,7)	4 (5,3)	0,602
Si	21 (28,0)	48 (64)	
Uso de medicamentos de forma frecuente			
No	4 (5,3)	11 (14,7)	0,485
Si	19 (25,3)	41 (54,6)	
Presencia de más de 9 dientes perdidos			
Si	12 (16,0)	27 (36,0)	0,591
No	11 (14,6)	25 (33,3)	
Autopercepción de salud oral			
Muy buena/ buena	12 (16,0)	10 (13,3)	0,005
Más o menos/Mala	11 (14,6)	42 (56,0)	

Otras asociaciones se encontraron entre el último año de tratamiento y variables como autopercepción de salud oral, donde existió una correlación estadísticamente significativa ($p=0,032$), al igual que con la pérdida dentaria ($p=0,03$). Sin embargo, con indicadores como necesidad de tratamiento periodontal y cantidad total de COP, no hubo tal relación (Tabla 14).

Tabla 14. Correlación entre indicadores de salud oral y último año de tratamiento.

Variable	Último tratamiento realizado	
	Rho de Spearman	Valor p
Autopercepción (puntaje promedio)	-0,24	0,032
CPITN	0,086	0,16
COP total	0,12	0,3
Perdidos totales	0,24	0,03

6. Discusión.

El hallazgo principal de este estudio es que existe asociación estadísticamente significativa entre el impacto en la calidad de vida y tener una peor autopercepción de salud oral. Hemos visto que hay una relación directa entre calidad de vida y autopercepción de salud general ya estudiada, sin embargo, la evidencia encontrada con respecto a si esta relación se establece de igual manera con autopercepción de salud oral, es insuficiente, ya que la autopercepción de la salud oral es una variable compleja que vincula diversas dimensiones de la salud, que representan la trayectoria de la salud, probablemente reflejada en la calidad de vida relacionada con salud oral.

Basados en el modelo de Wilson y Cleary de 1995, visto anteriormente, se comprueba que cuando un nivel antecesor se ve afectado, en este caso, la autopercepción, va a influenciar directamente al que le sucede. El grado de afección dependerá según las características individuales y del medio ambiente que lo rodea, es por esto que encontramos una explicación a lo que sucede con autopercepción de salud oral y calidad de vida, en otras palabras, cuando un paciente percibe su salud oral deteriorada, esto tiene directas consecuencias en la calidad de vida que esta persona posee.

Para medir calidad de vida en nuestro estudio, se utilizó el instrumento OHIP-14, validado en nuestro país por León y cols. en 2014 para la población adulto mayor chilena (88). Si bien, existen otros instrumentos de medición de la calidad de vida relacionado con salud oral, el OHIP es el que ha sido más estudiado según Sanders y cols.(101, 102), cuyo enfoque está basado en la frecuencia de los impactos percibidos como menciona Montero en 2010 (103), además se ha demostrado que es confiable, sensible a los cambios y exhibe una adecuada consistencia interna transcultural descrita por diversos autores (104, 105). Ya ha sido validado en más de 20 idiomas (97,98)

Cuando aplicamos el instrumento OHIP-14, fue mediante la realización de una encuesta empadronada por un encuestador calificado para ello, esto con el fin de evitar respuestas “no sé” y en blanco, si bien en cuanto a la forma de aplicar el instrumento, sea cuestionario o encuesta, se ha encontrado que la misma no influye en las puntuaciones totales del OHIP; la encuesta empadronada presentó una significativamente mayor frecuencia de respuesta según Sousa y cols., 2010 (106)

La recolección de los datos clínicos fue realizada por un solo examinador, previamente calibrado con un *gold*-estándar, además se utilizaron índices internacionalmente validados. El examen clínico propiamente tal, siguió los criterios de la OMS para procedimientos e instrumental utilizado (107). En cuanto al diseño de estudio se hizo un muestreo probabilístico aleatorio simple, otorgándole a cada elemento de la población objetivo y a cada posible muestra de un tamaño determinado, la misma probabilidad de ser seleccionado.

La muestra de nuestro estudio presentó un promedio de edad de 70,2 años, de los cuales poco más de 2/3 fueron mujeres. La mayoría de los adultos mayores había completado la enseñanza media, y una segunda proporción tenía estudios superiores. Referente a los ingresos mensuales, el 60% de los sujetos percibe un ingreso entre 100.001 y 300.000, mientras que el 28% percibe un ingreso mayor a 300.000. Posiblemente esto tenga relación con que la mayoría de los sujetos se encontraba jubilado y las pensiones por jubilación en Chile, para los mayores de 60 años varían desde los 121.306 a los 141.521, según cifras del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

En cuanto a la cobertura de salud declarada por los participantes, el 92% de la muestra dijo estar afiliado al Fondo Nacional de Salud (FONASA), mientras que el 8% restante declaró estar afiliado a Isapre o a otra institución, esto es similar a la situación país, donde según las estadísticas de Fonasa, el 74,4% está afiliado a FONASA, el 18,7% afiliado a Isapre y el 6,9% afiliado a otra institución.

Por otro lado, el 92% de los sujetos afirmó tener una o más enfermedades crónicas, lo que coincide con el “Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud” de la OMS (1), afirmando que, junto con el aumento de la esperanza de vida, aumentan también las enfermedades crónicas, esto debido a la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares que reducen gradualmente las reservas fisiológicas, disminuyendo en general la capacidad del individuo.

Al referirnos al deterioro de la salud oral de los adultos mayores, el COP de nuestro estudio arrojó un promedio de 21,62 dientes afectados, coincidentemente con los estudios de Fuente-Hernández, 2010 (108), al igual que Moya, 2012 (109) en un estudio sobre la población chilena, donde observaron un promedio alarmante de dientes perdidos y una experiencia de caries elevada, misma realidad país según datos arrojados por el MINSAL, lo que refleja que las necesidades de atención odontológica no han sido cubiertas en su totalidad para esta población. También se aprecia que la pérdida dentaria está directamente relacionada con el aumento de la edad, ya que a mayor rango etario (mayores de 80 años) la pérdida dentaria fue significativamente mayor. Similares resultados se reportaron en el estudio de Sheng, 2018 (103).

El diagnóstico de la enfermedad periodontal es posible llevarlo a cabo después del minucioso procedimiento que realiza el especialista en periodoncia, sin embargo, el índice CPITN diseñado con fines epidemiológicos y además recomendado por la OMS, se ha transformado en una buena herramienta para realizar un examen periodontal básico e identificar quienes necesitan tratamiento. La prevalencia de enfermedad periodontal en los adultos mayores, según un estudio realizado en la región de Valparaíso por Rojas y cols., 2010, es elevada (97,6%) (110), lo que coincide con la muestra de estudio, ya que si bien, hubo un 1/3 de la muestra con código 2, los 2/3 restantes tuvieron códigos 3 y 4, por lo que no hubo ningún sujeto

que no necesitara algún nivel de tratamiento periodontal, observándose así, que el conocimiento sobre enfermedad periodontal en la población en general es reducido, ya que muchas veces, la falta de información en esta área hace que el empeoramiento periodontal no sea reconocido como una enfermedad como tal, sino más bien, como un proceso que es parte del envejecimiento.

Según el estudio de Moya y cols., 2012 (105), la rehabilitación protésica en adultos mayores ha aumentado considerablemente en los últimos tiempos, encontrándose entre un 51,2 - 75,8% de ellos como portadores de algún tipo de prótesis dental, generalmente removibles y acrílicas. Esto no es similar a nuestro estudio, ya que solo constatamos que el 40% de estos era portador de prótesis, ya sea total o parcial. En estos mismos términos, observamos resultados diferentes en nuestra muestra al comparar los pacientes con edentulismo, pues solo el 5,3% era edéntula y según la encuesta nacional de dependencia de personas mayores en la población chilena, esta corresponde al 21% (111). En relación a este tema, se puede extrapolar que probablemente, la dependencia de adultos mayores también obstaculiza las prácticas de higiene oral y la utilización de los servicios dentales. Además, es probable que los cuidadores ayuden a las personas dependientes, quienes no perciben que la persona tiene problemas de salud bucal. Lo que significa que hay una necesidad de educación y capacitación en salud oral (sobre prácticas de higiene bucal y de prótesis dental, identificación de prótesis en mal estado, lesiones de la mucosa oral, caries, restos radiculares, etc.) para los adultos mayores y sus cuidadores, ya sea en el hogar o institucionalizados.

En cuanto a calidad de vida y el instrumento OHIP-14, los promedios de respuestas más altos fueron obtenidos en las preguntas 6, 4 y 5, respectivamente. Correspondiendo a las dimensiones más impactadas, las de malestar psicológico (preguntas 5 y 6) y dolor físico (pregunta 4), en estudios anteriores realizados por de la Fuente, Nuttall y Wöstmann (108, 112, 113), también identificaron dentro de las dimensiones de mayor impacto: malestar psicológico, dolor físico e incapacidad física. Esto confirma el hecho de que, aún hoy, las razones por las cuales más se consulte a nivel odontológico, sean el dolor y la estética.

Por otra parte, en la autopercepción de salud oral, casi la mitad de los sujetos declaró encontrar su estado de salud bucal actual regular, mientras que la otra mitad estuvo dividida entre los que la consideró buena y mala, al relacionar esta variable con el puntaje total obtenido a través del OHIP-14, se comprobó que existe gran grado de dependencia entre ambas variables. Mientras mayor puntaje en el OHIP-14, es decir, mayor impacto en la calidad de vida por la salud oral, se espera una peor autopercepción del estado oral por parte del paciente. Según el estudio de Castrejón-Pérez, 2016 (114), revelan que aquellos que decían tener una peor salud oral, tenían puntajes en el OHIP-14 más elevados, por otro lado, en el estudio de Mestriner, SF, 2014 (115), observaron que las personas con mayor número promedio de impacto en el OHIP-14 identificaron una peor salud oral en sí mismos y reportan mayor problema en sus dientes y/o encías. Resultados que coinciden con los de nuestro estudio. También se encontró cierto grado de dependencia entre autopercepción y el último año de tratamiento,

estableciendo que existía mejor autopercepción cuando el último control odontológico había sido más reciente. Esto podría explicar el hecho, de que a medida que el paciente deja de realizar controles odontológicos periódicos, es consciente de su empeoramiento en cuanto a su salud oral. Al analizar las respuestas de autopercepción diferenciadas por sexo, nuestro estudio arrojó una puntuación más baja en promedio por las mujeres y levemente más alta en promedio por los hombres, esto podría tener que ver, con la idea de que el cerebro masculino tiene una mayor capacidad para el espacio y los números, y las mujeres para expresarse y mostrar sus sentimientos. Estas características no afectan solo a la inteligencia, sino que influyen en el carácter y la personalidad. Estudios han esclarecido que es a causa de estas diferencias, por ejemplo, que la percepción de calidad de vida influenciada por salud oral depende del sexo de una persona como dijo en su estudio Sánchez y cols., en 2011 (116).

Si bien en varios estudios se ha demostrado que existe una relación entre indicadores de salud oral y el impacto negativo en la calidad de vida (89, 117), no así en nuestra muestra, donde no se relacionaron los datos obtenidos de los indicadores de salud con respecto a los puntajes obtenidos en el OHIP-14. Esto también sucedió en el estudio de Mestriner, en 2014 (115) donde no encontraron relación entre los indicadores de uso de prótesis y necesidad de tratamiento periodontal con los puntajes del OHIP-14. A lo anterior se suma, que no se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre la presencia de caries y/o perdidos con el nivel educacional y socioeconómico de esta muestra, estos resultados podrían ser producto también, de que muchas veces la población chilena, en especial los adultos mayores, normalizan situaciones que asocian a su proceso de envejecimiento propiamente tal, como lo son la pérdida dentaria, caries, piezas dentarias con movilidad, etc. Todo esto deja en evidencia un problema actual en Chile en relación a la falta de información y/o conocimiento por parte de los adultos mayores respecto a la salud oral, que no tiene que ver necesariamente con el nivel educacional que poseen o la situación económica que han alcanzado, situación que debiese ser cambiada desde ya, partiendo por el rol educador del odontólogo y pasando por todas las disciplinas médicas, quienes podrían ayudar activamente en el proceso de derivación oportuna a evaluación dental, entregándole la posibilidad a esa persona de que pueda conocer el estado bucodentario que posee y de rehabilitarse en caso de que lo requiera, y así mismo entender acerca de los cuidados que debe llevar con su salud, favoreciendo de esta forma, la asociación directa que existe entre calidad de vida y salud oral.

La correlación débil entre parámetros clínicos de la enfermedad bucodental e indicadores subjetivos, como lo es la calidad de vida, puede atribuirse al hecho de que los parámetros clínicos miden la enfermedad y los indicadores subjetivos miden la salud, y comúnmente estos últimos son influenciados por las características socioculturales de una población determinada.

Se comprueba por esto, que los indicadores de salud oral por sí solos no pueden describir el grado de satisfacción, los síntomas o su capacidad para realizar actividades de los pacientes odontológicos, el conocer el grado de afectación a

nivel oral de un paciente, nos da una idea como odontólogos, de la experiencia de los problemas dentales del mismo, pero no necesariamente va a reflejar los problemas que experimenta ese paciente como resultado de su afectación a nivel oral.

La evaluación de la calidad de vida y de la autopercepción de salud oral del paciente, resultaría fundamental a la hora de establecer la necesidad de tratamiento, la planificación y el resultado clínico esperado en la atención odontológica. Su importancia se fundamenta en que permite un cambio en el criterio odontológico, en cuanto a la definición de metas y resultados de los tratamientos basados en el sentir del paciente, donde este pasa a tener un papel más activo en su tratamiento.

Como la mayoría de los servicios dentales aún está restringidos en el servicio público chileno, se cree que conocer la percepción de los usuarios de diversos servicios de atención dental sobre su condición oral, debería ser un paso importante para desarrollar programas de salud que incluyan actividades educativas centradas en el autodiagnóstico y atención, así como acciones preventivas y curativas.

Dentro de las limitaciones de este estudio, encontramos el tamaño muestral reducido, lo que genera que no puedan ser extrapolables los resultados obtenidos a la población en general. Se sugiere aumentar considerablemente el número de participantes para investigaciones futura en esta área.

Otra limitación es que el examen clínico solo se realizó en base observación visual, y en esos casos el COP podría estar subvalorado, al no contar con radiografías *bitewing* para ver presencia de caries a nivel interproximal.

Se sugiere ampliar este tipo de estudio a otras poblaciones de adultos mayores, de diversas índoles y más heterogéneas, ya sea dentro y fuera de la región de Valparaíso, ya que nuestro estudio fue realizado en las dependencias que la Facultad de Odontología, observándose un posible sesgo de autopercepción de salud oral, donde las personas por acudir a un centro de atención odontológica, sea cual sea su motivo de consulta, es porque perciben una consciente necesidad de tratamiento.

7. Conclusión.

Los adultos mayores de este estudio presentan asociación estadísticamente significativa entre su autopercepción de salud oral y el impacto negativo de su calidad de vida, sin embargo, no se establece relación estadísticamente significativa entre los parámetros de autopercepción y calidad de vida en relación a los indicadores de salud oral que presentan.

Se comprobó que existe un gran deterioro en la salud oral de los adultos mayores de este estudio, marcada especialmente por la historia de caries y la pérdida dentaria, esto podría deberse, a que los indicadores de salud oral todavía se presentan como insatisfactorios en todo nivel, contando en nuestro estudio con tan solo un paciente que presenta su dentadura completa, reflejando la ineficacia histórica de los servicios dentales públicos, limitadas a extracciones en serie y servicios de emergencia, basadas más bien, en un modelo curativo.

Un instrumento como el OHIP-14, es útil de manera sustancial en la comprensión de las necesidades de salud oral, para la evaluación del éxito de un tratamiento, así como también de la satisfacción por el servicio dado, además sirve para el desarrollo de estrategias para el control y reducción de las afecciones orales, como también para una buena promoción de la salud oral.

La autopercepción de salud oral es un factor que influencia la calidad de vida, siendo esta buena o mala, pero no es un predictor del estado real que establecen los odontólogos de sus pacientes.

8. Resumen.

Introducción: El envejecimiento ha ido en aumento en el mundo y nuestro país, proceso influenciado por determinantes sociales, culturales y estilo de vida, razón por la que medir calidad de vida (CV) se vuelve relevante en salud pública e investigación. CV está influenciada por aspectos objetivos y subjetivos, jugando un rol importante la autopercepción de salud. La investigación esclareció la relación existente entre calidad de vida y autopercepción de salud general, no así con la salud oral.

Objetivo: Evaluar la magnitud de asociación presente entre calidad de vida y autopercepción de salud oral en adultos mayores, que asisten a la Universidad de Valparaíso.

Materiales y Método: Se realizó un estudio de corte transversal de asociación cruzada, en 75 adultos mayores, quienes asistieron a la Universidad de Valparaíso. La información se obtuvo mediante la encuesta Perfil del impacto de la salud oral, OHIP-14, más una pregunta de autopercepción, empadronada. Se realizó una ficha sociodemográfica y examen clínico, donde se consignó CPITN, COPD, portador y estado de prótesis. Para el análisis estadístico se usaron medidas descriptivas y de tendencia central, test Rho de Spearman y el test exacto de Fisher para datos dicotómicos.

Resultados: La edad media fue de 70,2 años ($\pm 6,64$), 70,7% mujeres y 29,3% hombres. El 45,33% completó enseñanza media y la mayoría (60%) presentó ingresos mensuales entre 100.000 y 300.000. Según CPITN los códigos 2 y 3 fueron los que más se repitieron. El COPD fue 21,62 ($\pm 4,3$), mayor en mujeres ($p > 0,05$) y aumentó con la edad ($p < 0,05$), siendo comparable con la situación país. Al relacionar el OHIP-14 con autopercepción de salud oral se encontró asociación significativa ($p = 0,005$), al tener mayor puntaje en el OHIP, peor autopercepción de salud oral.

Conclusión: Los adultos mayores presentan asociación estadísticamente significativa entre una mala autopercepción de salud oral y tener un mayor impacto en su calidad de vida.

Palabras claves: Adulto Mayor, Calidad de vida, Autopercepción, Salud oral.

9. Referencias bibliográficas.

1. Beard J, Officer A, Cassels A, Bustreo F, Asamoah-Baah A, Chatterji S, et al. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud Estados Unidos: Organización Mundial de la Salud; 2015.
2. Cardona A, Estrada A, Agudelo G. Envejecer nos toca a todos. Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia; 2002.
3. Montejano Lozoya AR, Ferrer Diego RM, Clemente Marín G, Martínez-Alzamora N, Sanjuan Quiles Á, Ferrer Ferrándiz E. Factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados. *Nutrición Hospitalaria*. 2014;30:858-69.
4. Caballero-García CR, Flores-Alatorre JF, Arenas-Monreal L. Salud bucodental relacionada a la calidad de vida: revisión crítica de los instrumentos de medición. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*. 2017;15:108-17.
5. Martins AMEdBL, Barreto SM, Silveira MFd, Santa-Rosa TTdA, Pereira RD. Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. *Revista de Saúde Pública*. 2010;44:912-22.
6. Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030, (2017).
7. Duque-Duque VE, Tamayo-Castrillón J, Echeverri-Cadavid PA, Gutiérrez-Osorio AY, Sepúlveda-Correa D, Giraldo-Ramírez O, et al. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. *CES Odontología*. 2013;26:10-23.
8. Divaris K, Ntounis A, Marinis A, Polyzois G, Polychronopoulou A. Loss of natural dentition: multi-level effects among a geriatric population. *Gerodontology*. 2012;29(2):e192-9.
9. Urzúa M A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*. 2010;138:358-65.
10. Renwick R, Brown I, Nagler M. Quality of life in health promotion and rehabilitation: Conceptual approaches, issues, and applications., editors. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 1996. xvii, 437-xvii, p.
11. Baiju R, Peter E, Varghese N, Sivaram R. Oral Health and Quality of Life: Current Concepts. *J Clin Diagn Res*. 2017;11(6):Ze21-6.
12. Velazquez-Olmedo LB, Ortiz-Barrios LB, Cervantes-Velazquez A, Cardenas-Bahena A, Garcia-Pena C, Sanchez-Garcia S. [Quality of life related to oral health in older people. Evaluation instruments]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2014;52(4):448-56.
13. León S, Bravo-Cavicholi D, Giacaman RA, Correa-Beltrán G, Albala C. Validation of the Spanish version of the oral health impact profile to assess an association between quality of life and oral health of elderly Chileans. *Gerodontology*2014.
14. Steves CJ, Spector TD, Jackson SH. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age Ageing*. 2012;41(5):581-6.

15. Vasto S, Scapagnini G, Bulati M, Candore G, Castiglia L, Colonna-Romano G, et al. Biomarkers of aging. *Front Biosci (Schol Ed)*. 2010;2:392-402.
16. Carstensen LL. The influence of a sense of time on human development. *Science*. 2006;312(5782):1913-5.
17. Adams KB. Changing investment in activities and interests in elders' lives: theory and measurement. *Int J Aging Hum Dev*. 2004;58(2):87-108.
18. Hicks JA, Trent J, Davis WE, King LA. Positive affect, meaning in life, and future time perspective: an application of socioemotional selectivity theory. *Psychol Aging*. 2012;27(1):181-9.
19. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet*. 2015;385(9968):640-8.
20. Rodríguez-Fuentes M, Arpajón-Peña Y, Herrera-López IB. Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis estomatológica. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2016;15:0-.
21. United Nations, Affairs DoSaE. *World Economic and Social Survey 2007: development in an ageing world*. New York, United States: United Nations; 2007. Contract No.: E/2007/50/Rev.1 ST/ESA/314
22. Bloom DE. 7 billion and counting. *Science*. 2011;333(6042):562-9.
23. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*. 2009;374(9696):1196-208.
24. Aboderin IAG, Beard JR. Older people's health in sub-Saharan Africa. *Lancet*. 2015;385(9968):e9-e11.
25. World Health Organization. *Global health estimates 2013: deaths by cause, age, sex and regional grouping, 2000–2012*, Geneva, World Health Organization 2015 [Available from: <http://www.who.int/healthinfo/global> .
26. Cheng ER, Kindig DA. Disparities in Premature Mortality Between High- and Low-Income US Counties. *Prev Chronic Dis*. 92012.
27. Fertility rates, total (births per woman). In: *The World Bank Washington (DC): World Bank*,; 2015
28. Encuesta CASEN 2015, Informe de Desarrollo Social 2016. Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile; 2015.
29. León Barua R, Berenson Seminario R. Medicina teórica. : Definición de la salud. *Revista Medica Herediana*. 1996;7:105-7.
30. Salud mental: un estado de bienestar: Organización Mundial de la Salud; Diciembre 2013 [Available from: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.
31. Glick M, D. W. Vision 2020 Think Tank: A new definition for oral health 2016 [Available from: <http://www.fdiworlddental.org/>]
32. Yewe-Dyer M. The definition of oral health. *Br Dent J*. 1993;174(7):224-5.
33. Dolan TA. Identification of appropriate outcomes for an aging population. *Spec Care Dentist*. 1993;13(1):35-9.
34. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujcic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *J Public Health Dent*. 2017;77(1):3-5.

35. Laplace-Pérez BdIN, Legrá-Matos SM, Fernández-Laplace J, Quiñones-Márquez D, Piña-Suárez L, Castellanos-Almestoy L. Enfermedades bucales en el adulto mayor. *Correo Científico Médico*. 2013;17:477-88.
36. Innes N, Evans D. Caries prevention for older people in residential care homes. *Evid Based Dent*. 2009;10(3):83-7.
37. Ferro R, Besostri A, Strohmer L, Mazzucchelli L, Paoletti G, Senna A, et al. Oral health problems and needs in nursing home residents in Northern Italy. *Community Dent Health*. 2008;25(4):231-6.
38. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33(2):81-92.
39. Boehm TK, Scannapieco FA. The epidemiology, consequences and management of periodontal disease in older adults. *J Am Dent Assoc*. 2007;138 Suppl:26s-33s.
40. Burt BA. Periodontitis and aging: reviewing recent evidence. *J Am Dent Assoc*. 1994;125(3):273-9.
41. Pathak KA, Nason R, Talole S, Abdoh A, Pai P, Deshpande M, et al. Cancer of the buccal mucosa: a tale of two continents. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2009;38(2):146-50.
42. Mayne ST, Cartmel B, Kirsh V, Goodwin WJ, Jr. Alcohol and tobacco use prediagnosis and postdiagnosis, and survival in a cohort of patients with early stage cancers of the oral cavity, pharynx, and larynx. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2009;18(12):3368-74.
43. Bergdahl M, Bergdahl J. Low unstimulated salivary flow and subjective oral dryness: association with medication, anxiety, depression, and stress. *J Dent Res*. 2000;79(9):1652-8.
44. Craddock HL. Treatment and maintenance of a dentate patient with 'radiation caries'. *Sadj*. 2008;63(10):532, 4-7.
45. Lam A, Kiyak A, Gossett AM, McCormick L. Assessment of the use of xerogenic medications for chronic medical and dental conditions among adult day health participants. *Consult Pharm*. 2009;24(10):755-64.
46. Aranha AC, Eduardo Cde P, Cordas TA. Eating disorders part II: clinical strategies for dental treatment. *J Contemp Dent Pract*. 2008;9(7):89-96.
47. Karthik SJ, Arun KV, Sudarsan S, Talwar A, James JR. Evaluation of estrogen receptor and circulating estradiol levels in pre- and postmenopausal women with periodontal disease. *J Int Acad Periodontol*. 2009;11(3):202-5.
48. Doucet P, Lowenstein M. [Osteoclasts activation by bacterial endotoxins during periodontal diseases]. *Med Sci (Paris)*. 2006;22(6-7):614-20.
49. Zambrano LMG, Brandao DA, Rocha FRG, Marsiglio RP, Longo IB, Primo FL, et al. Local administration of curcumin-loaded nanoparticles effectively inhibits inflammation and bone resorption associated with experimental periodontal disease. *Sci Rep*. 2018;8(1):6652.
50. Aspriello SD, Zizzi A, Lucarini G, Rubini C, Faloia E, Boscaro M, et al. Vascular endothelial growth factor and microvessel density in periodontitis patients with and without diabetes. *J Periodontol*. 2009;80(11):1783-9.
51. Favia G, Maiorano E, Capodiferro S, Pilolli GP, Lacaita MG, Lajolo C, et al. Oral squamous cell carcinoma: a mono-institutional epidemiological study on 462

cases highlighting differences among young and adult patients. *Minerva Stomatol.* 2008;57(9):413-21.

52. Shaw RJ, McGlashan G, Woolgar JA, Lowe D, Brown JS, Vaughan ED, et al. Prognostic importance of site in squamous cell carcinoma of the buccal mucosa. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2009;47(5):356-9.

53. Zini A, Czerninski R, Sgan-Cohen HD. Oral cancer over four decades: epidemiology, trends, histology, and survival by anatomical sites. *J Oral Pathol Med.* 2010;39(4):299-305.

54. Santos LC, Cangussu MC, Batista Ode M, Santos JP. Oral cancer: population sample of the state of Alagoas at a reference hospital. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2009;75(4):524-9.

55. Martin JA, Buckwalter JA. Aging, articular cartilage chondrocyte senescence and osteoarthritis. *Biogerontology.* 2002;3(5):257-64.

56. Pigou A. *The Economics of Welfare.* 1st ed. New York 2001.

57. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry.* 1980;137(5):535-44.

58. Smith KW, Avis NE, Assmann SF. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: a meta-analysis. *Qual Life Res.* 1999;8(5):447-59.

59. Eckstein DA, Wu RL, Akinbiyi T, Silver L, Taub PJ. Measuring quality of life in cleft lip and palate patients: currently available patient-reported outcomes measures. *Plast Reconstr Surg.* 2011;128(5):518e-26e.

60. Seidl EMF, Zannon CMLdC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública.* 2004;20:580-8.

61. McGrath C, Broder H, Wilson-Genderson M. Assessing the impact of oral health on the life quality of children: implications for research and practice. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004;32(2):81-5.

62. Taillefer M, Dupuis G, Roberge M, al. e. Health-Related Quality of Life Models: Systematic Review of the Literature. November 2003;64(2):323.

63. Cummins RA, Gullone E, editors. Why we should not use 5-point Likert scales: The case for subjective quality of life measurement. *Proceedings, Second International Conference on Quality of Life in Cities; 2000; Singapore: National University of Singapore.*

64. Cummins Robert A. *Instruments Assessing Quality of Life. Assessing Adults with Intellectual Disabilities.* 2008.

65. Walker A, Mollenkopf H. *Quality of life in old age.* Netherlands 2005.

66. Bayarre Veá HD. Calidad de vida en la tercera edad y su abordaje desde una perspectiva cubana: an approach from the Cuban perspective. *Revista Cubana de Salud Pública.* 2009;35:110-6.

67. Rubio Olivares D, Rivera Martínez L, Borges Oquendo L, González Crespo F. Calidad de vida en el adulto mayor. *VARONA [Internet].* 2015;61:1-7.

68. Melguizo Herrera E, Acosta López A, Castellano Pérez B. Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia). *Revista Salud Uninorte.* 2012;28:261-8.

69. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería.* 2003;9:09-21.

70. Puig Llobet M, Rodríguez Ávila N, Farràs Farràs J, Lluch Canut MT. Calidad de vida, felicidad y satisfacción con la vida en personas ancianas de 75 años atendidas en un programa de atención domiciliaria. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011;19(3).
71. Gift HC, Atchison KA. Oral health, health, and health-related quality of life. *Med Care*. 1995;33(11 Suppl):Ns57-77.
72. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health*. 1988;5(1):3-18.
73. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling, 2nd ed. New York, NY, US: Guilford Press; 2005. xviii, 366-xviii, p.
74. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003;31 Suppl 1:3-23.
75. Gift HC, Atchison KA, Drury TF. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. *J Dent Res*. 1998;77(7):1529-38.
76. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res*. 2011;90(11):1264-70.
77. Gift HC, Atchison KA, Dayton CM. Conceptualizing oral health and oral health-related quality of life. *Soc Sci Med*. 1997;44(5):601-8.
78. Al Shamrany M. Oral health-related quality of life: a broader perspective. *East Mediterr Health J*. 2006;12(6):894-901.
79. Nikias M. Oral disease and quality of life. *Am J Public Health*. 1985;75(1):11-2.
80. Reisine ST. The impact of dental conditions on social functioning and the quality of life. *Annu Rev Public Health*. 1988;9:1-19.
81. McGrath C, Bedi R. Can dental attendance improve quality of life? *Br Dent J*. 2001;190(5):262-5.
82. Bennadi D, Reddy CVK. Oral health related quality of life. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*. 2013;3(1):1-6.
83. Slade GD. Measuring Oral Health and Quality of Life. Chapel Hill: University of North Carolina 1997.
84. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 1. London 2003. p. 40.
85. Locker D, Slade G. Oral health and the quality of life among older adults: the oral health impact profile. *J Can Dent Assoc*. 1993;59(10):830-3, 7-8, 44.
86. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. 1994;11(1):3-11.
87. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997;25(4):284-90.
88. Castrejon-Perez RC, Borges-Yanez SA. Derivation of the short form of the Oral Health Impact Profile in Spanish (OHIP-EE-14). *Gerodontology*. 2012;29(2):155-8.
89. León S, Bravo-Cavicchioli D, Correa-Beltrán G, Giacaman RA. Validation of the Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14Sp) in elderly Chileans. *BMC Oral Health*. 2014;14(1):95.

90. Norman GR, Sloan JA, Wyrwich KW. Interpretation of changes in health-related quality of life: the remarkable universality of half a standard deviation. *Med Care.* 2003;41(5):582-92.
91. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav.* 1997;38(1):21-37.
92. Birch S, Eyles J, Newbold KB. Proxies for healthcare need among populations: validation of alternatives--a study in Quebec. *J Epidemiol Community Health.* 1996;50(5):564-9.
93. Peres MA, Masiero AV, Longo GZ, Rocha GCd, Matos IB, Najnie K, et al. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública.* 2010;44:901-11.
94. Bustos-Vázquez E, Fernández-Niño JA, Astudillo-García CI. Autopercepción de la salud, presencia de comorbilidades y depresión en adultos mayores mexicanos: propuesta y validación de un marco conceptual simple. *Biomédica.* 2017;37:92-103.
95. Diaz-Reissner CV, Casas-García I, Roldán-Merino J. Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral: Impacto de Diversas Situaciones Clínicas Odontológicas y Factores Socio-Demográficos. Revisión de la Literatura. *International journal of odontostomatology.* 2017;11:31-9.
96. Ribeiro GR, Costa JL, Ambrosano GM, Garcia RC. Oral health of the elderly with Alzheimer's disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2012;114(3):338-43.
97. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *Jama.* 1995;273(1):59-65.
98. Wilson I CP. Linking clinical variables with health related quality of life. *JAMA* 1995 p. 59-65.
99. Ángel R TR. The impact of culture on the cognitive structure of illness. *Culture, Medicine and Psychiatry.* 1987
100. Argimon J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 3rd ed 2004.
101. Castrejon-Perez RC, Borges-Yanez SA, Irigoyen-Camacho ME. [Validation of an instrument for measuring the effects of oral health on the quality of life of older adults in Mexico]. *Rev Panam Salud Publica.* 2010;27(5):321-9.
102. Sanders AE, Slade GD, John MT, Steele JG, Suominen-Taipale AL, Lahti S, et al. A cross-national comparison of income gradients in oral health quality of life in four welfare states: application of the Korpi and Palme typology. *J Epidemiol Community Health.* 2009;63(7):569-74.
103. Montero J, Bravo M, Vicente MP, Galindo MP, Lopez JF, Albaladejo A. Dimensional structure of the oral health-related quality of life in healthy Spanish workers. *Health Qual Life Outcomes.* 2010;8:24.
104. Khalifa N, Allen FP, Abu-bakr HN, Abdel-Rahman EM. Psychometric properties and performance of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14 s-ar) among Sudanese adults. *J Oral Sci.* 2013;55.
105. Lopez-Jornet P, Camacho-Alonso F, Lucero Berdugo M. Measuring the impact of oral mucosa disease on quality of life. *Eur J Dermatol.* 2009;19(6):603-6.

106. Sousa PC, Mendes FM, Imperato JC, Ardenghi TM. Differences in responses to the Oral Health Impact Profile (OHIP14) used as a questionnaire or in an interview. *Braz Oral Res.* 2009;23(4):358-64.
107. Rubio Colavida JM, Robledo de Dios T, Llodra Calvo JC, Simón Salazar F, Artazcoz Osés J, González Andrés VL, et al. Criterios mínimos de los estudios epidemiológicos de salud dental en escolares. *Revista Española de Salud Pública.* 1997;71:231-42.
108. Fuente-Hernández Jdl, Sumano-Moreno Ó, Sifuentes-Valenzuela MC, Zelocatecatl-Aguilar A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Universitas Odontológica.* 2010;29(63):83-92.
109. Moya P, Chappuzeau, E, Caro, JC, Monsalves, MJ. Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. *Revista Estomatológica Herediana* [Internet]. 2012, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539373002> -Rd.
110. Rojas González C, Segovia Chamorro J, Raccoursier Schwerter V, Godoy Olave J, Lopetegui Buschmann M. Estado periodontal y necesidad de tratamiento en pacientes GES 60 años de Villa Alemana. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral.* 2010;3:86-9.
111. Ministerio del Desarrollo Social S. Estudio Nacional de la dependencia en las personas mayores. Chile 2009.
112. Wostmann 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. *J Dent.* 2008;36(10):816-21.
113. Nuttall NM, Steele JG, Pine CM, White D, Pitts NB. The impact of oral health on people in the UK in 1998. *Br Dent J.* 2001;190(3):121-6.
114. Castrejon-Perez RC, Borges-Yanez SA, Irigoyen-Camacho ME, Cruz-Hervert LP. Negative impact of oral health conditions on oral health related quality of life of community dwelling elders in Mexico city, a population based study. *Geriatr Gerontol Int.* 2017;17(5):744-52.
115. Mestriner SF, Almeida AdSQd, Mesquita LPd, Bulgarelli AF, Mestriner Junior W. Oral health conditions and quality of life of elderly users of the Unified National Health System. *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia.* 2014;62:389-94.
116. Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Reyes-Morales H, de la Fuente-Hernández J, Solórzano-Santos F, García-Peña C. Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales. *Salud Pública de México.* 2007;49:173-81.
117. Sheng X, Xiao X, Song X, Qiao L, Zhang X, Zhong H. Correlation between oral health and quality of life among the elderly in Southwest China from 2013 to 2015. *Medicine (Baltimore).* 2018;97(21):e10777.
118. Gabardo MCL, Moisés SJ, Moisés ST, Olandoski M, Olinto MTA, Pattussi MP. Multilevel analysis of self-perception in oral health and associated factors in Southern Brazilian adults: a cross-sectional study. *Cadernos de Saúde Pública.* 2015;31:49-59.

10. Anexos.

10.1 Documento de Consentimiento informado.

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres adultos mayores que son atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso y que se les invita a participar en el proyecto de investigación: “Asociación entre calidad de vida y autopercepción de salud oral en adultos mayores que asisten a la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso en 2018”.

Mauricio Vivanco y cols. (Claudia Aguilera y Valentina Pereira).

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- Acta informativa (proporciona información sobre el estudio).
 - Formulario de Consentimiento (para firmar si está de acuerdo en participar)
- Se le dará una copia del Documento completo de Consentimiento Informado.

PRIMERA PARTE: ACTA INFORMATIVA.

Somos estudiantes de la facultad de Odontología y trabajamos para nuestro proyecto de tesis. Estamos investigando sobre la asociación entre calidad de vida y autopercepción de salud oral en pacientes adultos mayores. Le vamos a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, haga las preguntas que necesite y denos tiempo para explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarnos a cualquiera de las 2 alumnas o al doctor que guía esta investigación.

A medida que las personas van envejeciendo existen distintos factores que afectan su calidad de vida, siendo esta última influida por factores objetivos como la salud física, estado psicológico, nivel de independencia, familia, educación, riqueza, creencias religiosas, servicios y transporte local, empleo, relaciones sociales, vivienda, medio ambiente, entre otros. Así como aspectos subjetivos que dependen de perspectivas culturales, valores, expectativas personales y objetivos de lo que queremos de la vida. También entran en juego nuestro nivel de aceptación de nuestra condición actual, y nuestra capacidad de regular los pensamientos negativos y emociones sobre esa condición. Es así como los primeros dos aspectos mencionados, la salud física y el estado psicológico, cobran importancia en la calidad de vida, pero no son las únicas variables que lo definen. Sin embargo, estos 2 aspectos juegan un rol importante en cómo se percibe a sí mismo una persona en cuanto a su salud, encontrándose el concepto de autopercepción de la salud, no teniendo claridad hasta ahora si existe de igual

forma una relación así entre la calidad de vida de una persona, y el cómo percibe su salud oral, esta es la razón por la que hacemos este estudio.

Esta investigación incluirá una única encuesta que será respondida por el participante, junto con una evaluación dental de su estado de salud oral.

Estamos invitando a todos los adultos mayores que asisten a la Facultad de Odontología para participar en la investigación sobre calidad de vida y auto percepción de salud oral.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que recibe en la Facultad y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Durante la investigación sólo será necesario su asistencia en una ocasión, donde le será entregada primero, la encuesta que debe ser rellena completamente, ésta tiene preguntas acerca de su salud física y oral. Posterior a esto se procederá al examen oral clínico, donde se le observará en el sillón dental, mediante espejo, cada uno de sus dientes. Además, se evaluará su salud periodontal (encías), a través de la medición con una sonda que se procederá a insertar entre la encía y el diente en 6 dientes específicos de su boca.

La investigación durará cinco meses en total. Durante ese tiempo, será necesario que venga a la clínica en **solo una ocasión**, por una hora aproximadamente.

Al participar en esta investigación no existen mayores riesgos para su salud física u oral, ya que no se intervendrá con ningún tipo de tratamiento invasivo, sino que se trata solo de un examen clínico mediante observación y medición.

Al participar en esta investigación es posible que experimente molestias durante la medición con la sonda periodontal.

Si usted participa en esta investigación, tendrá los siguientes beneficios: examen oral completo, derivación directa dentro de la misma Facultad con alumnos tratantes en caso de que presente alguna necesidad oral, ya sea por problemas en sus dientes o encías. En caso de que se encuentre en un estado de salud oral sano, puede que no haya beneficio para usted, pero es probable que su participación nos ayude a encontrar una respuesta a la pregunta de investigación. Puede que no haya beneficio para la sociedad en el presente estado de la investigación, pero es probable que generaciones futuras se beneficien.

Con esta investigación es posible que, si otras personas saben que usted participa, puede que le hagan preguntas. Nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y

nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Solo los investigadores sabrán cuál es su número. No será compartida ni entregada a nadie excepto a la docente guía y las alumnas que son parte de esta tesis.

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted, siempre que así lo desee, antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial. Después se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

Usted no tiene por qué participar en esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectará en ninguna forma a que sea tratado en esta Facultad. Usted todavía tendrá todos los beneficios que de otra forma tendría. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee sin perder sus derechos como paciente aquí. Su tratamiento en esta clínica no será afectado en ninguna forma.

Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité Ético-Científico de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaria administrativa, Srta. Mariana Rodríguez, al teléfono +56 32-2603136, o a través del mail institucional cec.uv@uv.cl.

SEGUNDA PARTE: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi atención dental en esta Facultad.

Nombre del Participante_____.

Firma del Participante _____.

A ____ de _____ del 2018.

10.2 CUESTIONARIO OHIP-14Sp.

Recomendaciones: Debe establecer desde un inicio al entrevistado que las preguntas serán en relación a cómo se sintió en el último año (12 meses). Marque con una cruz la alternativa de la respuesta que el encuestado prefiera. Para obtener una calificación por medio del método aditivo se sumará el código de cada respuesta para obtener una calificación para cada dimensión y para el instrumento completo (0- 56), implicando que la mayor calificación representará el mayor efecto de los trastornos bucodentales en la calidad de vida del entrevistado. Las preguntas sin respuesta se codificarán como valor de “cero”.

Nunca= 0, Casi Nunca= 1, Algunas veces= 2, Frecuentemente= 3, Siempre= 4.

Preguntas OHIP- 14Sp		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	¿Ha sentido que su aliento se ha deteriorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Ha sentido que su digestión ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Ha tenido dientes sensibles, por ejemplo debido a alimentos o líquidos fríos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	¿Ha tenido dolor de dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	¿Los problemas dentales lo/a han hecho sentir totalmente infeliz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	¿Se ha sentido inconforme con la apariencia de sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	¿Ha sido poco clara la forma en que usted habla por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	¿La gente ha malentendido algunas de sus palabras por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	¿Su sueño ha sido interrumpido por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	¿Ha estado molesto o irritado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	¿Ha sido menos tolerante con su pareja o familia por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	¿Ha tenido dificultades haciendo su trabajo habitual por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	¿Ha sido totalmente incapaz de funcionar por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	¿Ha sido incapaz de trabajar a su capacidad total por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total =						

León et al.: Validation of the Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14Sp) in elderly Chileans. BMC Oral Health 2014 14:95.

CUESTIONARIO DE AUTOPERCEPCIÓN.

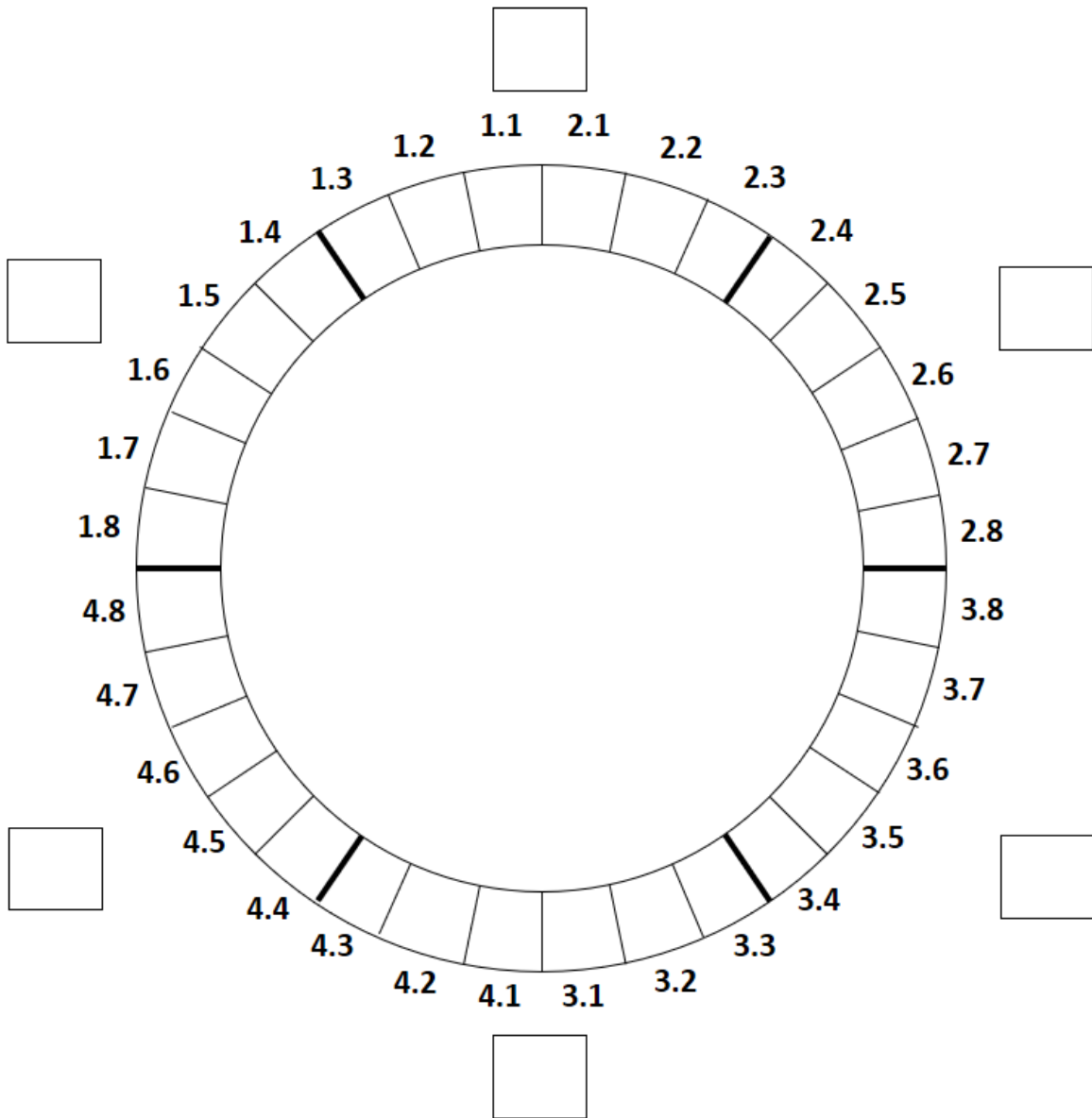
Pregunta de autopercepción		0	1	2	3	4
1	¿Cómo encuentra usted que está su salud oral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puede responder con las opciones de: 4=“Muy buena”, 3=“Buena”, 2= “Regular”, 1= “Mala”, 0= “Muy Mala”.

10.3 FICHA SOCIODEMOGRÁFICA.

Edad:	Género:
Nivel Educativo: <input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/> Básica completo <input type="checkbox"/> Media completa <input type="checkbox"/> Superior Completa	Ingresos Mensuales <input type="checkbox"/> 0 – 100.000 <input type="checkbox"/> 100.001 – 300.000 <input type="checkbox"/> > 300.001
Cobertura de salud <input type="checkbox"/> Fonasa <input type="checkbox"/> Isapre <input type="checkbox"/> Otra (FF.AA.)	Hábito Tabáquico (>3 cigarros diarios) <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Enfermedad Sistémica <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Cuáles: _____	Medicamentos de forma crónica <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Cuáles: _____
Año del último tratamiento odontológico:	Lugar del tratamiento:

10.4 PSR – Examen Periodontal abreviado.



CPITN: _____

10.5 Dentograma.

1.8	2.8
1.7	2.7
1.6	2.6
1.5	2.5
1.4	2.4
1.3	2.3
1.2	2.2
1.1	2.1
4.8	3.8
4.7	3.7
4.6	3.6
4.5	3.5
4.4	3.4
4.3	3.3
4.2	3.2
4.1	3.1

10.6 Resumen Examen clínico.

Examen Dentario	
Índice COPD: C _____ O _____ P _____	CPITN:
Total de dientes afectados: _____	
> 9 dientes perdidos: __ sí __ no	
Portador de Prótesis: __ sí __ no	Años de uso: _____ Estado: _____
Necesidad de tratamiento (especifique tipo): 	
Derivación a: 	

10.7 Carta de aprobación Comité de Ética.

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Comité de Revisión
Proyectos de Investigación

Valparaíso, 27 de Abril de 2018

Sr.
Prof. Dr. Mauricio Vivanco Barahona
Presente

De nuestra consideración:

Se realizó la evaluación de su Proyecto de Investigación titulado **“Asociación entre Autopercepción de Salud Oral, Calidad de Vida y Estado de Salud Oral en Adultos Mayores Atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso”**, bajo el código PreG-11-17, no encontrándose reparos desde el punto de vista metodológico ni bioético. En consecuencia, se aprueba la ejecución de su proyecto.

Atentamente,



Prof. Dr. Ricardo Moreno Silva
Presidente
Comité de Revisión
Proyectos de Investigación
Facultad de Odontología