



CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD, CALIDAD DE VIDA
RELACIONADA A LA SALUD ORAL Y SUS INSTRUMENTOS DE
MEDICIÓN

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Trabajo de investigación
requisito para optar al
Título de Cirujano Dentista.

Alumna: Macarena Aranda Espinoza

Docente guía: Prof. Dr. Fernando Ramírez Osé
Cátedra de Morfología Humana

Valparaíso – Chile
2017

Agradecimientos

Agradezco a mi familia (mamá, papá, hermano) por estar siempre a mi lado, acompañarme a lo largo de la carrera, y apoyarme, no solo en este trabajo, si no en todas las circunstancias.

A Pablo por aguantarme a lo largo de todos estos años, apoyarme, ayudarme y darme ánimos.

A los docentes que hicieron de esta experiencia más enriquecedora. Al doctor Fernando Ramírez por acompañarme a mí y mis compañeros en este proceso y en este trabajo de investigación. A los doctores Caroline Weinstein y Carlos Henríquez por su paciencia y apoyo en nuestro proyecto que no se realizará este año pero saldrá el próximo año, muchísimas gracias.

Y a todas las personas, amigos/as y familiares que siempre estuvieron y están alrededor dando una sonrisa y ánimos.

Índice

	Páginas
Introducción	1-2
Desarrollo	3-40
– Calidad de vida y calidad relacionada a la salud	3-7
– Mediciones de calidad de vida relacionada a la salud	8-13
– Calidad de vida relacionada la salud oral	14-17
– Mediciones de calidad de vida relacionadas a salud oral	18-21
– GOHAI	22-24
– OHIP-49	25-27
– OHIP-14	28-30
– Comparación entre versiones originales de GOHAI y OHIP-14	31-33
– Instrumentos utilizados en Chile (GOHAI, OHIP-49 y OHIP-14)	34-38
– Análisis y comparación de los instrumentos utilizados en Chile	39-40
Conclusiones	41-42
Referencias bibliográficas	43-49

Introducción

¿Calidad de vida? ¿Calidad de vida relacionada a la salud? ¿Cómo podemos medirla? Son palabras actualmente muy utilizadas y cada vez más estudios llevan estas palabras en sus encabezados, pero, ¿realmente las entendemos? ¿Sabemos las diferencias? Son temas importantes y que van fuertemente de la mano si eres un profesional de la salud, y si hablamos entre odontólogos ¿Cómo medimos la calidad de vida relacionada a la salud oral? ¿Qué significa? ¿Qué estudios podemos utilizar en nuestro país?

Aunque a veces confundidas, o tomadas como el mismo término, si hay una distinción entre calidad de vida (CV) y calidad de vida relacionada con salud (CVRS), sería que la calidad de vida es más amplia, incluidas las dimensiones cubiertas por las medidas generales de salud, pero que se extiende a otros temas. Y aunque el concepto de CV es amplio, todavía no tenemos un consenso claro sobre qué dimensiones deben incluirse¹.

El interés médico en la calidad de vida fue estimulado por el éxito en la prolongación de la vida, y por la comprensión de que los pacientes quieren vivir, no meramente sobrevivir.

Se han creado muchas escalas y cuestionarios para medir la calidad de vida relacionada con salud, que se han expandido desde términos objetivos como ingresos económicos o posesiones, hasta términos como satisfacción, desarrollo personal y la participación en la comunidad. Cada vez más, la evaluación de la calidad de vida se considera un componente esencial para evaluar los resultados de la atención sanitaria, incluidos resultados de los programas de salud pública.

Por lo tanto, las enfermedades que comprometen el sistema estomatognático son también enfermedades crónicas comunes que dada su alta prevalencia e impacto en la normal funcionalidad del organismo y en el aspecto psicológico del individuo y sociedad, afectan la calidad de vida de las personas.

Es por esto que nace el término calidad de vida relacionada a la salud oral, que abarca como afecta en la calidad de vida de las personas las patologías o condiciones orales como por ejemplo la caries dental, la enfermedad periodontal, pérdida de dientes, dolor, apariencia, etc.

Por consiguiente, también se han creado muchos instrumentos para medir calidad de vida relacionada a salud oral, creadas en diferentes países y validadas también en diferentes idiomas. Nuestro país no está exento de ellas, en Chile se están empezando a ocupar cada vez más estas mediciones con el fin de conocer el impacto de estas condiciones en la calidad de vida de chilenos.

Además en este trabajo abarcaremos los instrumentos que más se han utilizado en Chile, comparándolos para comprender en qué casos podemos utilizarlos para que sean efectivos en lo que quieren medir.

Desarrollo

Calidad de vida y calidad de vida relacionada a la salud

Desde los años 60 se empieza a hablar de calidad de vida en medicina², desde ese entonces se ha empezado a utilizar ampliamente este concepto y hemos tenido diferentes definiciones de calidad de vida a lo largo de los años, sin llegar a un consenso de la definición, esta gran dispersión y diversidad de concepciones puede derivar de la naturaleza diversa del concepto³ o bien a que este es un término multidisciplinario⁴.

Actualmente podemos decir que este concepto incorpora a 3 ramas: la economía, medicina y ciencias sociales, cada una de estas disciplinas ha promovido el desarrollo desde un punto de vista diferente a como debiera ser conceptualizada la calidad de vida⁵.

El concepto de calidad de vida se basa en 4 principios para su contextualización: 1) es multidimensional e influenciada por factores personales, ambientales y sus interacciones; 2) tiene los mismos componentes para todas las personas; 3) tiene componentes subjetivos y objetivos, y 4) se ve reforzada por la autodeterminación, los recursos, el propósito en la vida y el sentido de pertenencia⁵.

También tenemos características esenciales que están integradas en estos cuatro principios. Primero, calidad de vida existe en dos formas bastante diferentes: 1) Características objetivas que se pueden observar y medir dentro del dominio público a través de propiedades tales como cantidades físicas y frecuencias; y 2) un dominio subjetivo que existe solo dentro de la conciencia privada de cada individuo y se verifica solo a través de respuestas repetidas proporcionadas por la persona involucrada. Una consecuencia de esta dicotomía es que cualquier estimación integral de la calidad de vida debe comprender tanto medidas subjetivas como objetivas⁵.

Una de las definiciones de calidad de vida es según la organización mundial de la salud, que explicita algunas de las características de su concepto, tales como que se distingue la percepción de condiciones objetivas (por Ej. Recursos materiales) y condiciones subjetivas (satisfacción con ese recurso), la naturaleza multidimensional de la calidad de vida e incluye tanto funcionamientos positivos como dimensiones negativas⁶.

Bajo este marco, la OMS define calidad de vida como una percepción individual sobre la posición en la vida, en el contexto de cultura y sistema de valores en los

cuales las personas han vivido y en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones o intereses.

Se trata de un gran concepto afectado de una manera compleja por 6 dimensiones⁶:

1. Salud física: energía y fatiga, dolor y des confort, sueño y descanso)
2. Estado psicológico: imagen corporal y apariencia, sentimientos negativos, sentimientos positivos, autoestima, pensar, aprender, memoria y concentración
3. Nivel de independencia: movilidad, actividades del día a día, dependencia de medicinas, capacidad de trabajar)
4. Relaciones sociales: relaciones personales, apoyo social, actividad sexual
5. Relación con su ambiente: recursos financieros, libertad, seguridad física, salud y seguridad social (accesibilidad y calidad), ambiente en casa, oportunidad para adquirir nueva información y habilidades, participación y oportunidades de recreación, ambiente físico (contaminación, ruido, tráfico, clima), transporte.
6. Valores personales y creencias: religión, espiritualidad, creencias personales.

Se puede decir también que la literatura sobre calidad de vida concuerda fundamentalmente en tres cosas: 1) Es subjetiva, 2) el puntaje asignado a cada dimensión es diferente en cada persona y 3) el valor asignado a cada dimensión puede cambiar a través de la vida⁷. En este contexto es importante destacar la necesidad que plantean algunos autores de incorporar aspectos evolutivos en la evaluación específica de la calidad de vida⁸.

Aclarando un poco la definición de calidad de vida, nos podemos centrar en la rama de la calidad de vida relacionada a la medicina o la salud.

La calidad de vida cada vez se hizo más importante en la atención de la salud, ya que el tratamiento médico pudo extender más la duración de la vida, a veces, a expensas de la calidad de vida de la persona o mejorando la calidad de vida sin prolongar la duración de la vida⁹. La simple medición de las tasas de mortalidad ya no fueron suficientes para medir los cambios en la salud de la población¹⁰ y la medición de la calidad de vida fue tomando importancia debido al deseo de medir resultados más allá de la morbilidad y el funcionamiento biológico¹¹.

Así nació el concepto de calidad de vida relacionada con salud (CVRS), que a lo largo de los años ha creado conflictos en su utilización ya que no está del todo clara su diferencia con calidad de vida, o simplemente con estado de salud o estado de salud funcional¹².

Algunas definiciones de calidad de vida relacionada con salud según distintos autores a lo largo de los años:

Schipper, Clinch & Powell 1990¹³: Efectos funcionales de una enfermedad y su terapia sobre un paciente, percibido por el mismo paciente.

Bowling 1991¹⁴: Evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud actual, el cuidado de la salud y las actividades promotoras de la salud, en la habilidad para alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento general que permita seguir las metas valoradas de vida y que esto se refleje en su bienestar general.

Patrick & Erickson 1993¹⁵: Valor otorgado a la duración de la vida y su modificación por impedimentos, estado funcional, percepción y oportunidades sociales que son influenciadas por la enfermedad, daño, tratamiento o las políticas.

O'Boyle 1994¹⁶: Expresión de un modelo conceptual que intenta representar la perspectiva del paciente en términos cuantificables, la cual depende de su experiencia pasada, su estilo de vida presente, sus esperanzas y ambiciones para el futuro.

Shumaker & Naughton 1995¹⁷: Evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud actual, el cuidado de la salud y las actividades promotoras de la salud, en la habilidad para alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento general que permita seguir las metas valoradas de vida y que esto se refleje en su bienestar general.

Schipper 1996¹⁸: Efectos funcionales de una enfermedad y sus consecuencia en la terapia.

Awad 1997¹⁹: Percepción del sujeto de los resultados de la interacción entre la severidad de los síntomas psicóticos, efectos colaterales de la medicación y nivel de desarrollo psicosocial.

Wu 2000²⁰: Aspectos de la salud que pueden ser directamente vivenciados y reportados por los pacientes.

Burke 2001²¹: Evaluación subjetiva del paciente de los dominios de su vida que son percibidos como importantes durante un tiempo particular.

Echteld, Van Elderen, Van der Kamp 2003²²: Resultado cognitivo y afectivo del afrontamiento a estresores y disturbios percibidos contra los objetivos de la vida,

tales como la enfermedad específica y elementos generales; experimentar satisfacción con la vida y afectos positivos y la ausencia de efectos negativos.

Como se puede apreciar, hay discrepancias entre la definición de calidad de vida relacionada con salud entre los diferentes autores, para algunos, la CVRS es frecuentemente identificada como una parte de la calidad de vida general, mientras que otros sugieren que su uso es a menudo intercambiable con el de CV, asumiendo así que ambos constructos estarían evaluando similares dimensiones²³.

Pese a esta discrepancia, la gran mayoría de los autores sugieren que la CV debe ser diferenciada de la CVRS debido a que el término es utilizado en el campo de la medicina en su interés por evaluar la calidad de los cambios como resultado de intervenciones médicas²⁴, porque debe limitarse a la experiencia que el paciente tiene de su enfermedad²⁵, porque caracterizan la experiencia del paciente resultado de los cuidados médicos o para establecer el impacto de la enfermedad en la vida diaria, es decir, es una medición de salud desde la perspectiva de los pacientes.

En conclusión, podemos definir la calidad de vida relacionada con salud como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud²⁶.

Wilson y Cleary²⁵ elaboraron un modelo que integra dos diferentes tipos de marco comprensivos de la salud, uno desde el paradigma clínico, enfocado 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, como se puede apreciar en la figura 1.

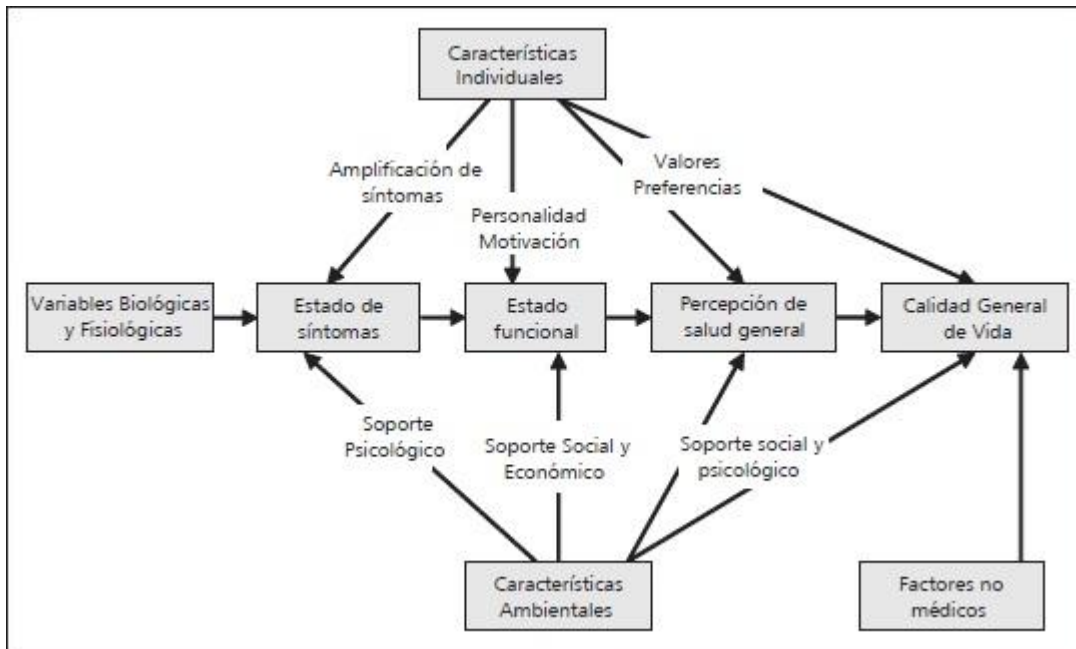


Figura 1 - Modelo de calidad de vida relacionada a la salud de Wilson y Cleary²⁵.

A pesar de que aún no existe consenso en esta definición ni su completa diferenciación con el término “calidad de vida” general, la información que podemos obtener de su estudio es un importante insumo en la formulación de objetivos, guías y políticas para los cuidados en salud, y ha sido beneficiosa en describir el impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes y en la evaluación de la efectividad de los tratamientos.

Es por esto que se vuelve imprescindible la medición de la calidad de vida relacionada a la salud.

Mediciones de calidad de vida relacionada a la salud

La evaluación de la CVRS se caracteriza a través de dos enfoques básicos: instrumentos genéricos (incluidos indicadores únicos, perfiles de salud y medidas de utilidad) e instrumentos específicos²⁷.

Instrumentos genéricos- perfiles de salud: Los perfiles de salud son instrumentos que intentan medir todos los aspectos importantes de la CVRS. Las principales ventajas de los perfiles de salud son que se ocupan de una amplia variedad de áreas y se pueden usar en prácticamente cualquier población, independientemente de la condición subyacente. Debido a que los instrumentos genéricos se aplican a una amplia variedad de poblaciones, permiten amplias comparaciones del impacto relativo de varios programas de atención médica. Sin embargo, los estos perfiles pueden ser menos sensibles a los cambios en condiciones o enfermedades específicas²⁸.

Instrumentos genéricos- medidas de utilidad: se derivan de la teoría económica y de decisión, y reflejan las preferencias de los pacientes para el proceso de tratamiento y el resultado. Permiten ser utilizados en análisis de costo-utilidad, que combinan duración y calidad de vida. Su utilidad en el análisis económico es cada vez más importante en una era de restricciones de costos en la que se pide a los proveedores de atención médica que justifiquen dedicar los recursos al tratamiento²⁸.

Instrumentos específicos: el segundo enfoque básico para la medición de la calidad de vida se basa en aspectos del estado de salud que son específicos del área de interés primario. La razón de ser de este enfoque radica en la mayor capacidad de respuesta que puede resultar incluir solo aspectos importantes de la CVRS que sean relevantes para los pacientes que se están estudiando. El instrumento puede ser específico de la enfermedad (como insuficiencia cardíaca o asma), a una población de pacientes (como los ancianos frágiles o niños), a una función determinada (como el sueño o la función sexual) o a un problema (como el dolor). Además las medidas específicas tienen la ventaja de relacionarse estrechamente con áreas exploradas rutinariamente por los médicos²⁸.

Los instrumentos de medición pueden ser acortados de su versión original o traducidos a diferentes idiomas.

¿Cómo sabemos si el cuestionario abreviado es un sustituto adecuado para la versión completa? Estadísticamente, se puede examinar la medida en que la variabilidad en las puntuaciones en el instrumento original se explica por los puntajes de la versión abreviada. Cuanto más correspondan las puntuaciones de

calidad de vida del instrumento corto con las de la versión original, más cómodos pueden estar los investigadores con el instrumento nuevo. Además la capacidad de respuesta y validez de la versión corta deben probarse contra el instrumento completo.

En cuanto a la traducción de cuestionarios, es probable que una traducción simple no sea adecuada. Se deben hacer retro-traducciones y pruebas previas, ya que el instrumento puede interpretarse de manera muy diferente en un nuevo idioma²⁹. Incluso si la traducción es adecuada, las diferencias culturales pueden afectar negativamente a las propiedades de medición de un instrumento³⁰. Para estar plenamente seguro de la validez de un instrumento en un idioma o cultura nueva, se requiere una repetición completa del proceso de validación³¹.

En cuanto a algunas mediciones de calidad de vida relacionada a la salud, podemos apreciarlas en la tabla I, junto con la escala que se utiliza para su medición, número de ítems, su aplicación o utilidad, su forma de administración y los estudios o publicaciones que han utilizado estos instrumentos³².

Instrumento	Escala	Numero de ítems	Aplicación	Administrado por (duración)	Estudios utilizando el método
Physical and Mental-Impairment-of -Function Evaluation (PAMIE) Gurel, 1972	Ordinal	77	Clínica	Personal (10-15 min)	Pocos
Quality of Well-Being Scale (Bush and Kaplan, 1973)	Ratio	18	Investigación	Entrevistador (7 min)	Muchos
OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (OARS, 1975)	Ordinal	144	Clínica	Entrevistador (45 min)	Muchos
McMaster Health Index Questionnaire (Chambers, 1976)	Ordinal	59	Clínica, encuestas	Autoadministración (20 min)	Varios
Sickness Impact Profile (Bergner, 1976)	Intervalo	136	Investigación, encuestas	Autoadministración (20-30 min)	Muchos
Comprehensive Assessment and Referral Evaluation (Gurland, 1977)	Ordinal	329	Clínica	Entrevistador	Muchos
Quality of Life Index (Spitzer, 1980)	Ordinal	5	Clínica	Autoadministración (2 min)	Muchos
Nottingham Health Profile (Hunt, 1981)	Intervalo	45	Clínica, encuesta	Autoadministración (10-15 in)	Muchos
Functional Status Questionnaire (Jette, 1986)	Ordinal	34	Clínica	Autoadministración (15min)	Varios
Short-Form-12 Health Survey (Stewart, 1987)	Ordinal	12	Encuesta	Autoadministración (3-4 min)	Muchos
COOP Charts for Primary Care Practice (Nealson, 1987)	Ordinal	9	Clínica	Autoadministración (<5 in)	Muchos
Health Utilities Index (Torrance and Feeny, 1990)	Ratio	31	Encuesta, clínica	Autoadministración, entrevistador (2-5 min)	Varios
EUROQoL EQ-5D Quality of Life Scale (EUROQoL Group, 1990)	Ratio	5	Investigación	Autoadministración	Muchos
Short-Form-36 Health Survey (Ware, 1990)	Ordinal	36	Encuesta	Autoadministración (5-10 min)	Muchos
Duke Health Profile (Parkerson, 1990)	Ordinal	17	Clínica	Autoadministración	Varios
Arthritis Impact Measurements Scale-2 (Meenan, 1992)	Ordinal	57	Clínica	Autoadministración (20 min)	Muchos
Functional Assessment of Cancer therapy (Cella, 1993)	Ordinal	27	Ensayo clínico	Autoadministración (5min)	Varios
EORTC Quality of Life Questionnaire QLQ-C30 (EORTC, 1993)	Ordinal	30	Clínica, investigación	Autoadministración (12 min)	Varios
WHO Quality of Life Scale (WHOQOL Group, 1994)	Ordinal	100	Clínica, encuestas	Autoadministración (10-20 min)	Varios

Tabla I – Cuestionarios de calidad de vida relacionada con salud³².

Algunos de los cuestionarios más utilizados en la medición de la CVRS son: *WHO quality of life scale*³³. *Short-form 36 health survey*³⁴ y el *EuroQoL EQ-5D quality of life scale*³⁵.

La OMS con la colaboración de 15 centros de salud, ha desarrollado 2 instrumentos para medir calidad de vida: *WHOQOL-100* y *WHOQOL-BREF*, que se pueden utilizar en diferentes escenarios culturales permitiendo resultados en diferentes poblaciones y países. Estos instrumentos tienen muchos usos, incluyendo su uso en la práctica médica, investigación y creación de políticas públicas.

El *WHOQOL-100*³³ fue desarrollado simultáneamente en 15 centros de salud alrededor del mundo. Los aspectos importantes de la calidad de vida y sus formas de ser preguntados fueron tomados en base a declaraciones hechas por pacientes con

un rango de enfermedades, personas sanas y por profesionales de la salud en una variedad de escenarios culturales. El instrumento fue probado evaluando su validez y confiabilidad en cada uno de los centros. El *WHOQOL-BREF* es una versión abreviada de *WHOQOL-100*, y fue desarrollado usando datos de las versiones de prueba de campo del *WHOQOL-100*. El *WHOQOL* está actualmente disponible en las de 20 idiomas y está siendo desarrollado en otros idiomas³³.

Se ha demostrado que tanto *WHOQOL-100* como *WHOQOL-BREF* muestran una buena validez discriminante, validez de contenido y confiabilidad de prueba-retest. .

A continuación se muestran los seis dominios generales de calidad de vida y las veinticuatro facetas cubiertas. Se incluyen cuatro ítems para cada faceta, así como cuatro ítems generales que cubren la CV general subjetiva y la salud, produciendo un total de 100 ítems en la evaluación. Todos los ítems están clasificados en una escala de cinco puntos (1-5).

Dominios y facetas incorporados dentro de dominios:

1. Salud física: energía y fatiga, dolor y malestar, sueño y descanso
2. Psicológico: imagen corporal y apariencia, sentimientos negativos, sentimientos positivos, autoestima, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración
3. Nivel de independencia: movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia de medicinas y ayuda médica, Capacidad de trabajo
4. Relaciones sociales: relaciones personales, apoyo social, actividad sexual
5. Medio Ambiente: recursos financieros, libertad, seguridad física y seguridad general, salud y asistencia social: accesibilidad y calidad, ambiente en el hogar, oportunidades para adquirir nueva información y habilidades, participación y oportunidades de recreación/ocio, medio ambiente físico (contaminación/ruido/tráfico/clima), transporte
6. Espiritualidad / Religión / Creencias personales: Religión / Espiritualidad / Creencias personales (Faceta única)

El *WHOQOL-100* tarda de diez a 20 minutos en completarse, y se necesita más tiempo para los encuestados ancianos o enfermos. Está destinado a la autoadministración pero puede ser administrado por un entrevistador cuando sea necesario³⁶.

Otra medición ampliamente usada es: *The Short-Form-36 Health Survey*³⁴ (*SF-36*)

La forma abreviada de 36 ítems del cuestionario del Estudio de Resultados Médicos (*SF-36*) fue diseñada como un instrumento genérico del estado de salud, para aplicarse a una amplia gama de tipos de condiciones de salud. Puede ser utilizado

en encuestas de población y estudios evaluativos de políticas de salud, ya que es útil para controlar a los pacientes con múltiples condiciones, para comparar el estado de salud de los pacientes con diferentes condiciones y para comparar a los pacientes con la población general³².

El SF-36 derivó del trabajo de *RAND Corporation* de Santa Mónica durante la década de 1970. Los resultados posteriormente fueron refinados y utilizados en el Estudio de Resultados Médicos (MOS, por sus siglas en inglés) de RAND, que se centró más estrechamente en el cuidado de enfermedades crónicas y psiquiátricas. Las encuestas MOS fueron exhaustivas, abarcando 40 conceptos de salud física y mental, y se produjeron varias formas abreviadas. En 1984 se produjo una escala de 18 ítems, seguida de la forma corta de 20 ítems (SF-20) en 1986. La SF-36 se construyó para responder a las críticas de las limitaciones en el SF-20. También se ha creado una versión más abreviada: la SF-12³⁷.

El SF-36 mide las siguientes ocho dimensiones (8 de las 40 originales):

1. Funcionamiento físico
2. Limitaciones de rol debido a problemas de salud física
3. Dolor corporal
4. Funcionamiento social
5. Salud mental general, que cubre la angustia psicológica y el bienestar
6. Limitaciones de rol debido a problemas emocionales
7. Vitalidad, energía o fatiga
8. Percepciones generales de salud

Las preguntas generalmente demoran de cinco a diez minutos en ser contestadas; Los encuestados de mayor edad pueden necesitar hasta 15 minutos y se puede utilizar la autoadministración en la mayoría de los pacientes³².

Y por último podemos mencionar la *The EuroQol EQ-5D Quality of Life Scale*³⁵.

La medida de calidad de vida europea (*EuroQol*) expresa el estado de salud en una puntuación de índice único. Está destinada para su uso en estudios evaluativos, como ensayos de medicamentos y en investigación de políticas³⁸. Es una escala genérica destinada para que pueda ser complementada, por ejemplo, por preguntas específicas de enfermedad.

La versión actual de EuroQol, el EQ-5D, cubre cinco dimensiones de la salud:

1. Movilidad
2. Autocuidado
3. actividades habituales

4. dolor / incomodidad
5. ansiedad / depresión

Cada dimensión se puede medir con 3 posibles respuestas: no describe problemas, problemas moderados o problemas graves.. Además, se obtiene una autoevaluación de la salud general a partir de una escala analógica visual de 20 cm, anclada a cero (el peor estado de salud imaginable) y 100 (estado de salud mejor imaginable). Y puede ser administrada en 90 segundos³².

En Chile se pueden encontrar diversas investigaciones en el campo de la CVRS. En cuanto a los cuestionarios genéricos de salud, se evaluó la estructura y se probó en la población chilena el cuestionario *WHOQOL-BREF*³⁹ y se validó el cuestionario *WHOQOL-BREF* en adultos mayores chilenos⁴⁰. También en el área gineco-obstétrica se ha reportado propiedades psicométricas de instrumentos para evaluar la CV en mujeres con menopausia⁴¹ o bien la evaluación del impacto en la vida de las mujeres debido a la menopausia⁴². En el campo pediátrico se han realizado investigaciones en el área del asma⁴³, en adenoamigdalectomizados⁴⁴, y en vitíligo⁴⁵. Y respecto a instrumentos específicos de la evaluación de CVRS, se han reportado investigaciones en pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico⁴⁶ y en hemodiálisis⁴⁷.

Calidad de vida relacionada a salud oral

Existe el concepto denominado *Oral Health-related Quality of Life (OHRQOL)*, traducido al español calidad de vida relacionada con salud oral (CVRSO), este concepto de estado de salud abarca el modelo biopsicosocial de salud en el que se incorporan los síntomas, el funcionamiento físico y el bienestar emocional y social⁴⁸, ya que la calidad de vida ahora se reconoce como un parámetro válido para la evaluación del paciente en casi todas las áreas de la salud física y mental, incluida la salud oral.

En 1976 se definieron por primera vez el desarrollo de indicadores sociodentales⁴⁹, desde ese entonces se han invertido muchos esfuerzos en desarrollar instrumentos para medir la CVRSO (Slade y Spencer, 1994; Broder et al., 2000; McGrath y Bedi, 2003).

La CVRSO es una herramienta multidimensional que "refleja la comodidad de las personas al comer, dormir y participar en la interacción social; su autoestima; y su satisfacción con respecto a su salud oral⁵⁰. Es el resultado de una interacción entre las condiciones de salud bucal, los factores sociales y contextuales⁵¹ y el resto del cuerpo⁵². En la figura 2, podemos observar los factores que componen la calidad de vida relacionada con salud oral, según Sischo y Broder, 2011⁵³, que incluye 5 categorías entre ellas la salud oral, la función, un componente social/emocional, el ambiente y expectativas del tratamiento.

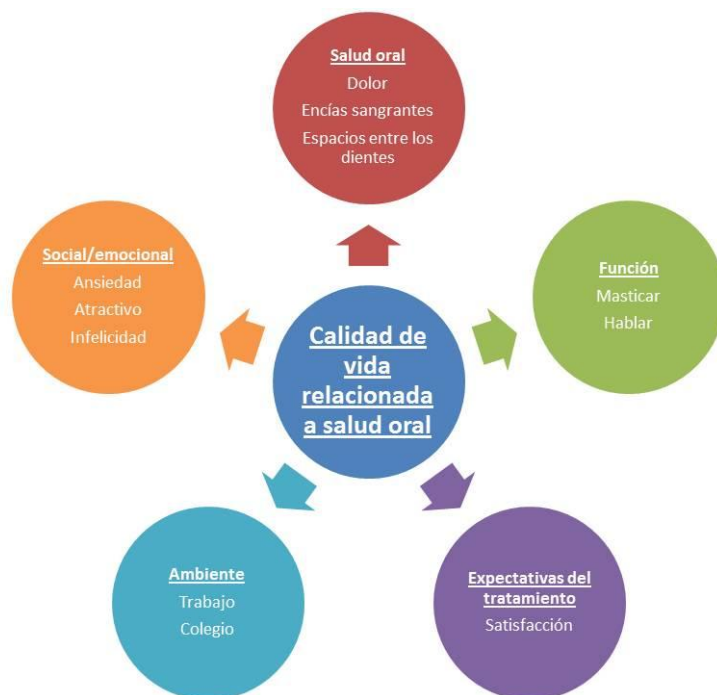


Figura 2 - Dimensiones que componen la calidad de vida relacionada a la salud oral⁵³.

Sischo y Broder en el año 2011⁵³ propusieron un modelo teórico de la CVRSO (figura 3), en el que incorpora factores biológicos, sociales, psicológicos y culturales. Este modelo fue adaptado del modelo de Wilson y Cleary (1995)²⁵, y se basa en la teoría de ciencias sociales y psicológicas, como también de hallazgos epidemiológicos. Vincula el estado de salud o las variables clínicas (por ejemplo, tipo/extensión del defecto), el estado funcional (por ejemplo, el habla), la apariencia oral y facial, el estado psicológico, calidad de vida relacionada a la salud oral y calidad de vida general. El modelo reconoce los efectos de los factores ambientales o contextuales (por ejemplo, factores socioculturales, educación, estructura familiar) y el acceso a la atención en salud oral y la calidad de vida relacionada. Además incorpora una psicología positiva que tiene implicaciones de gran alcance en la salud, ya que las fortalezas humanas, como el imitar y la conexión social, se han relacionado con una mejor inmunosupresión, resultados de salud y mortalidad⁵⁴.

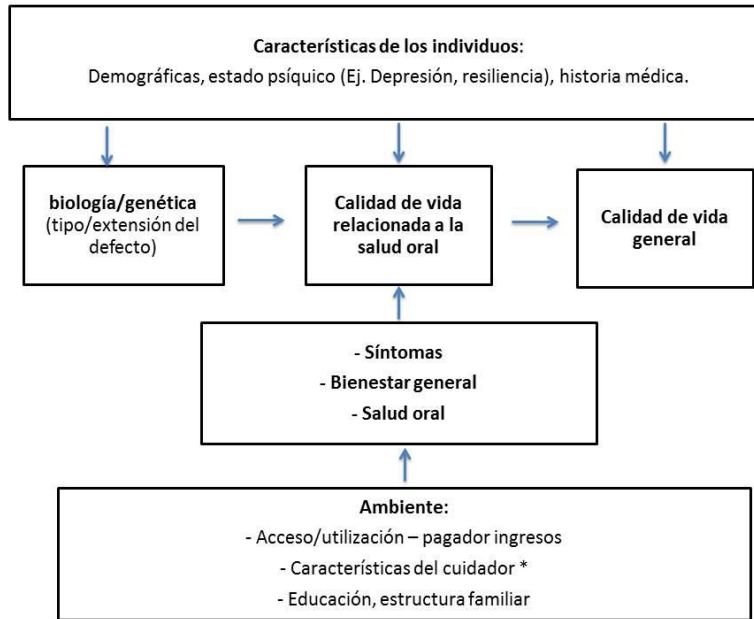


Figura 3 – Modelo teórico de calidad de vida relacionada a salud oral de Sischo y Broder (2011)⁵³.

Teóricamente, la CVRSO es una función de varios síntomas y experiencias que representa la perspectiva subjetiva de la persona, es un concepto multidimensional que captura la percepción de las personas sobre los factores que son importantes en su vida cotidiana.

Desde el año 2003 es considerado dentro de la OMS como una parte importante del Programa de Salud Oral Global, en el año 2015 en el congreso mundial de cuidado dental y salud oral para un envejecimiento saludable en una población en envejecimiento⁵⁵, se reconoció que el mantenimiento de la salud oral y dental durante la vida es un factor fundamental para mejorar la calidad de vida, ayudando a proteger contra las enfermedades no transmisibles y prevenir el agravamiento de estas enfermedades, puede contribuir a una mayor esperanza de vida saludable.

La importancia de evaluar la percepción del paciente sobre su salud y la presencia o ausencia de enfermedad, radica en la necesidad de contar con datos precisos para promover la salud, programas de prevención de enfermedades⁵⁶ y asignación de recursos de salud⁵⁷. Además, la evaluación de los pacientes sobre su calidad de vida relacionada con salud es a menudo muy diferente a la opinión que tienen los profesionales de salud⁵⁸.

Por lo tanto, una evaluación del estado de salud basada en el paciente es esencial para la medición de la salud.

Ya en el año 1976 nació la necesidad de desarrollar instrumentos para la medición del estado de salud oral centradas en el paciente, que fue reconocida por primera vez por Cohen y Jago⁵⁹. Desde entonces ha experimentado un rápido crecimiento, al ser una herramienta de utilidad práctica tanto en los procedimientos clínicos como también en la educación dental, no solo a nivel individual sino que extendiéndose al rango comunitario.

La utilidad de las mediciones dadas por los instrumentos son muy variables en la práctica clínica y enfocado en ella, sus usos son los siguientes⁶⁰:

- Identificación y priorización de problemas
- Facilitar la comunicación
- Detección de problemas ocultos
- Facilitar la toma de decisiones clínicas compartidas
- Seguimiento de cambios / respuestas al tratamiento⁶¹.

Mediciones en calidad de vida relacionada a salud oral

Diversos instrumentos de evaluación han pretendido estimar la relación existente entre ambas variables: calidad de vida y estado bucal. Sin embargo, lo anterior es de valoración especialmente subjetiva debido a estar directamente influenciado por las experiencias del sujeto y su personalidad lo que resulta en un proceso complejo que requiere de un gran esfuerzo metodológico. El objetivo de estos instrumentos de evaluación consiste en poder evaluar de la manera más objetiva posible el verdadero impacto que tiene la salud oral en la calidad de vida.

Al adentrarnos en el concepto de calidad de vida entramos en un terreno que presenta una serie de dimensiones que no son fáciles de evaluar ni distinguibles por un tercero, debido a que no pueden medirse de una manera directa o utilizando el método científico. Por esta razón el realizar meras evaluaciones físicas en relación a lo que se observa en la boca de una persona deja fuera una serie de elementos de mucho valor para un estudio que guarda directa relación con la percepción psicológica y social que éste considera relevante en relación a su salud oral y que poseen un alto valor para medir el impacto que tiene en la calidad de vida.

Fundamentalmente, hay 3 tipos de instrumentos para medir CVRSO según lo indicado por Slade⁶²:

- Indicadores sociales
- Autoevaluaciones globales de CVRSO
- Cuestionarios de selección múltiple.

Los indicadores sociales se utilizan para evaluar el efecto de las enfermedades bucales a nivel comunitario. Por lo general, se realizan grandes encuestas de población para expresar la carga de las enfermedades bucodentales por medio de indicadores sociales como: días de actividades restringidas, pérdida de trabajo y ausencia escolar debido a enfermedades orales.

Si bien los indicadores sociales son significativos para la formulación de políticas, tienen limitaciones en la evaluación de la CVRSO (Por ejemplo, utilizar la pérdida de trabajo para medir el impacto de las enfermedades orales no es un buen indicador para aquellos que no están trabajando)

Las autoevaluaciones globales o evaluaciones de un único ítem, son aquellas que se les pregunta a las personas una sola pregunta general sobre su salud oral. Las opciones de respuesta a esta pregunta global pueden estar en un formato de escala analógica categórica o visual (VAS). Por ejemplo, una pregunta global que pregunta: "¿Cómo califica su salud bucal hoy?" Puede tener respuestas categóricas que van desde "Excelente" a "Pobre" o respuestas VAS en una escala de 100 mm.

Y por último los cuestionarios de selección múltiple son los más utilizados para medir la CVRSO. Los investigadores han desarrollado instrumentos de calidad de vida específicos para la salud oral y este número continúa creciendo rápidamente para cumplir demandas de medidas más específicas.

Estas medidas se pueden clasificar, al igual que los instrumentos para medir calidad de vida relacionada a la salud general, en instrumentos genéricos, que miden la salud oral en general y en instrumentos específicos, los cuales pueden ser especializados para medir dimensiones específicas de salud bucal como ansiedad relacionada a la atención dental⁶³, algunas condiciones como cáncer de cabeza y cuello⁶⁴ y deformidades dento-cranio-faciales⁶⁵ o también para evaluar poblaciones más específicas como el impacto de la dentadura en el estado nutricional de adultos mayores⁶⁶ o niños⁶⁷.

Para poder conocer la calidad de salud oral relacionada con la calidad de vida se han usado múltiples cuestionarios los cuales se caracterizan por ser muy diversos variando ampliamente respecto del formato de las preguntas, el número de las mismas y las respuestas.

En la primera Conferencia Internacional sobre la medición de la Salud Oral⁶⁸, se presentaron diez instrumentos de medición de CVRSO, los cuales fueron evaluados en cuanto a sus propiedades psicométricas, tales como confiabilidad, validez y capacidad de respuesta.

Estos instrumentos al ser ampliamente utilizados, deben tener algunas propiedades necesarias para poder ser usados en la práctica clínica, como por ejemplo:

- Validez
- Adecuación y aceptabilidad
- Confiabilidad
- Capacidad de respuesta al cambio
- Interpretabilidad⁶¹.

En la tabla II se muestran algunos cuestionarios junto con sus autores y el año de creación, ordenados por año y en la tabla III se muestran algunos cuestionarios junto con las dimensiones que miden, el número de preguntas que incluyen y el formato de respuestas de estos⁶⁹.

Autores, año de publicación	Nombre del instrumento
Cushing et al, 1986	Social Impacts of Dental Disease
Atchison and Dolan, 1990	Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)
Strauss and Hunt, 1993	Dental Impact Profile
Slade and Spencer, 1994	Oral Health Impact Profile (OHIP)
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-QoL UK

Tabla II - Ejemplos de medidas actualmente disponibles de estado de salud.

Instrumento	Dimensiones medidas	Nº de preguntas	Formato de respuesta
<i>Social dental scale</i>	Masticar, hablar, sonreír, reír, dolor, apariencias.	14	Si/No
<i>RAND Dental health index</i>	Dolor, preocupación, conversación.	3	4 categorías, desde «para nada» a «una gran cantidad»
<i>General oral health assessment Index</i>	Masticas, comer, contactos sociales, apariencia, dolor, preocupación, inseguridad	12	6 categorías, desde «siempre» a «nunca»
<i>Dental impact profile</i>	Apariencia, comer, hablar, confianza, felicidad, vida social, relaciones	25	3 categorías, buen efecto, mal efecto, ningún efecto.
<i>Oral health impact profile (OHIP)</i>	Función, dolor, discapacidad física, discapacidad social, minusvalía.	49	5 categorías de «muy seguido» a «nunca»
<i>Subjective oral health status indicators</i>	Masticar, hablar, síntomas, comer, comunicación, relaciones sociales.	42	Varias dependiendo del formato de la pregunta
<i>Oral-health quality of life inventory</i>	Salud oral, nutrición, percepción de la propia salud oral, calidad de vida general.	56	Parte A: 4 categorías : de «para nada» a «una gran cantidad» Parte B: de «feliz» a «infeliz»
<i>Dental impact on daily living</i>	Comodidad, apariencia, dolor, actividades diarias, comer.	36	Varias dependiendo del formato de la pregunta
<i>Oral health related quality of life</i>	Actividades diarias, actividades sociales, conversación.	3	6 categorías de «todo el tiempo» a «nunca»
<i>Oral impacts on daily performances</i>	Desempeño en comer, hablar, higiene oral, dormir, apariencia emocional	9	Varias dependiendo del formato de la pregunta

Tabla III – Cuestionarios de calidad de vida relacionada con salud oral⁶⁹.

Como se aprecia en la Tabla II, uno de los primeros indicadores sociodentales publicado en 1986 por Cushing y cols. fue el Impacto Social de los Problemas Dentales (*Social Impact of Dental Disease*)⁷⁰, el cual reportó que el número de dientes con caries se correlacionaba positivamente con el impacto psicosocial asociado a problemas dentales de restricción en la alimentación e insatisfacción estética.

Entre los instrumentos que miden el efecto de las enfermedades orales en el diario vivir, podemos mencionar la encuesta Impacto Dental sobre la Vida Diaria (*Dental Impact on Daily Living o DIDL*) creada por Leao y Sheiham en el año 1996⁷¹ la cual consiste en 36 preguntas distribuidas en 5 escalas: comodidad, apariencia, dolor, comportamiento y restricción en las comidas. Los impactos de cada pregunta se codifican de la siguiente forma: +1= positivo, 0= impacto no considerado totalmente negativo, -1= impacto negativo. El valor de cada dimensión sobre una base individual se calcula dividiendo la suma de respuestas de cada dimensión por el posible puntaje total en la escala. Para construir un puntaje total, se calculan primero los puntajes dentro de cada dimensión, multiplicando la suma de las respuestas de la dimensión por el valor de la dimensión y luego se suman los puntajes de las dimensiones para dar un puntaje DIDL. Y el cuestionario Impacto oral sobre el diario vivir (*Oral impacts on daily performances*), creado por Adulyanon y Sheiham en el año 1997⁷² el cual cuenta con 9 preguntas y algunas de las dimensiones que contempla son el desempeño en comer, hablar, la higiene oral, dormir y apariencia emocional.

A continuación se analizarán en mayor profundidad algunos de los índices más utilizados en odontología, empezando por el *Geriatric oral health assessment index*, seguido del *OHIP-49* y *OHIP-14*.

Geriatric oral health assessment index (GOHAI)⁷³.

El índice de evaluación de salud oral geriátrica (GOHAI) mide los problemas funcionales orales de los pacientes de una manera sencilla. También está diseñado para estimar el grado de impacto psicosocial asociado a enfermedades orales, y se está probando como una medida de resultado (*outcome measure*) para evaluar la efectividad del tratamiento dental.

La medida, basada en una definición de salud oral centrada en adultos mayores, incluye elementos relacionados con la ausencia de dolor e infección, y la capacidad del paciente para continuar en sus capacidades sociales.

Construcción del instrumento:

Tras una revisión de la literatura y una consulta con los proveedores de atención en salud y pacientes, se desarrolló un instrumento piloto de 36 ítems.

El desarrollo se basó en estudios previos de medición del estado de salud, fundados en revisiones de la literatura sobre salud oral y efectos de enfermedades, y cuestionarios existentes sobre el estado funcional oral, satisfacción del paciente, síntomas orales y mediciones de autoestima y sociales. Se proporcionaron ideas adicionales a través de consultas con proveedores de atención médica e investigación cualitativa con personas que asistieron a centros para adultos mayores en Los Ángeles y una clínica dental del hospital de Veteranos (USA).

Se seleccionaron ítems para reflejar los problemas que afectan a las personas en tres dimensiones:

1. Función física: que incluye comer, hablar y tragar
2. Función psicosocial: que incluye la preocupación causada por la salud oral, la insatisfacción con la apariencia, la autoconciencia sobre la salud oral y evitar contactos sociales debido a problemas orales
3. Dolor o incomodidad: incluido el uso de medicamentos para aliviar el dolor o la incomodidad de la boca.

Se realizó una prueba previa (*pre-test*) del instrumento: el GOHAI se probó inicialmente en una muestra de conveniencia de 87 adultos mayores. A continuación, se administró el instrumento ya revisado a una muestra de 1911 beneficiarios. Los criterios de inscripción para el estudio de fueron tener al menos 65 años de edad, ser participante de *Medicare* (programa de cobertura de seguridad social administrado por el gobierno de Estados Unidos para adultos mayores), hablar inglés, tener un teléfono y no tener enfermedades terminales o demencial. Las pruebas iniciales fueron realizadas en 1755 de estos pacientes.

El instrumento de prueba original contenía 36 ítems. Se le pidió los encuestados que estimaran la frecuencia sus problemas orales utilizando una escala Likert de cinco puntos, de siempre (5 puntos) a nunca (1 punto). Las respuestas a los 36 ítems originales se evaluaron para la selección del instrumento final, se evaluaron también las distribuciones de frecuencia y la correlación entre los ítems y la consistencia interna (*alfa* de Cronbach).

Esto derivó en un instrumento final, el cual contiene 12 ítems que representan las tres dimensiones hipotéticas. Los elementos, elegidos fueron redactados tanto positiva como negativamente y se eligió una escala Likert de seis puntos, siempre (5), muy a menudo (4), a menudo (3), a veces (2), raramente (1) o nunca (0), para sus respuestas. El puntaje final es determinado sumando los puntajes de cada uno de los 12 ítems, pudiendo variar desde 0 a 60, la figura 4 se pueden observar las 12 preguntas originales.

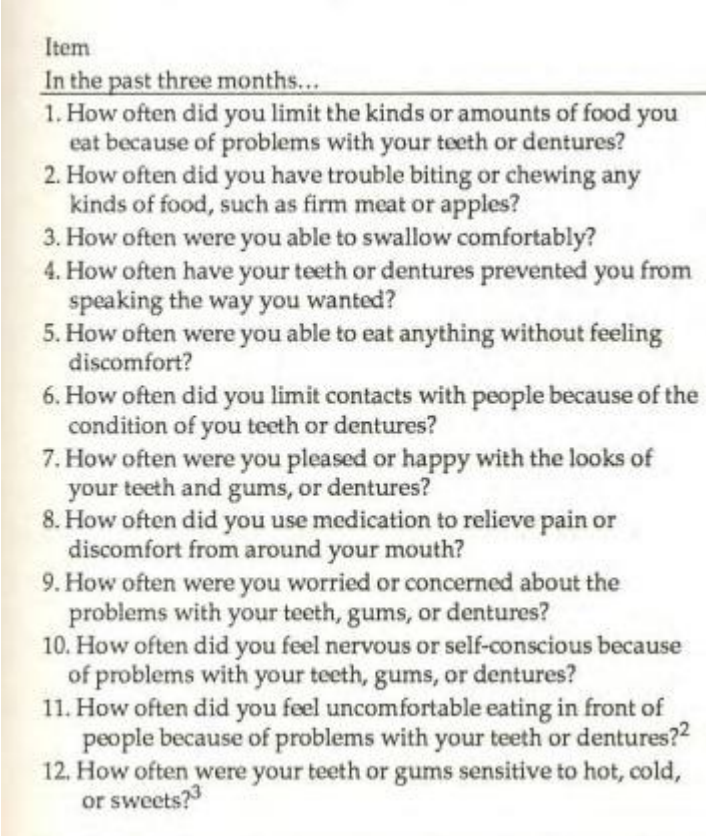
- 
- Item
- In the past three months...
1. How often did you limit the kinds or amounts of food you eat because of problems with your teeth or dentures?
 2. How often did you have trouble biting or chewing any kinds of food, such as firm meat or apples?
 3. How often were you able to swallow comfortably?
 4. How often have your teeth or dentures prevented you from speaking the way you wanted?
 5. How often were you able to eat anything without feeling discomfort?
 6. How often did you limit contacts with people because of the condition of you teeth or dentures?
 7. How often were you pleased or happy with the looks of your teeth and gums, or dentures?
 8. How often did you use medication to relieve pain or discomfort from around your mouth?
 9. How often were you worried or concerned about the problems with your teeth, gums, or dentures?
 10. How often did you feel nervous or self-conscious because of problems with your teeth, gums, or dentures?
 11. How often did you feel uncomfortable eating in front of people because of problems with your teeth or dentures?²
 12. How often were your teeth or gums sensitive to hot, cold, or sweets?³

Figura 4 - Preguntas originales (inglés) del cuestionario GOHAI

Varios estudios se han llevado a cabo desde el estudio original, pero el número de respuesta en la escala de Likert ha cambiado desde las seis categorías originales a cinco categorías (del 1 al 5), que han elegido la mayoría de los investigadores⁷⁴.

El GOHAI se ha utilizado en una variedad de estudios, utilizándolo como una herramienta epidemiológica para medir problemas orales y también como una medida de resultados. Proporciona información de los problemas funcionales orales auto reportados por los pacientes.

Además, ha sido probado en una variedad de muestras de sujetos, de diferentes edades y diferentes razas. Las pruebas de confiabilidad sugieren que es aceptable en todas las muestras probadas hasta el momento, y dado que parece tener una confiabilidad y validez aceptable en todas las edades, K. Atchison en 1997⁷⁴, recomienda que el nombre del instrumento se cambie a *Índice General de Evaluación de Salud Oral*, sin cambiar su sigla *GOHAI*.

El *GOHAI* ha sido traducido en diferentes idiomas y validado en diferentes países como, Estados Unidos donde fue creado⁷³, y otros países como China⁷⁵, Alemania⁷⁶, Arabia Saudita⁷⁷, Francia⁷⁸, Japón⁷⁹ y Suecia⁸⁰, entre otros.

***Oral Health Impact Profile 49 (OHIP-49)*⁸¹.**

El cuestionario *Oral Health Impact Profile 49 (OHIP-49)*, posee 49 preguntas. Inicialmente creado en Australia por Slade y Spencer en 1994, su objetivo fue desarrollar un cuestionario que pueda ser utilizado como un índice de medición del impacto social de las enfermedades orales.

La estructura del cuestionario consta de siete dimensiones: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social y minusvalía, cada una de las cuales consta de un set de preguntas (con un total de 49 preguntas), las respuestas son escala de tipo Likert del 0 al 4, pudiendo variar su puntaje de 0 a 196.

Los métodos utilizados por Spencer y Slade siguen los enfoques utilizados en el desarrollo de índices comparables de cuestionarios de estados de salud general (Gilson et al., 1975; Hunt et al., 1986), el concepto general involucra identificar un modelo conceptual y usar métodos de investigación empíricos para obtener un rango de preguntas, y asociar un peso numérico que podría ser combinado para crear puntajes a cada índice.

Se utilizaron 5 pasos específicos:

1- Modelo conceptual: Se ocupó un modelo ya existente de salud oral (Locker, 1988) para poder identificar las dimensiones conceptuales del impacto social, en este modelo la enfermedad puede llevar a la discapacidad, definida como cualquier pérdida anatómica o anormalidad, siendo la pérdida de un diente un ejemplo de ello, por ende la discapacidad nos puede llevar a limitaciones funcionales, las cuales se describen como pérdida de función de alguna parte del cuerpo o sistema. Otra consecuencia de la discapacidad puede ser el dolor y el malestar ya sea físico o psicológico, cualquiera de estos puede conducir a una incapacidad física, psicológica o social, discapacidad social es cualquier limitación o ausencia de habilidad para desarrollar actividades de la vida cotidiana, la última consecuencia es la minusvalía, caracterizada como la experiencia de desventaja, como por ejemplo una persona que ha experimentado problemas con su trabajo debido a problemas para comunicarse claramente. Estos conceptos enfatizan las diferencias cualitativas en la experiencia del impacto social como los diferentes medios para llegar a esta experiencia. Los individuos son más susceptibles de discapacidad si experimentan dolor y limitación funcional, y más susceptibles de minusvalía si experimentan discapacidad, dolor y limitación funcional.

2- Obtener enunciados sobre impacto social:

Se recolectó un conjunto de enunciados sobre el impacto social durante entrevistas a un grupo de 64 pacientes odontológicos (referidos como grupo paciente), las preguntas fueron de respuesta abierta, se referían a las experiencias de desórdenes dentales y las respuestas fueron grabadas. Los enunciados fueron reducidos a uno más pequeños que contenían la descripción de un evento único asociado a desórdenes dentales, el procedimiento de la reducción involucró un análisis de la forma y el contenido de los enunciados de manera individual, su agrupación en temas comunes, y obtener enunciados que se refieran a solo aspecto del modelo impacto social de Locker.

3- Peso de los enunciados

Se obtuvo un set de 49 enunciados del grupo paciente, que fueron pesadas usando el método de Thurstone de comparaciones pareadas (Edwards, 1957), para reflejar la importancia relativa de cada enunciado. Este paso fue realizado para saber qué problema tenía más impacto (un dolor dental fuerte tiene más impacto que la sensibilidad dentaria a cambios térmicos). Se ocupó un jurado de 328 personas (instruidas en el ámbito odontológico), a los que se les pidió que compararan los enunciados de cada dimensión unos contra otros (en pares) sin excepción, usando todas las combinaciones posibles. Los resultados fueron convertidos a pesos numéricos usando los métodos descritos por McKenna et al. (1981). El consenso entre los jurados fue determinado usando el método u de Kendall, el cual refleja el nivel de acuerdo entre los jueces.

4- Confiabilidad del perfil de impacto de salud oral

Cada enunciado fue re estructurado como pregunta y las 49 preguntas fueron administradas por un entrevistador a un cohorte de personas de 60 años o más (la muestra fue dividida en números iguales de mujeres y hombre en los siguientes grupos de edad: 60-64, 65-69, 70-74, 75-79 y de 80 años en adelante). La confiabilidad fue determinada por el coeficiente alfa de Cronbach, también se midió la estabilidad usando *intraclass correlation co-efficient*, preguntando el cuestionario a un sub-grupo del cohorte 3 meses después.

5- Validez del perfil de impacto de salud oral

La validez fue determinada usando noción de validez convergente (Kaplan et al., 1976) comparando las respuestas de OHIP del cohorte, 20 meses después con las respuestas de un conjunto distinto de ítems de impacto social.

La investigación fue revisada y aprobada por el comité de ética de la universidad de Adelaide (Australia).

La investigación dio fruto al perfil de impacto en salud oral OHIP-49, el cual ha sido ocupado internacionalmente, traducido y validado en diferentes idiomas y países, tales como Holanda⁸², Rumania⁸³, México⁸⁴ y Chile⁸⁵, entre otros.

Estudios epidemiológicos que han utilizado el *OHIP* han encontrado que, dientes perdidos, caries no tratadas, pérdida de inserción periodontal y barreras de acceso al cuidado dental están asociadas a mayores niveles de impacto sobre el bienestar/calidad de vida del paciente^{86,87}.

Oral health impact profile-14 (OHIP-14)⁸⁸.

En 1997 Gary Slade desarrolló un cuestionario abreviado del OHIP-49, por motivos relacionados a que algunos investigadores no podían aplicar todo el cuestionario con las 49 preguntas, por ejemplo las investigaciones en servicios de salud requerían de instrumentos más breves. Aunque según los principios psicométricos la validez del instrumento se reduce cuando se reduce el número de preguntas⁸⁹.

El método para su creación se describe a continuación:

El documento se desarrolló con los resultados del análisis secundario de los datos recopilados en 1991/92 durante el estudio con el cual se desarrolló el OHIP-49. Los sujetos fueron una muestra aleatoria estratificada de personas que viven en Adelaide con más de 60 años, 1650 personas participaron en una entrevista cara a cara en la que se les preguntó sobre las visitas al dentista, las condiciones médicas y sus características sociodemográficas. Los datos para este informe provienen de 1217 cuestionarios OHIP autoadministrados y 716 exámenes orales clínicos que se realizaron a personas que tenían dentadura.

Para cada una de las 49 preguntas de OHIP, se preguntó a las personas con qué frecuencia habían experimentado el impacto en los últimos 12 meses. Las respuestas se hicieron en una escala tipo Likert y se codificaron 4 = "muy a menudo", 3 = "con bastante frecuencia", 2 = "ocasionalmente", 1 = "casi nunca" y 0 = "nunca".

El primer paso para su confección consistió en la eliminación de ítems en los que el 5% o más de las respuestas se dejaron en blanco o se marcaron como "no sé". Este porcentaje de falta de respuesta fue seleccionado para identificar las preguntas que causaron mayores problemas con la interpretación. Luego, se utilizaron tres procedimientos estadísticos con la intención de derivar un subconjunto de aproximadamente 10-15 preguntas que pudieran capturar la mayor cantidad de información posible del cuestionario OHIP de 49 preguntas.

1. Análisis de confiabilidad interna: se utilizó el coeficiente *alfa* de Cronbach para determinar si la eliminación de preguntas aumentaría la confiabilidad del instrumento.
2. Se realizó un análisis de factores principales para identificar un conjunto de factores subyacentes que contribuyen a las respuestas de OHIP.
3. Se utilizó la regresión de mínimos cuadrados con la puntuación total del OHIP (obtenida al sumar las respuestas codificadas tipo Likert de todas las preguntas) como la variable dependiente y cada pregunta fue una variable independiente. Se seleccionaron 14 ítems y no se permitieron más de dos ítems de cada dimensión conceptual.

Cuando se llegó al conjunto final de preguntas (las cuales se muestran en la figura 5), se investigó la validez del OHIP-14 determinando si sus asociaciones con variables sociodemográficas y clínicas eran similares a las asociaciones entre el OHIP completo (OHIP-49). Las diferencias entre los subgrupos de cada variable sociodemográfica se evaluaron mediante el análisis de varianza.

Estos hallazgos transversales proporcionaron resultados alentadores, lo que sugiere que el OHIP-14 tiene buenas propiedades estadísticas y validez.

En conclusión, un procedimiento de regresión controlada permitió la identificación de un subconjunto de 14 preguntas sobre el impacto social de la enfermedad oral que representó el 94% de la variación en los puntajes OHIP totales y que tenía un coeficiente de confiabilidad interna (*alfa*) de 0,88. Los puntajes resumidos basados en el OHIP-14 mostraron el mismo patrón de variación entre los grupos sociodemográficos que se observó con el OHIP-49, y tanto el OHIP-14 como el OHIP-49 dieron como resultado modelos multivariados similares que relacionan el estado oral y las variables sociodemográficas.

El OHIP-14 contiene preguntas que conservan las dimensiones conceptuales originales contenidas en el OHIP, y esas preguntas tienen una buena distribución de las prevalencias, sugiriendo que el instrumento debería ser útil para medir calidad de vida cuando se requiera de un instrumento más acotado.

Table 4. Questions and weights for the OHIP-14*

Dimension	Question	Weight
Functional limitation	Have you had trouble <i>pronouncing any words</i> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0.51
	Have you felt that your <i>sense of taste</i> has worsened because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0.49
Physical pain	Have you had <i>painful aching</i> in your mouth?	0.34
	Have you found it <i>uncomfortable to eat any foods</i> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0.66
Psychological discomfort	Have you been <i>self-conscious</i> because of your teeth, mouth or dentures?	0.45
	Have you <i>felt tense</i> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0.55
Physical disability	Has your <i>diet been unsatisfactory</i> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0.52
	Have you had to <i>interrupt meals</i> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0.48
Psychological disability	Have you found it <i>difficult to relax</i> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0.60
	Have you been a bit <i>embarrassed</i> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0.40
Social disability	Have you been a bit <i>irritable with other people</i> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0.62
	Have you had <i>difficulty doing your usual jobs</i> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0.38
Handicap	Have you felt that life in general was <i>less satisfying</i> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0.59
	Have you been <i>totally unable to function</i> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0.41

* Responses are made on a 5-point scale, coded 0=never, 1=hardly ever, 2=occasionally, 3=fairly often, 4=very often. Within each dimension, coded responses can be multiplied by weights to yield a subscale score.

Figura 5 - Preguntas seleccionadas para el cuestionario OHIP-14.

Comparación entre las versiones originales del GOHAI y OHIP-14 según Locker, 2001⁹⁰.

Ambos cuestionarios contienen elementos que abordan las limitaciones funcionales orales, dolor e incomodidad, e impactos psicológicos y conductuales de las afecciones orales.

Sin embargo, el GOHAI da mayor peso a sus dos primeras dimensiones, en las que 6 de sus 12 artículos se refieren a las limitaciones funcionales o dolor y malestar, mientras que el OHIP-14 da mayor peso a las dos últimas dimensiones, con 10 de los 14 ítems abarcan resultados psicológicos y de comportamiento.

Dentro de la dimensión de limitaciones funcionales, el GOHAI tiene elementos relacionados con problemas para morder o masticar alimentos, deglución y habla, mientras que el OHIP-14 tiene elementos que abordan problemas para pronunciar palabras y el sentido del gusto. Estas diferencias en el contenido del ítem pueden significar que el GOHAI es mejor para detectar impactos en forma de disfunción y dolor, mientras que el OHIP-14 es mejor para detectar impactos psicosociales.

Las instrumentos son similares en el sentido de que se califican usando formatos de respuesta de frecuencia de tipo Likert y usan 3 meses (GOHAI) o 1 año (OHIP-14) como referencia de tiempo.

En general, el GOHAI fue más exitoso que el OHIP-14 en la detección de los impactos de los trastornos orales, con un menor número de participantes con puntajes cero. El GOHAI también pareció ser un poco mejor para detectar impactos en cada uno de los cuatro dominios de salud representados por las medidas.

Por ejemplo, el 48.4% de los participantes informaron impactos conductuales usando el GOHAI en comparación con el 34.2% del OHIP-14, a pesar de que el número de elementos que representaban este dominio fue de dos y seis, respectivamente. Esto probablemente se deba a que el impacto del comportamiento descrito por las preguntas de OHIP-14 que son más complejos y más severos que los descritos por las preguntas correspondientes del GOHAI, en consecuencia, dos de los ítems de OHIP-14 (dificultad para realizar trabajos habituales y totalmente incapacitado para funcionar) fueron reportados por menos del 1% de los participantes en el estudio, esta podría ser la diferencia principal entre las encuestas ya que tres veces más participantes tuvieron un puntaje cero con el OHIP-14 que con el GOHAI.

El *alfa* de Cronbach fue más alto para el OHIP-14 que el GOHAI, lo que indica una mejor fiabilidad de consistencia interna. La razón de esto es en parte que el

OHIP-14 tiene más ítems que el GOHAI y también que es una medida más homogénea en el sentido de que 10 de sus 14 artículos abordan los resultados psicosociales.

El GOHAI divide de manera más pareja los ítems que evalúan las limitaciones funcionales y el dolor, y los ítems que evalúan los impactos psicológicos/conductuales. En consecuencia, se espera que el OHIP-14 muestre correlaciones entre elementos un tanto más elevadas.

Sin embargo, se detectó en el estudio que tanto GOHAI como OHIP-14 demostraron buenas propiedades psicométricas cuando se usan con una población de edad avanzada. Los análisis de la validez de constructo indicaron que ambas medidas fueron igualmente buenas para detectar resultados psicológicos como el estrés, la moral y la satisfacción con la vida. Aunque los datos presentados sugieren que existen diferencias entre el GOHAI y el OHIP-14, las evaluaciones mostraron que uno no es notablemente mejor que el otro.

En consecuencia, a pesar de las diferencias en el contenido y el énfasis (se pueden observar en una comparación entre los cuestionarios en la Tabla IV), pueden considerarse ampliamente equivalentes cuando se usan en encuestas transversales.

El estudio sugiere que debería realizarse un trabajo adicional para comparar el rendimiento de las dos medidas en otras poblaciones de adultos mayores y ancianos a fin de determinar si se aplican estas mismas consideraciones.

Además, aún no se ha evaluado la capacidad de las dos medidas para detectar cambios clínicamente significativos, por lo que se desconoce su capacidad de respuesta relativa. Se necesitan estudios longitudinales y clínicos que evalúen la sensibilidad de estas medidas a los cambios provocados por intervenciones de eficacia conocida para completar la evaluación de sus propiedades psicométricas.

La selección de elementos para una medida de forma abreviada es fundamental para garantizar la validez del contenido, especialmente cuando la medida es genérica en lugar de una enfermedad o condición específica.

	GOHAI	OHIP-14
Escala tipo Likert	Si	Si
Referencia en el tiempo	Si (3 meses)	Si (1 año)
Numero de preguntas	12	14
Consistencia interna	< (menor número de preguntas y más parejas en su división)	>(mayor número de preguntas y más homogéneas entre ellas)
Validez	Si	Si
Dimensiones variadas (limitaciones, dolor, impacto psicológico y conductual)	Si	Si
Dimensiones con mayor peso	Limitación funcional (6 de 12 preguntas)	Psicológicas y conductuales (10 de 14 preguntas)
Mayor impacto	Conductual (a pesar de tener menor cantidad de preguntas asociadas) y funcional (trastornos orales)	- Preguntas más severas, con tendencia a puntajes más bajos
Capacidad de detectar cambios clínicos, capacidad de respuesta	No	No
Uso en encuestas transversales	Si	Si

Tabla IV – Comparación entre cuestionarios GOHAI y OHIP-14 originales.

Instrumentos utilizados en Chile

Ahora nos referiremos a los cuestionarios anteriormente analizados, pero enfocados en nuestro país.

General oral health assessment index - GOHAI

Este índice aunque utilizado en estudios para evaluar la calidad de vida en Chile^{91,92} no parece utilizar una versión oficial y validada en nuestro país, generalmente ocupa una versión adaptada al habla hispana, pero no en Chile.

Solo se encontró una tesis que traducía el índice y lo validaba en Chile⁹³, el cual se encuentra en la Figura 6.

Este cumplió con los siguientes pasos para su validación:

- Solicitud de autorización a los autores de los cuestionarios: Se estableció una comunicación, vía correo electrónico con la doctora Kathryn A. Atchison
- Se efectuó una traducción y contra-traducción del instrumento por una persona bilingüe y por nativos del mismo país de los autores. La versión final fue aprobada por el equipo de investigadores del Proyecto Semilla Domeyko.
- Pilotaje de encuestas: Se realizó una prueba piloto del instrumento en 20 voluntarios; en esta prueba piloto además se evaluó la capacidad de respuesta, el aspecto lingüístico y gramatical, así como también la claridad y facilidad de aplicar las fichas socio-demográficas y exámenes bucales correspondientes y el tiempo aproximado requerido de colaboración por cada voluntario en esta investigación.
- Se seleccionó la muestra de 110 por conveniencia
- Se determinó el estado de salud (examen clínico), y se aplicó la encuesta por un encuestador
- Re-aplicación de la encuesta luego de una semana.
- Los datos fueron analizados estadísticamente
- Resultados: buena fiabilidad y validez satisfactoria

Con que frecuencia en los últimos 3 meses...	Siempre	A menudo	A veces	Rara vez	Nunca
1.- ¿Cuántas veces limitó la clase o cantidad de alimentos que come debido a problemas con sus dientes o prótesis dentales?					
2.- ¿Con qué frecuencia no pudo tragar bien o cómodamente?					
3.- ¿Cuántas veces sus dientes o prótesis dentales le impidieron hablar de la manera que usted quería?					
4.- ¿Cuántas veces sintió molestias al tratar de comer lo que usted quería?					
5.- ¿Cuántas veces evitó estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes o prótesis dentales?					
6.- ¿Cuántas veces estuvo insatisfecho o no contento con la apariencia de sus dientes, encías o prótesis dentales?					
7.- ¿Con qué frecuencia estuvo preocupado o intranquilo por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?					
8.- ¿Con qué frecuencia se sintió nervioso o consciente debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?					
9.- ¿Con qué frecuencia se sintió incómodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?					
10.- ¿Con qué frecuencia evitó reírse o sonreírse debido a dientes o encías inactivas?					
11.- ¿Con qué frecuencia ha tenido dolor o molestias alrededor de la boca?					
12.- ¿Con qué frecuencia estuvieron sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces?					

Figura 6 – Cuestionario GOHAI propuesto por Salazar O. y Espinoza I., 2010.

Los estudios mencionados anteriormente, específicamente el de Moya 2012⁹², fue un estudio descriptivo de corte transversal, que describió que un 76,6% de los adultos mayores encuestados percibe como mala su calidad de vida. Y concluyó que los adultos mayores son un grupo de especial interés para la salud pública debido a la mala percepción de su calidad de vida y vulnerabilidad de su salud bucal.

Oral health impact profile – 49 (OHIP – 49)

La encuesta original de 49 preguntas ha sido traducida al español revisada para la comprensión y semántica por dos dentistas independientes, y luego traducida al inglés por un dentista bilingüe independiente. Los datos se originaron en un estudio transversal realizado entre estudiantes de secundaria de la Provincia de Santiago de Chile. Los resultados mostraron que el OHIP-Sp (encuesta en español) reveló validez convergente y discriminativa adecuada y una consistencia interna apropiada (α de Cronbach)⁹⁴.

Luego la encuesta OHIP-Sp de 49 preguntas fue validada en Chile, específicamente en la ciudad de Talca, realizando encuestas y exámenes clínicos, probando ser una encuesta válida en adultos mayores chilenos⁸⁵. Los pasos que siguió la validación fueron los siguientes:

1. Se realizó un estudio piloto para la comprensión del lenguaje, en el que se adaptaron 3 preguntas.
2. Se seleccionó una muestra de ochenta y cinco participantes de 60 años o más, se utilizaron diferentes fuentes de participantes para evitar el sesgo de solo encuestar a las personas que buscan atención de salud oral. Los participantes fueron excluidos del estudio si mostraban signos de deterioro cognitivo o alcoholismo. Los participantes completaron una encuesta sobre sus antecedentes sociodemográficos y su historial de salud y el cuestionario OHIP.
3. Se realizaron pruebas estadísticas, los resultados obtenidos demostraron una alta consistencia del instrumento como un todo y en cada una de sus dimensiones, la discapacidad social y la minusvalía fueron los ítems con puntajes más bajos (con menor impacto). Se usaron pruebas (t-student, anova, etc.) para determinar la validez discriminativa de las puntuaciones medias de cada dimensión y del instrumento completo con las variables clínicas.
4. En conclusión este estudio validó el OHIP-49 Sp cuando se utiliza en adultos chilenos mayores.

Las lesiones cariosas, la necesidad de un tratamiento periodontal complejo, las necesidades protésicas y el uso de prótesis no funcionales, parecen estar asociadas con puntajes mayores del OHIP-49 Sp. Los autores proponen que a partir del presente estudio, se mida el impacto de las condiciones bucales en la calidad de vida en otras poblaciones chilenas específicas utilizando el OHIP-49 Sp.

En el Anexo 1 podemos encontrar la versión validada de la encuesta OHIP-49 Sp de la universidad de Talca.

OHIP-14

En Chile, S. León y compañía⁹⁵ también han validado la versión de 14 preguntas del cuestionario OHIP, la cual siguió los siguientes pasos:

1. Se realizó la encuesta OHIP-49 previamente validada en Chile, a 490 adultos mayores
2. Se agregó el puntaje final de cada uno de sus siete dominios, se obtuvo el puntaje final OHIP-49Sp, que oscila entre 0 y 196 puntos. Utilizando estos resultados, se realizó un modelo de regresión lineal para obtener la versión abreviada del instrumento con 14 preguntas. Se utilizó un procedimiento de selección por pasos controlado en la que solo dos ítems de cada dimensión conceptual podían ingresar al modelo de regresión.
3. Se realizó otro estudio para validar el instrumento, estas 14 preguntas se probaron contra una cohorte retrospectiva de 85 sujetos que habían sido evaluados previamente durante la validación de la versión española del OHIP-49.
4. Los puntajes más bajos fueron encontrados en discapacidad psicológica, social y en minusvalía. Solo 2 de las preguntas originales de Slade correspondieron con las 14 nuevas preguntas: dificultad para hacer trabajos e incapacidad para funcionar.
5. La consistencia interna fue menor que la encontrada para la validación del OHIP-49, pero aun así mostró una alta consistencia interna ($> 0,6$)
6. Se sugirió implementar estudios longitudinales para aumentar el grado de evidencia y evaluar la sensibilidad del OHIP-14Sp para detectar cambios en la percepción de OHRQoL después de intervenciones terapéuticas

En la figura 7 podemos ver las 14 preguntas con su modo de respuesta (escala de Likert) del cuestionario OHIP-14 validado en Chile

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 =						

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

Figura 7 – Cuestionario OHIP-14 Chile

En otro estudio en la ciudad de Valdivia se utilizó esta versión del OHIP-14 previamente valida en la ciudad de Talca⁹⁶, pero los resultados de esta investigación no fueron los esperados, ya que mostraron un puntaje bajo de impacto de la salud oral sobre la calidad de vida de los adultos mayores.

Estos hallazgos son consistentes con los resultados de otros siete países, incluyendo México⁹⁷, Colombia⁹⁸ y Japón⁹⁹, cuyo puntaje promedio en la escala OHIP-14 fue menor que la mediana del instrumento (28 puntos) y donde los dominios "Dolor físico" e "Incomodidad psicológica" mostraron más problemas en relación con la condición de salud oral.

Análisis y comparación de los instrumentos utilizados en Chile

Sí se quiere analizar profundamente como impacta la salud oral en calidad de vida de las personas se recomienda utilizar el OHIP-49, que es un cuestionario ampliamente validado alrededor del mundo y en Chile, con el inconveniente de que este es muy largo y podría no ser útil en algunas situaciones, como encuestas de salud destinadas a una gran cantidad de personas.

En cuanto al cuestionario OHIP-14, hay diferencias encontradas entre los estudios que lo han utilizado en nuestro país, el estudio que valida el cuestionario encontró un gran impacto de la salud en la calidad de vida y el segundo estudio que lo utilizó en la ciudad de Valdivia no encontró un gran impacto en la calidad de vida de los adultos mayores.

Otro problema es el muy bajo impacto que mostraron las categorías de minusvalía y discapacidad psicológica y social en ambos estudios, esto se puede deber a que además de que las personas tengan más dificultades o le pongan menos atención a estos problemas, las preguntas de estos ítems tienden a ser muy “severas” como ejemplo, que una persona sea completamente incapaz de funcionar por problemas relacionados a la salud bucal.

Otro punto que podemos mencionar en este trabajo es que se eligen necesariamente 2 preguntas por cada categoría o dimensión y puede ser que en la población chilena algunas dimensiones tengan más o menos peso sobre otras, por lo tanto podría ser útil no poner esta condición y tal vez elegir las preguntas que tengan más peso sin importar de que dimensión provengan, además del hecho que en el cuestionario original de 49 preguntas no todas las dimensiones contenían el mismo número de preguntas. Se deben analizar otros subconjuntos de elementos para determinar cuál tiene las mejores propiedades de medición cuando se utiliza con poblaciones específicas de pacientes, una medida puede mostrar aceptable validez discriminativa, concurrente y de constructo a pesar de que no abarca toda la gama de impactos de los trastornos orales.

Con respecto al cuestionario GOHAI este ha sido utilizado en Chile, mostrando resultados que describen un alto impacto de la salud oral sobre la calidad de vida de los adultos mayores, pero estas utilizan un cuestionario validado para el habla hispana, no específicamente para nuestro país. El cuestionario para Chile no ha sido validado en una publicación en alguna revista, solo lo ha validado una tesis de pregrado. El hecho de que las publicaciones que utilizan el cuestionario que no está validado en Chile podría influir en la semántica de las oraciones y en la forma que son formuladas las preguntas, que podrían variar según la cultura y el entendimiento de los diferentes países aunque sean de habla hispana.

En consecuencia, a pesar de las diferencias en el contenido y el énfasis de cada cuestionario, pueden considerarse ampliamente equivalentes cuando se usan en encuestas transversales. La diferencia principal que probablemente tenga alguna importancia es el porcentaje de puntuaciones bajas, como las puntuaciones de algunas preguntas en el OHIP-14.

La razón de esto es que el GOHAI da mayor peso a las limitaciones funcionales y al dolor y la incomodidad, que son resultados más inmediatos y, por lo tanto, más comunes de los trastornos orales en esta población. El OHIP-14 pone mayor énfasis en los resultados psicológicos y conductuales, que son más graves y, por lo tanto, menos comunes.

Por lo tanto, la elección de uno u otro cuestionario, se debería basar en qué dominios de salud forman el foco de la evaluación y el grado en que cada medida refleja las preocupaciones de salud oral de la población objetivo. La edad de los sujetos, las condiciones clínicas orales a las que están sujetos y sus estilos de vida también deben tenerse en cuenta al seleccionar una medida.

Conclusiones

El papel importante de la calidad de vida relacionada con salud en la medición del impacto de las enfermedades crónicas se reconoce cada vez más, por lo tanto también lo ha sido el de la calidad de vida relacionada con la salud oral, aunque una medida más específica de la salud general, esta ha demostrado causar impacto en la salud de las personas. El complejo craneofacial nos permite hablar, sonreír, besar, tocar, oler, saborear, masticar, tragar y gritar. Proporciona protección contra infecciones microbianas y amenazas ambientales. Las enfermedades orales restringen las actividades en el colegio, el trabajo y el hogar, lo que provoca millones de horas que se pierden cada año en todo el mundo. Además, el impacto psicosocial de estas enfermedades a menudo disminuye significativamente la calidad de vida¹⁰⁰.

Medidas o instrumentos de medición de la calidad de vida relacionada con salud oral han sido necesarias y se han creado a la largo de los años, tales como el *General (geriatric) oral health assessment index* y el *Oral health impact profile* en sus 2 versiones (49 y 14 preguntas) han sido ampliamente utilizados desde su creación, ambos han sido traducidos a diferentes idiomas y utilizados alrededor del mundo.

En nuestro país se han utilizado ambos cuestionarios, pero solo el OHIP ha sido validado específicamente en nuestro país, aunque en este trabajo se recomienda mejorar la versión acotada del OHIP para que tenga un mayor impacto de sus preguntas, por ejemplo no limitarse a 14 preguntas y no imponer que sean la misma cantidad de preguntas por cada categoría, ya que estas pueden tener un mayor o menor peso en nuestra población, por lo tanto esta da pie a nuevas investigaciones para mejorar el instrumento más acorde con nuestro país. Se propone como tesis de pregrado (ya aprobada por el comité de ética central de la Universidad de Valparaíso) hacer un análisis cualitativo de las preguntas, haciendo una validación por expertos odontólogos y profesionales de la salud en geriatría para elegir un set de preguntas siguiendo las recomendaciones mencionadas anteriormente, probarlas en una población de adultos mayores y luego comparar las preguntas elegidas con la versión OHIP- 14 ya validada, para ver las diferencias y si estas modificaciones mejorarían el impacto de las preguntas en la medición.

En cuanto al GOHAI se recomienda validar la versión en nuestro país, con publicaciones en revistas y estudios utilizando esta versión, por posibles cambios culturales aunque sea entre países de habla hispana, ya que este es un cuestionario útil en la medición del impacto de la salud oral en la calidad de vida de las personas, no solo de adultos mayores, si no que de todo grupo etario.

Cabe destacar que estas mediciones cobran importancia ya que además de aportarnos datos sobre la calidad de vida de nuestra población, plantean la cuestión

política de cómo equilibrar necesidades (objetivas) contra las demandas subjetivas de las personas como fuerzas impulsoras en la planificación de programas sociales y de salud, que son necesarias para mejorar el acceso de las personas a la odontología y así mejorar su salud bucal y calidad vida.

Bibliografía

1. McDowell I. Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires, third edition. Oxford University press. 2006; 10: 520-624.
2. Elkinton JR. Medicine and the quality of life. *Annals of Internal Medicine*. 1966; 64:711-4.
3. Cummins R A. Objective and subjective quality of life: an interactive model. *Social Indicators Research*. 2000; 52: 55-72.
4. Haas B. Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Journal of nursing Scholarships*, 1999; 3: 215 - 220.
5. Cummings R A. Moving from the quality of life concept to a theory, R A. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2005; 49: 699 -706
6. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Social Science and Medicine*, 1995; 4: 1403 - 1409.
7. Úrdua A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*. 2012; 30(1): 61-71
8. Trujillo S, Tobar C, Lozano M. Formulación de un modelo teórico de la calidad de la vida desde la psicología. *Universitas Psychologica*. 2004; 3: 89-98.
9. Kaplan RM, Bush JW. Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology*. 1982;1:61-80.
10. Bergner M. Measurement of health status. *Medical care*. 1985;23:696-704.
11. Ware JE. The status of health assessment 1994. *Annual review of public health*. 1995;16:327-54.
12. Nanda U, Andresen E. Health related Quality of life, a guide for the health professional. *Evaluation & the Health Professions* 1998; 21: 179-215
13. Schipper H, Clinch J, Powell V. Definitions and conceptual issues. En Spilker B, ed. *Quality of life assessments in clinical trials*. New York: Raven Press, 1990; 11-24
14. Bowling A. *Measuring Health: A review of Quality of Life Measurement Scales*. Open University Press: Buckingham, 1991.
15. Patrick D, Erickson P. *Health Status and Health Policy. Allocating Resources to Health Care*. Oxford University Press 1993; 22.
16. O'Boyle C. The Schedule for the evaluation of individual Quality of life (SEIQoL). *Internacional Journal of Mental Health* 1994; 23 (3): 3-23.
17. Shumaker SA, Naughton MJ. The international assessment of health related quality of life: a theoretical perspective. En Shumaker SA, Berzon RA, Eds. *The International Assessment of Health related quality of life. Theory, Translation, Measurement and Analysis*. New York: Rapid Communication 1995; 3-10.

18. Schipper H, Clinch J, Olweny C. En Spilker B, ed. Quality of life and pharmaeconomics in clinics trials. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996; 11-23.
19. Awad A, Voruganti L, Heselgrave R, A conceptual model of quality of life in schizophrenia: Description and preliminary clinical validation. Qual Life Res 1997; 6: 21-6.
20. Wu AW. Quality of life assessment in clinical research: application in diverse populations. Medical Care 2000; 38: 130-5.
21. Burke C. Testing an Asthma quality of life model. Journal of theory construction & testing 2001; 5: 38-44.
22. Etcheld M, Van Elderen T, Van Der Kamp L, Modeling Predictors of quality of life after coronary angioplasty. Annals of Behavioral Medicine 2003; 26: 49-60.
23. Burke C. Testing an Asthma quality of life model. Journal of theory construction & testing 2001; 5: 38-44
24. Haas B. Clarification and integration of similar Quality of life concepts. Journal of Nursing Scholarships 1999; 31: 215-20.
25. Wilson I, Cleary P. Linking clinical variables with health related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. JAMA 1995 Jan 4; 273(1):59-65.
26. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev Med Chile. 2010; 138: 358-365
27. Patrick CL, Deyo RA. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. Med Care 1989;27:F217-32
28. Guyatt GH. Measuring health-related quality of life: general issues. Can J Respir J 1997;4(3):123-130
29. Berkanovic E. The effect of inadequate language translation on Hispanics' response to health surveys. Am J Public Health 1980;70: 1273-81.
30. Deyo RA. Pitfalls in measuring the health status of Mexican Americans: comparative validity of the English and Spanish Sickness Impact Profile. Am J Public Health 1984;74:569-73
31. Nord E. Euroqol: Health related quality of life measurement. Valuations of health states by the general public in Norway. Health Policy 1991; 18:25-36.
32. Ian McDowell. Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires, third edicion. Oxford University press 2006; 10: 520-624
33. WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, eds. Quality of life assessment: international perspectives. Berlin: Springer-Verlag, 1994:41–57
34. RAND Corporation, Ware J Jr. 1990
35. EuroQoL group, 1990
36. WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995;41:1403–1409

37. RAND Health Sciences Program. RAND 36-Item Health Survey 1.0. Santa Monica: RAND Corporation, 1992
38. Brazier J, Jones N, Kind P. Testing the validity of the Euroqol and comparing it with the SF-36 health survey questionnaire. *Qual Life Res* 1993;2:169–180.
39. Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Estructura Factorial y valores de referencia del WHOQoL-Bref en población adulta chilena. *Rev Med Chile* 2013; 141: 1547-1554
40. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF en adultos mayores chilenos. *Rev Med Chile* 2011; 139: 579-586
41. Aedo C, Porcile A, Iribarra C. Calidad de vida relacionada con el climaterio en una población chilena de mujeres saludables. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006; 71: 402-9
42. Del Prado M, Fuenzalida A, Jara D, Figueroa R, Flores D, Blumel J. Evaluación de la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años mediante la escala MRS (Menopause Rating Scale). *Rev Med Chile* 2008; 136: 1511-7
43. Vidal A, Duffau G, Ubilla C. Calidad de vida en el niño asmático y su cuidador. *Rev Chil Enf Respir* 2007; 23: 160-6.
44. Royer M, Bahamonde H, Mamani R, Rodríguez R, Valdes C, Sanhueza C. Calidad de vida pre y posadenomigdalectomía en pacientes pediátricos. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 2006; 66: 191-8.
45. Schwartz R, Sepulveda J, Quintana T. Factores psicobiológicos en vitiligo infantil: Posible rol en su génesis e impacto en la calidad de vida. *Rev Med Chile* 2009; 137: 53-62.
46. Arancibia H, Carvajal C, Bustamante M, Justiniano JC, Talhouk O, Guler K, et al. Análisis de calidad de vida en pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico. *Rev Med Chile* 2009; 137: 481-6.
47. Zúñiga C, Dapuetto Muller H, Kirsten L, Alid R, Ortiz L. Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario “Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36)”. *Rev Med Chile* 2009; 137: 200-7.
48. Kleinman A. *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books 1988
49. Cohen LK, Jago JD. Toward the formulation of sociodental indicators. *Int J Health Serv* 1976; 6:681-698.
50. DHHS. *Oral health in America: a report of the Surgeon General*. US Department of Health and Human Services and National Institute of Dental and Craniofacial Research. Rockville, MD: National Institutes of Health 2000
51. Locker D, Jokovic A, Tompson B. Health-related quality of life of children aged 11 to 14 years with orofacial conditions. *Cleft Palate Craniofac J* 2005; 42:260-266.

52. Atchison KA, Shetty V, Belin TR, Der-Martirosian C, Leathers R, Black E, et al. Using patient self-report data to evaluate orofacial surgical outcomes. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; 34:93-102
53. Sisco L, Broder HL. Oral health related quality of life: what, why, how and future implications. *J Dent Res* 2011; 90(11):1264-1270
54. Lopez SJ, Snyder CR, Rasmussen NH. Striking a vital balance: developing a complementary focus on human weakness and strength through positive psychological assessment. In: *Positive psychological assessment: a handbook of models and measures*. Lopez SJ, Snyder CR, editors. Washington, DC: American Psychological Association 2003; pp. 3-20.
55. Tokyo Declaration on Dental Care and Oral Health for Healthy Longevity. World Congress 2015 Dental care and oral health for healthy longevity in an ageing society. Tokyo, 2015
56. Locker D. Social and psychological consequences of oral disorders. Turning strategy into action Edited by: Kay EJ. Manchester: Eden Bianchypress; 1995.
57. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. I: Application and issues in assessment. *BMJ* 1992, 305:1074-1077.
58. Slevin ML, Plant H. Lynch D et al.: Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *British Journal of Cancer* 1988, 57:109-112.
59. Cohen LK, Jago JD. Toward the formulation of sociodental indicators. *Int J Health Serv* 1976; 6:681-98.
60. Bennadi D. Reddy C.V.K. Oral health related quality of life. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry* January-june 2003, Vol. 3, No. 1
61. Inglehart MR, Bagramian RA. Inglehart MR, Bagramian RA. *Oral Health Related Quality of Life*. Illinois: Quintessence Publishing Co. Inc.; 2002
62. Slade GD. Oral health-related quality of life: Assessment of oral health-related quality of life. In: Inglehart MR, Bagramian RA, editors. *Oral Health-Related Quality of Life*. Illinois: Quintessence Publishing Co. Inc.; 2002.
63. McNeil DW, Rainwater AJ 3rd. Development of the Fear of Pain Questionnaire: III. *J Behav Med* 1998; 21:389-410.
64. Terrell JE, Nanavati KA, Esclamado RM, Bishop JK, Bradford CR, Wolf GT. Head and neck cancer-specific quality of life: Instrument validation. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997;123:1125-32
65. Cunningham SJ, Garratt AM, Hunt NP. Development of a condition-specific quality of life measure for patients with dentofacial deformity: I. Reliability of the instrument. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000;28:195-201

66. Wöstmann 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; 36:816-21.
67. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *J Dent Res* 2002; 81:459-63.
68. Slade GD, Strauss RP, Atchison KA, Kressin NR, Locker D, Reisine ST. Conference summary: Assessing oral health outcomes: Measuring health status and quality of life. *Community Dent Health* 1998; 15:3-7.
69. Al Shamrany M. Oral health-related quality of life: A broader perspective. *East Mediterr Health J* 2006;12:894-901
70. Cushing AM, Sheiham A, Maizels J. Developing sociodental indicators – the social impact of dental disease. *Community Dent Health*. 1986; 3: 3-17.)
71. Leao A, Sheiham A. The development of a socio-dental measure of Dental Impact on Daily Living *Community Dent Health*. 1996; 13: 22-6.
72. Adulyanon S, Sheiham A. Oral Impacts on Daily Performances. En: *Measuring Oral Health and Quality of Life*. Edited: Slade G. Chapel Hill : University of North Caroline : Dental Ecology. Slade GD. 1997
73. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ* 1990; 54:680-87.
74. Atchison K. The general oral health assessment index. In: Slade GD, ed. *Measuring Oral Health and Quality of Life*. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology 1997.
75. Wong MCM, Liu JKS, Lo ECM. (2002). Translation and validation of Chinese version of GOHAI. *J Public Health Dent*; 62: 72-83.
76. Hassel A, Rolko C, Koke U, Leisen J, Rammelsberg P. (2008). A German version of the Gohai. *Community Dent Oral Epidemiol*; 36: 34-42.
77. Atieh M. (2008). Arabic version of the geriatric oral health assessment Index. *Gerodontology*. Mar; 25(1): 34-41. Epub 2008 Jan 13.
78. Tubert-Jeannin S, Riordan PJ, Morel-Papernot A, Porcheray S, Saby-Collet S. (2003). Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. *Community Den Oral Epidemiol*; 31: 275-284.
79. Naito M, Suzukamo Y, Nakayama T, Hamajima N, Fukuhara S. (2006). Linguistic adaptation and validation of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) in an elderly Japanese population. *J Public Health Dent*; 66(4): 273-275.
80. Hägglin C, Berggren U, Lundgren J. (2005). A Swedish version of the GOHAI index. Psychometric properties and validation. *Swed Dent J*; 29(3): 113- 124.
81. Slade G, Spencer A. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dental Health*. 1994;11(1):3-11.

82. Van der Meulen M.J, John M.T, Naeije M., Lobbezoo F. The Dutch version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-NL): Translation, reliability and construct valid. *BMC Oral Health*. 2008; 8: 11
83. Grecu A-G., Dudea D., Balazsi R., Dumitrascu D.L. Romanian version of the oral health impact profile-49 questionnaire: validation and preliminary assessment of the psychometrical properties. *Clujul Med*. 2015; 88(4): 530–536
84. Castrejón-Pérez RC, Borges-Yáñez SA, Irigoyen-Camacho ME. Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. *Panam Salud Publica*. 2010;27(5):321–9
85. León S; 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* 2016; 33: 97–105
86. Slade GD, Spencer AJ. Social impact of oral disease among older adults. *Aust Dentit J* 1994; 39: 358-64
87. Locker D, Slade G. Association between clinical and subjective indicators of oral health in an older adult population. *Gerodontology* 1994; 11: 108-14.
88. Slade GD; Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25; 284-90.
89. Nunnally JC. *Psychometric theory*. New York; McGraw-Hill, 1967; 192-3'
90. Locker D, Matear D, Stephens M, Lawrence H, Payne B. Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29: 373–81.
91. Moya P, Tapia E, Caro J.C, Otero J.M, Toro C. Calidad de vida relacionada con salud oral en adultos ingresados a rehabilitación protésica. *Universidad Finis Terrae. Años 2013 – 2014. Revista Dental de Chile* 2015; 106(3)
92. Moya P, Chappuzeau E, Caro JC, Monsalves MJ. Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. *Rev Estomatol Herediana*. 2012;22(4):197–202
93. Salazar O. Espinoza I. Validación en Chile del cuestionario GOHAI y Xerostomía Inventory (XI) en adultos mayores. Trabajo de investigación. Adscrito al Proyecto Semilla-Domeyko, Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Chile. Universidad de Chile, facultad de odontología. Chile, Santiago. 2010
94. Lopez R; Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-Sp). *BMC Oral Health* 2006, 6:11.
95. León S, Bravo-Cavicchioli D, Correa-Beltrán G, Giacaman R A. Validation of the Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14Sp) in elderly Chileans. *BMC Oral Health*. 2014; 14:95
96. Yobánolo-Hoffmann M., Valentin-Hoyos J., Aravena PC. Oral Health impact profile in elderly Chileans in southern Chile. *J Oral Res* 2015; 4(6): 365-370

97. De la Fuente-Hernández J, Sumano- Moreno O, Sifuentes-Valenzuela MC, Zeluocatecatl-Aguilar A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. Univ Odontol. 2010;29(63):83–92.
98. Duque-Duque VE, Tamayo-Castrillón J, Echeverri-Cadavid PA, Gutiérrez-Osorio AY, Sepúlveda-Correa D, Giraldo- Ramírez O, Agudelo-Suárez A. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. Rev CES Odont. 2013; 26(1):10–23.
99. Ikebe K, Watkins CA, Ettinger RL, Sajima H, Nokubi T. Application of short-form oral health impact profile on elderly Japanese. Gerodontology. 2004;21(3):167–76
100. WHO [Internet]. n.d. Oral health policy basis. [20, octubre, 2017]. Disponible en: http://www.who.int/oral_health/policy/en/

Anexo 1 – Cuestionario OHIP-49 Sp



CUESTIONARIO OHIP-49-Sp

Escuela de Odontología
Universidad de Talca

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 (0-196), 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

Limitación funcional

1¿Ha tenido dificultades para morder algún alimento por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
2¿Ha tenido problemas al pronunciar algunas palabras por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
3¿Ha notado que algún diente no se ve bien?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
4¿Ha sentido que su apariencia se ha sido afectada por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
5¿Ha sentido que su aliento se ha deteriorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
6¿Ha sentido que su sensación de sabor ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
7¿Ha quedado comida atrapada entre sus dientes o debajo de sus prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
8¿Ha sentido que su digestión ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
9¿Ha sentido que sus prótesis no ajustan apropiadamente?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre

Dolor físico

10¿Ha tenido dolor en su boca?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
11¿Ha tenido dolor en su mandíbula?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
12¿Ha tenido dolores de cabeza por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
13¿Ha tenido dientes sensibles, por ejemplo debido a alimentos o líquidos fríos?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
14¿Ha tenido dolor de dientes?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
15¿Ha tenido dolor en sus encías?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
16¿Ha sentido incómodo comer algún alimento por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
17¿Ha tenido áreas dolorosas en su boca?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
18¿Ha tenido prótesis incómodas?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre

Malestar psicológico

19 ¿Ha estado preocupado/a por problemas dentales?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
20 ¿Ha estado obsesionado/a por sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
21 ¿Los problemas dentales lo/a han hecho sentir totalmente infeliz?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
22 ¿Se ha sentido inconforme con la apariencia de sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
23 ¿Se ha sentido tenso/a por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre

Discapacidad física

24 ¿Ha sido poco clara la forma en que usted habla por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
25 ¿La gente ha malentendido algunas de sus palabras por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
26 ¿Ha sentido que hay menos sabor en sus alimentos por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
27 ¿Ha sido incapaz de cepillar sus dientes apropiadamente por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
28 ¿Ha tenido que evitar comer algunos alimentos por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
29 ¿Su dieta ha sido insatisfactoria por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
30 ¿Ha sido incapaz de comer con sus prótesis por problemas con ellas?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
31 ¿Ha evitado sonreír por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
32 ¿Ha tenido que interrumpir comidas por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre

Discapacidad psicológica

33 ¿Su sueño ha sido interrumpido por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
34 ¿Ha estado molesto o irritado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
35 ¿Ha encontrado difícil relajarse por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
36 ¿Se ha sentido deprimido por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
37 ¿Se ha afectado su concentración por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
38 ¿Ha estado un poco avergonzado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre

Discapacidad social

39¿Ha evitado salir de la casa por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
40¿Ha sido menos tolerante con su pareja o familia por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
41¿Ha tenido problemas relacionándose con otras personas por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
42¿Ha estado un poco irritable con otras personas por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
43¿Ha tenido dificultades haciendo su trabajo habitual por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre

Minusvalía

44¿Ha sentido que su salud general ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
45¿Ha sufrido algún tipo de pérdida económica debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
46¿Ha sido incapaz de disfrutar mucho la compañía de otras personas por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
47¿Ha sentido que su vida en general es menos satisfactoria por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
48¿Ha sido totalmente incapaz de funcionar por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
49¿Ha sido incapaz de trabajar a su capacidad total por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre

TOTAL=