



Escuela de Odontología

**ASOCIACIÓN ENTRE DESDENTAMIENTO Y AUTOPERCEPCIÓN DE CALIDAD
DE VIDA EN CENTROS DE ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES DE
VALPARAÍSO, AÑO 2018**

Trabajo de Investigación
requisito para optar al
Título de Cirujano Dentista

Estudiantes: Daniela Aguilera Droguett.
Pablo Bonilla Chinchón

Docente Guía: Prof. Dr. Jorge Godoy Olave
Cátedra de Salud Pública

Valparaíso, 2018

DEDICATORIA:

A nuestras familias y amigos, que en todo momento nos ayudaron a seguir adelante y no decaer por el estrés, muchas gracias por su cariño y amor.

Y a todos los adultos mayores encuestados, quienes, sin su tiempo, buena disposición y acogida, no podríamos haber logrado este trabajo. Por todas sus opiniones, mensajes y ternura, les estamos muy agradecidos.

AGRADECIMIENTOS:

A mi familia, especialmente mi Mamita, Ana María Droguett Santander, ya que sin ella jamás hubiera llegado hasta aquí y lograr todo lo que he hecho en mi pregrado, infinitas gracias por su eterno amor y apoyo incondicional, ante todo. A mi papito, Sergio Aguilera Carreño, y hermanito, Sergio Andrés Aguilera Droguett, por ser mi apoyo emocional incondicional y estar siempre.

A mis amigos, Chris, Rodrigo y Franco que fueron mis guardaespaldas, GPS personales mientras iba a encuestar a los cerros y ayudaron con los análisis. A los papás de mi compañero, que nos llevaron en vehículo por todos los cerros para poder encuestar y siempre nos alimentaron durante el escrito de este trabajo.

A nuestro tutor, Dr. Godoy, por adoptar nuestra idea y siempre tener una buena y cordial disposición para resolver nuestras muchas dudas y brindarnos su total apoyo en todas nuestras actividades, muchas gracias. Y a mi compañero fiel, por mantener la calma en momentos de furor odontológico y cocinarme. ¡Los quiero mucho y Gracias!

Daniela Aguilera droguett.

Agradezco a Carolina Chinchón Rodríguez y Manuel Bonilla López por su amor incondicional, a Javiera Bonilla Chinchón por motivarme, a mis amigos por acompañarme y a Daniela Aguilera Droguett por ser la mejor compañera posible en este camino. También agradecer a nuestro docente Dr. Godoy por ser un excelente guía y a todos los adultos mayores que fueron parte de esta investigación, por su tiempo, buena disposición y alegría. Gracias totales.

Pablo Bonilla Chinchón.

ÍNDICE:

Introducción.....	1
Marco Teórico.....	3
• Concepto de Envejecimiento.....	3
• Concepto de Adulto Mayor en Chile	4
• Crecimiento demográfico de la población de Adultos Mayores.....	4
• Funcionalidad, Dependencia y Autovalencia7.....	6
• Salud Oral de los Adultos Mayores.....	8
Políticas Públicas que involucran a Adultos Mayores.....	10
Calidad de Vida y su relación con Salud Oral.....	12
Medición de Calidad de Vida relacionada a Salud (CVRS).....	13
• Instrumentos Genéricos	13
• Instrumentos Específicos.....	13
• Perfil de Impacto en Salud Oral (OHIP).....	13
• Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI)... ..	13
• Dimensiones de Funcionamiento.....	17
Marco Conceptual.....	19
• Red Asistencial de Salud... ..	20
• CGU SSVa.....	20
• CEO y COSAM.....	20
• CORMUVAL... ..	20
Área de Atención Primaria de Salud Municipal.....	20
Centros de Salud Familiar (CESFAM).....	21
• Marcelo Mena.....	23
• Esperanza.....	23
• Cordillera.....	23
• Padre Damián de Molokai.....	23
• Placeres.....	23

Objetivos	24
• Objetivo General	24
• Objetivos Específicos	24
Materiales y Método	25
• Tipo y diseño de Investigación.....	25
• Población y Muestra	25
• Criterios de inclusión/exclusión.....	26
• Definición de Variables	26
• Recolección de Datos	29
• Consideraciones Éticas	29
• Análisis Estadístico	30
• Resultados	32
Discusión.	50
Conclusiones.....	52
Sugerencias.....	53
Resumen.....	54
Bibliografía.....	55

Anexo n° 1: Carta autorización del Comité de Ética

Anexo n° 2: Acta para Participante y Consentimiento Informado

Anexo n° 3: Ficha Recolección de Datos + GOHAI – 12 + OHIP – 14 Sp

Anexo n°4: Esquema de aplicación del estudio

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de Salud (OMS) define el envejecimiento como el “proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida”, siendo más evidente a edades avanzadas, específicamente los adultos mayores que acumulan y expresan este proceso fisiológico. A nivel mundial, los adultos mayores aumentan rápidamente, se espera que esta población duplique su número para el 2050 y triplique para el 2100¹, debido a factores como aumento de esperanza de vida y disminución en natalidad y fecundidad.²

En Chile, en el año 2013, un 14,1% de la población era mayor a 60 años,² siendo considerado actualmente el tercer país con la población más envejecida después de Uruguay y Cuba². Resultados del CENSO en Chile 2017 dicta un aumento del 11,4% que corresponde a población de 65 años y más⁴, lo cual demuestra un envejecimiento acelerado, siendo Valparaíso la tercera región de mayor cantidad de adultos mayores, siendo un 14,1% del total de la población².

Esta población presenta un deterioro fisiológico de por sí natural, con una menor respuesta ante el estrés, con mayor riesgo de presentar patologías crónicas, como cardiopatías y caries^{3,4} que repercuten en la pérdida dentaria en diferentes grados traduciéndose en una limitación oral para adaptarse al medio. Esto es un proceso individual y dependiente de los factores a los que esté expuesta cada persona.⁷

Dado lo anterior, los Gobiernos e Instituciones realizan esfuerzos para mejorar la salud de esta población, problemática transversal a todos, mediante la implementación de Políticas Públicas en Salud, la cual debemos entenderla, no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como un complejo biopsicosocial^{8,9} en el que los aspectos como: entorno laboral, familia, relaciones interpersonales y auto percepción de los individuos son fundamentales para definirlo.

Es por esto que, Calidad de Vida, definida como la satisfacción de las

necesidades dentro de una esfera física, psicológica y social¹⁰ es fundamental para determinar un estimado de la salud. A nivel gubernamental se han implementado diversos Instrumentos para medir esto y evaluar si las medidas aplicadas por parte del Ministerio de Salud (MINSAL) están dando o no resultados, positivos o negativos, como por ejemplo: Encuesta Nacional de Salud (ENS),¹¹ Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI),¹² y Encuesta de Caracterización Socio Económica Nacional (CASEN).^{13,14}

El problema es que estos cuestionarios otorgan una muy baja importancia de la salud oral en la calidad de vida de las personas. Entre las 3 encuestas sólo tenemos 9 preguntas enfocadas al uso de prótesis, cómo se siente la persona en relación con su salud sistémica con respecto si ha podido alimentarse bien, entre otras, siendo mínimas para el importante rol que la boca tiene en la vida y bienestar. Además, sus resultados son generalizados a nivel nacional, sin especificar bien en regiones. En Chile, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) en conjunto con la Universidad Católica y Caja los Andes aplicaron en pos de su validación la “Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez” en los adultos mayores del SENAMA mismo,¹⁵ otorgando resultados poco replicables a toda la población y sin tomar en cuenta la salud oral.

Al revisar la literatura, a nivel nacional hay pocos estudios que asocien calidad de vida y salud oral. Pero internacionalmente, esto se ha trabajado más, creando encuestas de autopercepción de calidad de vida medidas subjetivamente por escala tipo Likert y asociando el impacto de lo intraoral, específicamente al desdentamiento y/o uso de prótesis, en ella.

De lo anteriormente expuesto, se deduce la necesidad de incrementar los estudios que apliquen encuestas que asocien calidad de vida con salud oral en Chile, denotando la relevancia de este estudio, ya que radica en aplicar este tipo de instrumento en Centros de Adultos Mayores distribuidos a lo largo de la comuna de Valparaíso, para poder dimensionar si realmente son conceptos asociables en nuestra realidad.

De todo esto, surge la pregunta: “¿El Desdentamiento afecta la Autopercepción de Calidad de Vida de los Adultos Mayores Autovalentes?”.

MARCO TEÓRICO:

Concepto de Envejecimiento:

El envejecimiento se considera como un proceso personal, evolutivo, gradual, universal e irreversible que comienza desde el cese del crecimiento físico al finalizar la adolescencia. Este proceso corresponde a una “edad biológica/fisiológica” (distinto de la edad cronológica que solo contempla el paso del tiempo o la edad social que abarca aspectos subjetivos). El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, aunque por los eventos que se desencadenan pueden estar relacionados.¹⁶

La etiología y los mecanismos implicados en el envejecimiento, proceso que involucra cambios y eventos tanto a nivel molecular como a nivel sistémico del organismo¹⁷, se caracteriza por:

- Ser continuo: comienza desde la concepción y termina en la muerte.
- Ser universal: se presenta en todos los seres vivos.
- Ser irreversible: no puede ser detenido ni revertirse.
- Ser individual (heterogéneo): cada especie tiene su propia velocidad de envejecimiento, variando entre sujetos e incluso entre las células y órganos de la misma persona.
- Ser declinante: lleva a una pérdida de función progresiva.

El envejecimiento se manifiesta cuando hay retardo y/o desaparición en sus funciones, por lo que se asocia a la incidencia de algunas condiciones y patologías. Según algunos autores, estas manifestaciones se hacen más evidentes a partir de la 6° década, principalmente por el mayor grado de compromiso sistémico¹⁷. Se ha descrito que en personas mayores sanas muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, revelando una pérdida de reserva funcional al ser sometidos a estrés. Además, presentan una mayor frecuencia de condiciones y patologías agudas, crónicas y terminales, asociándose a un mayor consumo de fármacos, los cuales podrían producir efectos secundarios indeseables, todo esto nos manifiesta que es en esta época de la vida donde el envejecimiento se hace más patente, manifiesto en su desempeño y desenvolvimiento con el medio.

Concepto de adulto mayor:

Los Adultos Mayores, que son los principales afectados por este proceso antes señalado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) los definen como: personas de 60 años o más.^{18,19}

Crecimiento demográfico de la población adulta mayor:

Según el informe “Perspectivas de la Población Mundial” del año 2017, se espera que el número de personas mayores, es decir, aquellas de 60 años o más, se duplique para 2050 y triplique para 2100, pasa de 962 millones en 2017 a 2100 millones en 2050 y 3100 millones en 2100. A nivel mundial, este grupo de población crece más rápidamente que los de personas más jóvenes¹ (Fig. 1 y 2). Los factores preponderantes en este escenario de crecimiento de esta población son la disminución de la fertilidad y aumento en la expectativa de vida:

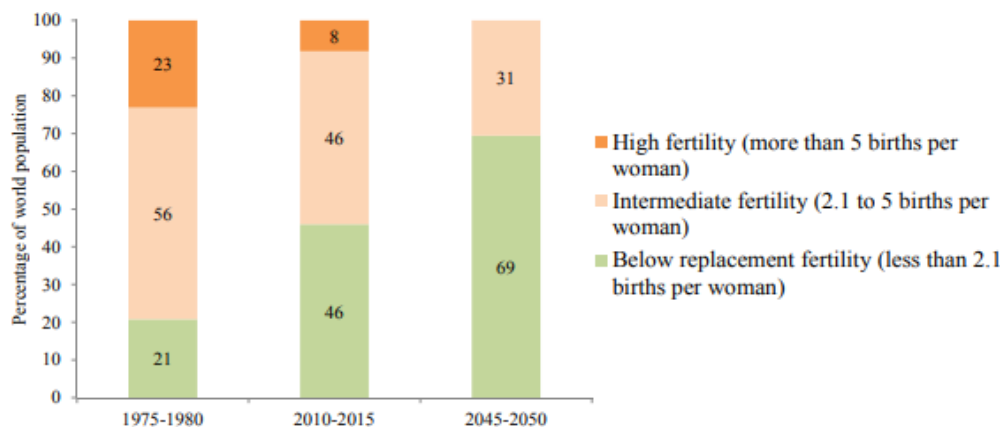


Fig. 1: Distribución de la población mundial por nivel de fertilidad total¹.

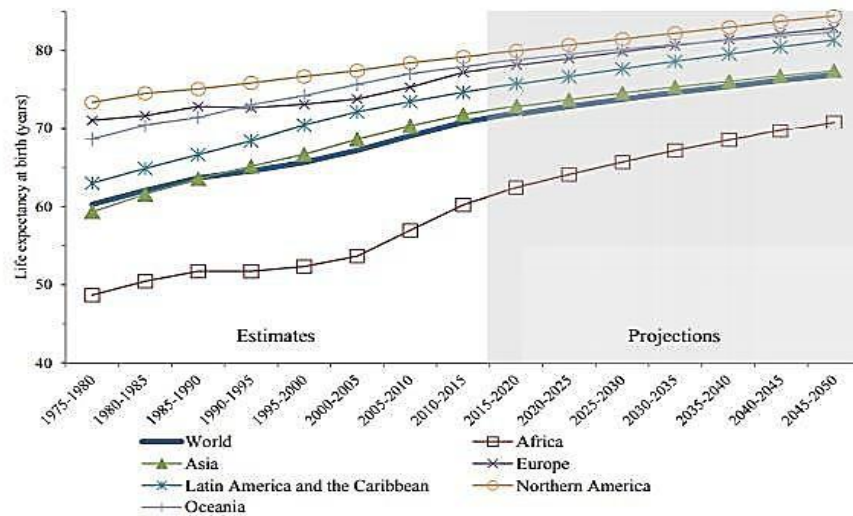


Fig. 2: Expectativa de vida por región: estimados 1975-2015 y proyecciones 2015- 2050¹

A nivel mundial la población adulta mayor crece y Chile no es la excepción, pasando del 8% de su población mayor a 60 años en el año 1960, al 16% proyectado para el año 2020.²⁰ En la actualización de la población Chilena en base al CENSO 2017, se dicta que los adultos mayores superan los 2 millones 800 mil personas, equivalente al 16,2% de los habitantes del país, con un aumento del 11,4% (sólo de 65 años o más) con respecto al CENSO del 2002. Así mismo, la caracterización poblacional establece que el 55,7% de la población con 60 años o más corresponde a mujeres, mientras que el 44,3% a hombres^{4,21}, pudiéndose explicar por su menor mortalidad, y esperanza de vida al nacer es de 82,2 años de vida, mientras que la de los hombres es de 76,1 años²¹.

Las regiones con mayor cantidad de personas con 60 años o más corresponden a la Región Metropolitana con más de un millón, seguida de la Región del Biobío con un total de 352.637, mientras que la Región de Valparaíso está en la tercera ubicación con 342.035 personas²¹.

Funcionalidad, Dependencia y Autovalencia:

Si bien hay múltiples clasificaciones, la más usada en Chile la adopta el Ministerio de Salud en relación a funcionalidad, integrada en el examen de medicina preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), que los dividen en Adultos Mayores²²⁻²⁵ (Fig.3):

- **Autovalente sin Riesgo (AMA):** Persona de 60 años o más capaz de desenvolverse en forma independiente y realizar las actividades básicas de la vida diaria. Se mide en la autovalencia de funciones cognitivas, afectivas, locomotoras, cardiovasculares y actividades de la vida diaria.
- **Autovalente con Riesgo:** Persona de 60 años o más capaz de desenvolverse en forma independiente y realizar las actividades básicas de la vida diaria, pero presenta un aumento de la susceptibilidad a la discapacidad, como por ejemplo los Adultos mayores con patologías crónicas.
- **En riesgo de Dependencia:** Persona de 60 años o más que presenta un síndrome clínico - biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del Adulto Mayor ante situaciones estresantes, a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas fisiológicos, causando mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud como: caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte.
- **Dependiente (AMD):** Persona de 60 años o más incapaz de desenvolverse de forma independiente, ya sea por restricción o ausencia física / funcional que limite o impida su desempeño en la vida diaria²⁶.

El **Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)** evaluó la dependencia de los Adultos Mayores según su funcionalidad y la cantidad, tipo y nivel de ayuda que requieren de terceros²⁴. El resultado dio que un 24,1% de los evaluados fueron categorizados como dependientes, presentando los mayores porcentajes las mujeres. De estos Adultos Mayores en dependencia, más de la mitad (12,4%) fueron categorizados con dependencia severa.

El problema de dependencia de los Adultos Mayores corresponde más a un problema en la función social que en la orgánica, por lo que no debe considerarse un problema de salud, sino un problema de la sociedad en general. El proceso de dependencia se describe en la siguiente figura:

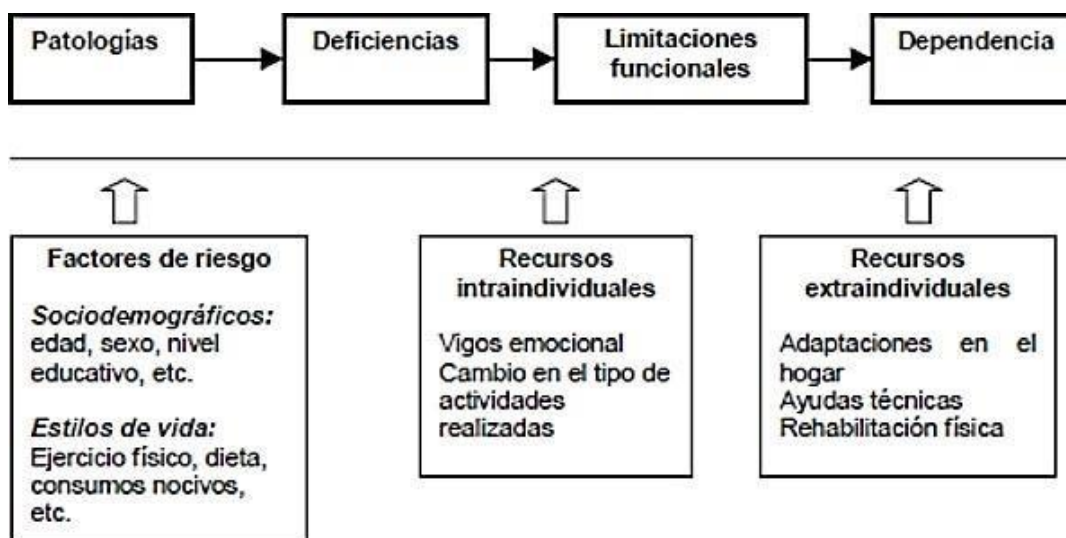


Fig. 3: Proceso hacia la dependencia del Adulto Mayor²⁵

La importancia de esta limitación radica en la incapacidad de realizar las funciones y actividades normales de la vida diaria, perdiendo su autonomía y afectando su calidad de vida. Esto podría llevar al consumo de recursos en exceso, institucionalización, utilización de recursos sociales, futura discapacidad o dismovilidad y mortalidad.²⁷

Salud Oral de los Adultos Mayores:

Es un útil indicador de la acumulación de daño a lo largo de su vida, mostrando los cuidados odontológicos recibidos por las personas. Se ha documentado que la condición bucal de los Adultos Mayores es deficiente, con un alto nivel de ausencias dentarias o edentulismo, tanto parcial como total, afectando la calidad de vida de este grupo etáreo^{28, 29}.

Es común observar cierto grado de oscurecimiento y desgaste dentario como un proceso casi normal, mientras algunas lesiones como Caries Dental y Periodontitis son adquiridas y de alta prevalencia en esta población en donde, junto a la Xerostomía, podrían ser efectos secundarios adquiridos al uso de medicamentos. La disminución en su clearance renal y hepático aumenta en dos o tres veces las probabilidades de tener una reacción adversa a fármacos, así como una mayor respuesta a nivel sérico de los fármacos³⁰. La mucosa oral se adelgaza debido a la pérdida de elastina submucosa, observándose clínicamente un tejido de fácil laceración y muy sensible. Además, muestran frecuentemente atrofia de los acinos glandulares y pérdida de su capacidad regenerativa, influyendo en la calidad y cantidad de saliva, al igual que por el uso de medicamentos y/o radiaciones de la cabeza y cuello. Se reporta la alteración del sentido del gusto, al disminuir la capacidad de percibir los sabores dulces y salados.³⁰ Estas alteraciones llevan a una disminución en la calidad de vida asociada a la salud oral.

Desde el punto de vista dentario, el esmalte se deshidrata progresivamente, volviéndose más frágil y menos permeable por el aumento en la concentración de sales de calcio y flúor, por lo que sube la incidencia de Caries dental, principalmente radiculares. Además, hay un incremento del nitrógeno, asociado al oscurecimiento del esmalte³¹. El complejo dentino-pulpar ve comprometida su irrigación e inervación por la deposición de dentina secundaria y de cemento en el foramen apical disminuyendo el lumen de la entrada principal de los elementos nerviosos, vasculares y linfáticos. El ligamento periodontal presenta una menor cantidad de células y fibras, disminuyendo su grosor. El aumento de las cargas oclusales en los dientes remanentes lleva a la aposición de cemento apical, comprometiendo el nivel óseo, por lo que se experimenta una pérdida de inserción y exposición radicular^{30,31}.

Los cambios en la posición dentaria, o ausencia de estos, puede generar alteraciones en la tonicidad muscular, potenciado por factores emocionales que pueden desencadenar patologías musculares. Por otra parte, las exodoncias llevan a una reabsorción ósea del reborde alveolar, afectando la calidad del sustento de las prótesis dentales³¹.

La Estomatitis Subprotésica es la lesión mucosa más frecuente, en un 43% de los casos, seguido por las úlceras traumáticas, en un 18,3 %. Un estudio en la Ciudad de Valparaíso, arrojó que el 67,5% de los Adultos Mayores presentaban lesiones de mucosa, con una prevalencia de Estomatitis Subprotésica de un 37,1%³².

En lo referente al Cáncer oral, aumenta su prevalencia después de los 45 años, con un peak a los 60 años.³³ En el caso de Chile, el mayor número de defunciones por cáncer oral se presenta en hombres de 55 y 64 años, 30,5%, y en mujeres después de los 75 años, 42,9%.³⁴ En el caso de la región de Valparaíso, el Cáncer Espinocelular corresponde a un 63,9% de los cánceres³⁵.

En un estudio realizado en la zona centro de Chile, en una población de 354 adultos mayores, el valor medio de historia de Caries dental (índice COPD) fue de 21,6 dientes cariados, obturados o perdidos por Caries, con una desviación estándar de 5,7 dientes.³⁶ El 20,1% eran desdentados totales y el 79,6% desdentados parciales. La patología oral más prevalente en Adultos Mayores es la enfermedad Periodontal, la que compromete el tejido de soporte dentario. Se ha descrito que el 99,5% de la población en Santiago entre 65 a 74 años presenta enfermedad periodontal. En la región de Valparaíso, la prevalencia de enfermedad periodontal en Adultos Mayores, es de 100% en la ciudad de Valparaíso,³⁷ y de un 99,4% en la ciudad de Viña del Mar³⁸. Un 82,3% de las personas de 60 años de la ciudad de Villa Alemana requieren de un tratamiento periodontal complejo³⁹.

En el caso de los pacientes movilizados, su higiene oral es realizada por sus cuidadores, realizándola una vez al día en un 29,5%. La misma cantidad realiza la higiene 2 o más veces al día y un 41,1% no realiza ningún aseo bucal. Su estado periodontal arrojó que cerca de un 50% de Adultos Mayores requieren destartraje e instrucción de higiene oral, y un 15,4% requieren de tratamiento periodontal complejo⁴⁰.

Políticas Públicas que involucran a los Adultos Mayores

En Chile, se crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) según la ley n°19.828, del 17 de septiembre del 2002, heredero de la Comisión Nacional para el Adulto Mayor de 1995. En coordinación con el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) implementan programas en la atención primaria con el fin de mantener y recuperar la autonomía del Adulto Mayor, disminuir su mortalidad por causas prevenibles e incentivar acciones en las áreas de promoción, prevención y atención curativa.

Un segundo hito para esta población es su inclusión en el plan de Garantías Explícitas en Salud (GES), a partir del 1° julio del 2007, las que aumentan en a cobertura de sus patologías en el 2011. En el caso odontológico, el plan de “Salud Oral Integral del Adulto de 60 años” consiste en una atención odontológica, tanto a nivel de atención primaria como secundaria, para cubrir sus necesidades en cuanto a educar, prevenir, recuperar y rehabilitar su salud bucal⁴¹, hecho fundamental ya que se ha documentado que una deteriorada salud oral lleva a cambios en la composición de la dieta, al preferir alimentos blandos y suaves, sin considerar su valor nutritivo o simplemente dejando de comer, aumentando el riesgo de mal nutrición y de adquirir otras condiciones y/o patologías⁶¹.

La rehabilitación oral más frecuente, ofrecida a esta población, es la confección e instalación de prótesis dentales removibles, ya sea parciales o totales,

pero sin incluir controles postratamiento, venciendo su garantía en salud el mismo día que se cumple 61 años⁴².

Esto denota una deficiencia en la planificación de políticas sanitarias con énfasis en la salud bucodental en los Adultos Mayores, ya que excluye tanto a los menores de 60 años y mayores de la edad fijada que no se inscriban a los 60 años cumplidos en el programa⁶¹.

El SENAMA, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social junto a una institución privada, “Caja de Compensación los Andes”; y una académica, “Pontificia Universidad Católica de Chile” han realizado en el 2017, por tercera vez, la Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez⁴³. Este esfuerzo, con una muestra aleatoria, busca rescatar la percepción propia de este grupo etáreo en áreas como lo social, familiar, económico, laboral y su satisfacción en diferentes comunas del país. Esta última versión incluyó por primera vez el “Índice de Calidad de Vida de la Vejez”, creación de la pontificia Universidad Católica, SENAMA y Caja Los Andes para cuantificar las cuatro mediciones, correspondiendo al promedio simple de las dimensiones de condiciones físicas, materiales, afectivas y bienestar subjetivo. Este índice, de 0 a 1 como valor, muestra una leve alza, situándose en 0,68, 0,05 puntos más que el 2007. El mejor subíndice evaluado son las relaciones afectivas, siéndolo peor las condiciones materiales. Se puede apreciar, así como a lo largo de toda la encuesta, que a mayor nivel educativo es mejor el nivel de vida de los consultados.

Otro elemento es la Oficina Comunal del Adulto Mayor (OCAM), que busca, a través de su intervención mayor, dar una respuesta frente a la consolidación del fenómeno de transición demográfica que trae consigo el envejecimiento de la población en nuestro país, interviniendo con talleres e instancias participativas enfocadas en el adulto mayor autovalente. En Valparaíso, aproximadamente el 14% de la población total corresponde a personas mayores de 60 años, en donde su plan de acción está orientado al área de la capacitación y promoción a través de la implementación y ejecución de diversas acciones enfocadas al mejoramiento de la calidad de vida de la población mayor de la comuna⁴⁴.

Estos dos centros, SENAMA y OCAM, son los de mayor intervención e integración con Adultos Mayores Autovalentes, y que acompañan a otros Programas Ministeriales que se aplican en otras instituciones, principalmente los Centros de Salud Familiar (CESFAM), como el Examen Anual de Medicina Preventiva del Adulto. Mayor (EMPAM) vigente, Programa Más Adultos Mayores Autovalentes⁴⁵ que involucra el Programa de Estimulación Funcional con talleres de Estimulación de Funciones Motoras, Cognitivas, de Autocuidado y Prevención de Caries; y el Programa de Fomento del Autocuidado del Adulto Mayor en Organizaciones Sociales, incluyendo Agrupaciones de Adultos Mayores y Capacitación de Líderes Comunitarios en Estimulación Funcional⁴⁶.

Calidad de Vida y su relación con la Salud Oral:

La calidad de vida se define como una evaluación de todos los aspectos de nuestras vidas, incluyendo la satisfacción laboral, el lugar donde vivimos, el modo como nos comportamos, la estabilidad emocional, entre otros. En relación a la salud, es definida como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que tienen en su salud.⁴⁷ Se abarcan aspectos de la vida dominados o influenciados de modo significativo por la salud personal.⁴⁸ Se alude a calidad de vida como “Definida en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades”. También como el “tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad, a menor intervalo, mejor calidad de vida”⁴⁵⁻⁴⁷ o como “Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece”⁴⁶.

El dominio del modelo biomédico tradicional, que imperó por mucho tiempo en las prácticas sanitarias, excluyó el estado de ánimo, sentimientos del paciente y su soporte social. Así se diferenciaron lo relacionado a enfermedad, donde se evaluaba función y estado de salud, con algo más subjetivo como la felicidad, satisfacción y bienestar. A mediados de los 90 se interrelacionan estos conceptos, al verificar la importancia no sólo de la enfermedad misma, sino de las vivencias que éstas provocaban y el estrés producido⁴⁷.

Determinar la calidad de vida en relación con la salud oral y así poder implementar medidas y planes que fomenten una mejora de ella en los adultos mayores, es muy complejo.

Medición de la Calidad de Vida Relacionada a Salud (CVRS) se puede realizar mediante dos tipos de instrumentos:

- **Instrumentos genéricos:** basados principalmente en modelos, que no especifican algún vínculo específico entre las distintas mediciones.
- **Instrumentos específicos:** existen variados modelos planteados para enfermedades específicas. En el caso **odontológico**, podemos encontrar modelos principalmente específicos y validados en Chile, como:

Oral Health Impact Profile (OHIP)⁴⁹: se basa en el modelo ICIDH de enfermedades, midiendo un componente de impacto social y la disfunción, disconfort y discapacidad provocado por la enfermedad. Las primeras 535 preguntas se obtuvieron de la entrevista a pacientes, quedando sólo 49, en seis dominios. Se ha encontrado que poseen un componente altamente cualitativo, centrado en el paciente. Mide cómo influyen las enfermedades orales y su impacto social en sentirse bien⁶⁰. El desarrollo, confiabilidad y validez de este índice fue descrito en 1994 por Slade y Spencer⁶¹, consistiendo en 49 preguntas que capturan las 7 dimensiones formuladas en el modelo teórico de salud oral de Locker: limitación de la función, dolor físico, aflicción psicológica, incapacidad física, social y discapacidad. Acorde Criterios de Validación, la Encuesta OHIP ha sido validada para ser aplicada en Chile⁶², mediante 2 estudios diferentes: 1 transversal para desarrollar la abreviatura OHIP – 14 Sp con 490 adultos mayores que viven en comunidad, y 1 retrospectivo para validar el instrumento con una base de datos obtenidos previa de 85 adultos mayores que viven en comunidad. La muestra fue reclutada por la Facultad de Odontología de la Universidad de Talca, en Centro de Especialidades dentarias de la Clínica de Talca, en Hospital Regional de

Talca, Clubes Sociales para Adultos Mayores y Centros de Salud de la Comunidad. De la muestra total de 490 personas, se tuvo 10 participantes por pregunta del OHIP-49. En ambos estudios, los encuestados debían ser residentes en la comunidad y tener 60 años o más⁶².

Los Criterios de Exclusión fueron: deterioro cognitivo, alcoholismo. Para el estudio de validación, 14 preguntas seleccionadas del estudio transversal, se ensayaron frente a una cohorte retrospectiva de 85 sujetos evaluados previamente durante la validación de la versión española de la OHIP-49. La consistencia interna se determinó empleando la Prueba Alpha de Cronbach. Las puntuaciones se calculando utilizando el método aditivo, usando valores entre 0 y 46, que han demostrado una excelente capacidad discriminativa⁶².

Las 14 preguntas seleccionadas se contrastaron con variables sociodemográficas y clínicas obtenidas en el estudio retrospectivo de 85 sujetos: n° de dientes (20-28, 10-19, 1-9 o edéntulo), lesiones de caries (sí/no), con criterios de la OMS, Índice Periodontal Comunitario de Necesidades de Tratamiento (CPITN), Necesidad de Prótesis y Evaluación Funcional de las Prótesis Dentales (FAD). Usaron parámetros ANOVA de 1 vía y Pruebas Kruskal – Wallis No Paramétricas.

Los datos se analizaron a través de la distribución de frecuencia y análisis bivalente con Prueba Exacta de Fisher. La variable dependiente fue la OHIP-14, las independientes fueron el sociodemográfico y lo clínico. Se calculó OR para determinar la fuerza de asociación entre las variables dependientes e independientes. Análisis estadísticos se realizaron usando Software SPSS versión 15.1 (IBM Corporation, Somers, NY, EE. UU 2015).

De los 490 sujetos en donde se aplicó OHIP-49, la dimensión con efectos más negativos en la calidad de vida fue la limitación funcional y malestar psicológico.

El menor impacto en la calidad de vida se encuentra en la discapacidad social (media: 1.73 y mediana: 0). Con los datos obtenidos de la OHIP-49, se hizo un Modelo de Regresión Lineal para obtener las preguntas seleccionadas de la OHIP-14.

Algo que recalcar es que las puntuaciones globales de la OHIP-14 no mostraron correlación significativa con el número de dientes restantes, pero sí hay asociación estadísticamente significativa entre la puntuación global del OHIP-14 y caries ($p=0,003$), igual que entre caries y limitación funcional, malestar psicológico y dominios de discapacidad física. En cuanto al CPTIN, los sujetos que requerían tratamiento periodontal complejo coincidieron con los valores más altos del OHPI-14 ($p=0.002$). Las necesidades protésicas se correlacionaron con puntuaciones más altas en todos los dominios de la encuesta ($p<0.0001$). No se observó asociación estadísticamente significativa para la funcionalidad superior e inferior con las puntuaciones del OHIP-14, exceptuando la alta funcionalidad y la dimensión de limitación funcional. A edades más jóvenes (60-69 años) se obtuvo alta asociación ($p<0.001$) en discapacidad psicológica, social y puntuación global del OHIP-14).

La prueba exacta de Fisher asoció significativamente el OHIP-14 con caries ($p=0.004$), CPITN ($p=0.010$), número de dientes ($p=0.025$) y escolaridad ($p=0.040$). Por lo que todas las variables independientes son significativas dada la prueba con el modelo de regresión logística junto con la variable OHIP-14 Sp dicotomizada dependiente.

Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)⁵⁰: creado por Atchison y Dolan en 1990, es el modelo más utilizado en la literatura para la evaluar la salud oral, incluyendo en su medición el punto de vista funcional. Describe el concepto de calidad de vida como la ausencia de dolor e infección, compatible con una dentición funcional óptima y cómoda, por lo que permite la inclusión del individuo en la sociedad⁵¹. Originalmente se plantearon 36 preguntas desarrolladas a partir de la revisión de la literatura, consulta a los proveedores de salud y entrevistas cualitativas a la población⁵².

Finalmente se incluyeron 12 preguntas autoreportadas, relacionadas con

problemas de salud bucal desde tres dimensiones: funcional óptima y cómoda, por lo que permite la inclusión del individuo en la sociedad⁵¹. Originalmente se plantearon 36 preguntas desarrolladas a partir de la revisión de la literatura, consulta a los proveedores de salud y entrevistas cualitativas a la población⁵², Finalmente se incluyeron 12 preguntas autoreportadas, relacionadas con problemas de salud bucal desde tres dimensiones:

- Función física, la cual influye para comer, hablar, deglutir, etc.
- Función psicosocial, que incluye la preocupación de la persona por su salud oral, su insatisfacción con la apariencia, su autoconciencia acerca de la salud oral y la dificultad en el contacto social por sus problemas orales.
- Dolor e incomodidad, que incluye la ingesta de medicamentos para el alivio del dolor en la cavidad oral.

Los encuestados responden respecto a su percepción durante los últimos tres meses, codificando sus respuestas en nunca, rara vez, a veces, a menudo, muy a menudo y siempre. Su sumatoria va entre un rango de 0 (peor percepción) a 60 (mejor percepción), de su salud oral y calidad de vida.

El GOHAI fue validado en pacientes con prótesis dentales totales en un grupo de 211 Adultos Mayores, con promedio de 62,5 años, en la Escuela Dental de Araraquara, Brasil⁵³. En este estudio transversal no probabilístico, se excluyeron las preguntas 3, 4 y 9 dada su gran variabilidad.

Se realizó una validación del GOHAI en Chile, a cargo de la Universidad de Chile, donde evaluaron a 110 Adultos Mayores entre 60 y 91 años (promedio: 68,66 años), con un 83,64% de mujeres⁵⁴. El resultado arrojó que la correlación final para la fiabilidad test re-test fue de 0,955 ($p < 0,001$). Al evaluar la validez discriminante se obtuvo resultados significativos al considerar el número de “dientes remanentes”, correlación de Spearman 0,276 ($p = 0,004$), pero no para el “número de caries” y “patologías orales presentes”.

La validez de convergencia mostró diferencias significativas entre la suma

de los rangos del GOHAI, habiendo una directa asociación de la variable “necesidad de tratamiento dental” y el puntaje final ($p < 0,001$).

Este índice ha sido validado en lenguaje Chino⁵⁵, Malayo⁵⁶, Japonés⁵⁷, Sueco⁵⁸ y Francés⁵⁹, entre otros, con buenos resultados.

En Chile, las encuestas de calidad de vida que se han implementado fueron por parte de la Universidad Católica en conjunto con el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), aplicando la Encuesta “Calidad de Vida en la Vejez”, la cual no contempla ningún aspecto de la salud oral de los participantes⁴³.

Otros modelos utilizados en Odontología son el Dental Impact Profile, Geriatric/General Assessment Index, Social Impact of Dental Disease, Orthognatic Quality of Life Quetionnaire (OQLQ) ⁵¹.

Dimensiones de funcionamiento:

Los principales usos de estos modelos de medición de calidad de vida han sido el monitoreo de la salud y/o enfermedad de poblaciones y del efecto de las políticas sociales y de salud. Además, se han utilizado en el diagnóstico de la naturaleza, severidad y pronóstico de enfermedades, evaluación de tratamientos y en el estudio de asignación de recursos⁴⁷. Su ventaja radica en concebir una mirada integral del indicador, ya que su medición se centra en el paciente.

Las principales limitantes de estos instrumentos de medición de calidad de vida, son que la vida diaria y cotidiana no sólo se basa en la salud, sino que involucra otros determinantes importantes; además las personas toman decisiones diarias basadas en los síntomas que sienten en el momento, consideran su respuesta cuando son consultadas, no una estimación del curso de su vida con su enfermedad.

Se ha evidenciado que los cambios en estos modelos pueden deberse en un 53% a la variación en la felicidad, un 56% a la variación en la satisfacción propia de la salud, un 63% por la calidad de vida en general y un 68% a la satisfacción por la vida⁴⁷. Al parecer la salud mental es más valorada que el funcionamiento físico.

Al relacionarla con el envejecimiento, se debe incluir el concepto de salud (completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad, según la OMS), los aspectos económicos, la educación, el medio ambiente, la legislación, el sistema de salud, entre otros.

La familia juega un rol importante en la calidad de vida, ya que si no está presente el Adulto Mayor tiende al aislamiento. Hay que considerar que actualmente los Adultos Mayores muestran una esperanza de vida superior, por lo que presentan una mayor cantidad de patología crónicas y degenerativas.

En un estudio de tipo cualitativo, descriptivo e interpretativo/compreensivo, se evaluó la comprensión del significado de la calidad de vida para un grupo de Adultos Mayores en Lima y sus familias⁶⁴. Para los Adultos Mayores se asociaba a paz y tranquilidad, ser cuidados y protegidos con dignidad, amor y respeto por sus familias, y satisfacer sus necesidades sociales, en cuanto a decisión, comunicación e información. Por el contrario, para sus familiares la calidad de vida se asocia a que el Adulto Mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, higiene, vestido y vivienda.

La salud oral también juega un rol importante. De ésta depende el estado nutricional de los Adultos Mayores, afectado por las lesiones en los tejidos orales y la mala adaptación protésica⁶⁵. Además, afectan el diario vivir al interferir con la función masticatoria, función fonoarticular, apariencia física, relaciones interpersonales e incluso las oportunidades de trabajo. La sonrisa cumple un rol importante en la autoimagen, autoestima, relaciones sociales y afectivas. El mantener los dientes evitar un golpe psicológico para las personas, preserva el hueso alveolar y mantener la propiocepción⁴¹.

MARCO CONCEPTUAL:

El Servicio de Salud Valparaíso San Antonio (SSVSA), es uno de los tres servicios que cubre la atención de salud de la población de la Quinta Región de Valparaíso. Dicha cobertura es compartida con los Servicios de Salud Viña del Mar-Quillota y Aconcagua, para los que actúa como centro de derivación regional.

La población general de la región es de 1.672.357 habitantes, de ellos 466.143 corresponden a la jurisdicción del SSVSA, de los cuales 232.009 son hombres y 234.134 son mujeres (INE), de esa población, 389.989 son población inscrita y validada en la Red de Salud SSVSA (184.000 son hombres y 205.989 son mujeres).

Su Red Asistencial se conforma por 5 Hospitales: 2 de alta complejidad (Carlos Van Buren y Eduardo Pereira), 1 de mediana complejidad, (Claudio Vicuña), y 1 de menor complejidad (Hospital San José de Casablanca), además del Hospital Psiquiátrico Del Salvador.

Del Servicio también dependen los Centros de Salud Familiar Plaza Justicia, Jean y Marie Thierry, el Centro de Sangre y Tejidos y el Consultorio de Especialidades Odontológicas (CEO). La red de APS Municipal se conforma por 24 Centros de Salud Familiar (CESFAM), 3 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF), 22 Postas de Salud Rural (PSR), 8 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), y 1 SAPU del Sistema Urgencia Rural (SUR) más 3 Unidades de Emergencia Hospitalaria: (Carlos van Buren, Claudio Vicuña y San José)⁶⁷.

Red Asistencial de Salud: Vela por la población de toda la Provincia de Valparaíso y se divide en 3 servicios:

- **Consultorio General Urbano del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio (CGU SSVSA)**
- **Servicio de Especialidades encargado del Consultorio de Especialidades Odontológicas (CEO) y Consultorio de Salud Mental Comunitario (COSAM)**
- **Corporación Municipal de Valparaíso (CORMUVAL)** encargado de CESFAM: Esperanza, Padre Damián, Rodelillo, Barón, Las Cañas, Cordillera, Puertas Negras, Laguna Verde, Placeres, Reina Isabel II, Mena, Placilla y Quebrada Verde. Es responsable de la administración de 12 Centros de Salud Primaria, 5 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), 1 Posta Rural, 1 Servicio de Urgencia Rural Menor y 1 Centro Comunitario de Salud Familiar, distribuidos en la comuna⁶⁸.

Área de Atención Primaria de Salud Municipal:

La función del Área de Salud Municipal es administrar los Centros de Salud familiar y los Servicios de Atención Primaria de Urgencia, para así poder:

- Aplicar una filosofía de reconocimiento de la salud como un derecho.
- Dignificar la atención de las personas, tanto de los usuarios externos (beneficiarios) como de los usuarios internos (personal de Salud Municipalizada), incorporando principios orientadores que nos permitan desarrollar una gestión con: Equidad, Calidad, Accesibilidad, Heterogeneidad, Integridad, Participación Social, Solidaridad y Humanización.
- Desarrollar las políticas de Salud Municipalizada, enmarcadas en las políticas del MINSAL, SSVSA, I. Municipalidad de Valparaíso y las corporativas.
- Preparar el Programa Comunal de Salud y el Programa de Salud de los Establecimientos de Atención Primaria de Salud Municipalizada en el marco de las normas técnicas programáticas del Ministerio de Salud, del Plan de Desarrollo

Comunal de Valparaíso, de las normas del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, los objetivos generales y específicos comunales, las metas, la misión y hacer de la Atención Primaria una estrategia de desarrollo para ayudar a elevar el nivel de vida de toda la comunidad y sociedad⁶⁸.

Centro de Salud Familiar (CESFAM):

El concepto se crea a partir de la reforma de salud, la cual refuerza la necesidad de que los consultorios se transformen en Centros de Salud Familiar, donde existan equipos de cabecera responsables del cuidado continuo de la población a través de una serie de prestaciones señaladas en un plan de salud integral familiar y comunitario.

Uno de los sustentos para la gestión del Área de Salud de la Corporación Municipal de Valparaíso es el Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitaria. Éste ha sido definido como “El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural” y es uno de los ejes rectores de la atención primaria de salud⁶⁹. El modelo describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad), ello mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades, acorde al mejoramiento de determinantes sociales de la salud: educación, vivienda, recreación entre otros⁶⁹(Fig.4 y 5).

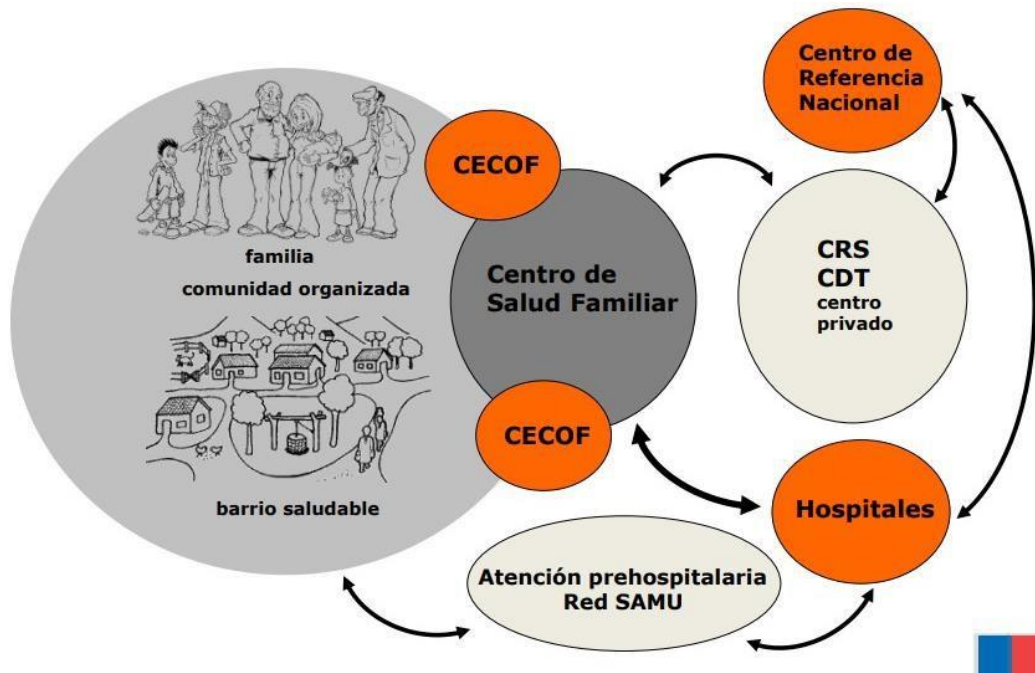


Fig. 4: Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar⁶⁹

		0 - 9 AÑOS		10 - 19 AÑOS		20 - 24 AÑOS		25 - 64 AÑOS		65 + años	
			%		%		%		%		%
TOTAL	226.654	26.446	12%	34.639	15%	19.444	9%	116.952	52%	29.173	13%
Placeres	21.051	2.148	10%	2.979	14%	1.744	8%	10.834	51%	3.346	16%
Esperanza	11.194	1.126	10%	1.425	13%	904	8%	5.702	51%	2.037	18%
Barón	24.312	2.315	10%	3.492	14%	2.066	8%	12.676	52%	3.763	15%
Reina Isabel	28.945	3.361	12%	4.549	16%	2.552	9%	14.706	51%	3.777	13%
Placilla	16.106	2.535	16%	2.560	16%	1.291	8%	8.071	50%	1.649	10%
Las Cañas	9.197	1.191	13%	1.529	17%	864	9%	4.710	51%	903	10%
Mena	24.798	2.516	10%	3.675	15%	2.052	8%	13.097	53%	3.458	14%
Cordillera	9.805	1.013	10%	1.489	15%	836	9%	5.212	53%	1.255	13%
Quebrada Verde	41.267	5.189	13%	6.539	16%	3.519	9%	20.960	51%	5.060	12%
Puertas Negras	11.663	1.373	12%	1.790	15%	1.096	9%	6.526	56%	878	8%
Rodellillo	16.036	2.031	13%	2.658	17%	1.374	9%	8.077	50%	1.896	12%
Padre Damián	10.449	1.435	14%	1.702	16%	1.004	10%	5.439	52%	869	8%
Laguna Verde	1.831	213	12%	252	14%	142	8%	942	51%	282	15%

Fuente: SSVSA

Fig. 5: Distribución de Centros de Salud Pertencientes a la CORMUVAL⁶⁹ (Recuadros en rojos son datos que deben ser reevaluados)

CESFAM Esperanza:

Pertenece a la CORMUVAL, abarca el Cerro Esperanza y presta atención pública de nivel primario a un universo de población que abarca 10.440 habitantes al año 2017. Posee 2.037 adultos mayores de 65 años o más⁶⁹.

CESFAM Cordillera:

Con una población de 9.231 personas inscritas estos corresponden a un radio de acción que contempla los sectores 1 y 2 del cerro cordillera. Presenta 1.255 adultos mayores de 65 años o más⁶⁹.

CESFAM Padre Damián de Molokai:

Ubicado en Cerro Placeres, posee una población beneficiaria de 11.032, divididas en sector 1 y 2 de cerro Placeres. Presenta 869 adultos mayores de 65 años o más⁶⁹.

CESFAM Placeres:

Se encuentra en Calle Colo-Colo en Cerro Placeres, población total de 19.811 personas con 3.346 adultos mayores de 65 años o más⁶⁹.

CESFAM Marcelo Mena:

Pertenece a la CORMUVAL, abarca 10 de los 42 cerros de la comuna de Valparaíso (Monjas, Mariposas, Florida, Bellavista, Yungay, San Juan de Dios, Jiménez, La Loma, Cárcel, Cerro Alegre Alto). Este centro presta atención pública de nivel primario con un universo hasta el año 2017 de 25.014 usuarios acogidos al sistema FONASA. Presenta diversos programas con actividades preventivas, ingreso de niños con necesidades especiales de baja complejidad, consultad médicas y odontológicas, consejerías de modelos de salud familiar, salud sexual y reproductiva, cardiovascular, tuberculosis, rehabilitación integral, tanto para población infantil, adolescente, adulto de 20-64 años, adulto mayor de 65 años a más. Presenta 3.458 adultos de 65 años o más⁶⁹.

OBJETIVOS:

Objetivo General

- I. Analizar la asociación entre el desdentamiento y su influencia en la Autopercepción de Calidad de Vida de Adultos Mayores Autovalentes pertenecientes a Centros Comunitarios de CESFAM Marcelo Mena, Cordillera, Esperanza, Placeres y Padre Damián de Molokai de la CORMUVAL.

Objetivos Específicos

- I. Comparar el grado de desdentamiento (dientes visualizados por los encuestadores y relatados por el encuestado) y las clases de Kennedy (superior e inferior) con la autopercepción de Calidad de Vida de los instrumentos GOHAI-12 y OHIP-14 y con la autopercepción de salud dental.
- II. Analizar si el uso de prótesis influye en la autopercepción de calidad de vida medida con los instrumentos antes mencionados.
- III. Comparar los Índices de Calidad de Vida de los instrumentos con la autopercepción de salud dental y la calidad de vida reflejada en preguntas ENCAVI; y cómo ésta afecta en la calidad de vida de los encuestados.

MATERIAL Y MÉTODO:

Tipo y Diseño de Investigación

El presente es un estudio de enfoque cuantitativo con diseño Descriptivo de Corte Transversal. Su población consta de Adultos Mayores (edad igual o superior a 65 años), voluntarios a formar parte del trabajo, pertenecientes a Centros Comunitarios de CESFAM Marcelo Mena, Cordillera, Esperanza y Padre Damián de Molokai de la CORMUVAL, durante el año 2018.

Población:

La población objetivo fue todo Adulto Mayor, de ambos sexos, pertenecientes a Centros Comunitarios de CESFAM Marcelo Mena, Cordillera, Esperanza y Padre Damián de Molokai de la CORMUVAL 2018, trabajando con aquellos que cumplieron los criterios de inclusión/exclusión y que voluntariamente accedieron a responder las encuestas y ser parte de las actividades de promoción de salud.

Muestra:

Mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, se accedió a los encuestados mediante contacto con la Asistente Social de cada CESFAM, quien nos facilitó el número telefónico de la presidenta y/o presidente de los Centros de Adultos Mayores con convenio vigente año 2018 con cada CESFAM.

Se contactó telefónicamente a cada centro. A los centros que accedían a recibir las encuestas y actividades de promoción en salud ofrecidas, se fue a encuestar. Los que se negaron, se descartaron.

Criterios de Inclusión/Exclusión:

Se consideraron Adulto Mayores, de 60 años o más, de cualquier sexo y género, pertenecientes a Centros Comunitarios de CESFAM Marcelo Mena, Cordillera, Esperanza y Padre Damián de Molokai de la CORMUVAL, en el año 2018. Los sujetos fueron voluntarios, debiendo firmar el consentimiento informado (Anexo N.º 2).

Se excluyeron aquellos Adultos Mayores con limitaciones psicológicas y físicas que impidieran la aplicación de la encuesta, así como aquellos con diagnóstico de depresión severa, alzhéimer, daño cognitivo y quienes se negaron a contestar o firmar el consentimiento informado. También los que manifestaron estrés o desconformidad con la intervención.

Definición de Variables:

Variable	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones
CESFAM	Cualitativa Nominal	Establecimiento de atención primaria al cual pertenece el encuestado.	Nombre del establecimiento donde se encuentran inscritos los sujetos a evaluar.	CESFAM de cerros Cordillera, Mena, Placeres, Esperanza y Padre Damián
Edad	Cuantitativa Continua De razón (Discretizada)	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento, en años cumplidos.	Se consultó su edad a cada participante el día de la encuesta	Números de años (desde 60 en adelante)
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Condición orgánica, masculina o femenina de los animales y las plantas.	Categorización dada por el encuestado	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino
Estado civil	Cualitativa Nominal Tetratómica	Calidad de un individuo en orden a sus relaciones de familia en cuanto le confiere o le impone determinados derechos y obligaciones.	Se consultó al participante referente a su estado civil el día de la encuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero (a) • Casado (a) • Separado (a) • Divorciado (a) • Viudo (a)

Nivel educacional (Escolaridad)	Cualitativa Ordinal Heptatómica	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Se consultó al participante referente a su último curso rendido el día de la encuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Básica incompleta • Básica completa • Media incompleta • Media completa • Superior técnica o universitaria incompleta • Superior técnica o universitaria completa
Número de Dientes Relatados	Cuantitativa De razón Discreta	Cantidad de dientes que el encuestado relata tener en boca, sin contar los protésicos.	Se consultó al participante referente al número de dientes que poseen boca al día de la encuesta,	Números de meses (desde 1 en adelante)
Número de Dientes Visualizados	Cuantitativa De razón Discreta	Cantidad de dientes presentes en boca que el encuestador logra visualizar solo con apertura bucal del encuestado.	Se observó el número de dientes que poseen al día de la encuesta, sólo abriendo la boca	Número entero (desde 0 hasta 32)
Tipo de Prótesis	Cualitativa Nominal Tricotómica	Presencia de prótesis total acrílica o parcial metal-acrílica o acrílica en boca, de uso continuo, tanto superior (en maxila) como inferior (mandíbula)	Se consultó al participante referente al uso de prótesis removible al día de la encuesta, y tipo.	<ul style="list-style-type: none"> • 1C (total acrílica) • 2B (parcial metálica) • 2C (parcial acrílica)
Clase de Kennedy	Cualitativa Nominal Tetratómica	Grado de Desdentamiento que presenta el encuestado acorde brechas y extremos libres	Se consultó al participante referente al tipo de prótesis que porta y, junto a los dientes visualizados, se calculará la clase de Kennedy.	<ul style="list-style-type: none"> • Clase I • Clase II • Clase III • Clase IV
Autopercepción de Calidad de Vida con GOHAI-12	Cualitativa Ordinal Pentatómica	Aspectos de nuestras vidas que están dominados o influenciados de modo significativo por la salud oral personal, durante los últimos tres meses.	Valor asignado por el participante según el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI) según codificación: Nunca: 5 Rara vez: 4 A veces: 3 A Menudo: 2 Siempre: 1	<ul style="list-style-type: none"> • Buena: valor total igual o superior a 57 puntos. • Moderada: valor total entre 51 y 56 puntos. • Mala: valor total de menos de 50 puntos.

Autopercepción de Calidad de Vida según OHIP-14	Cualitativa Ordinal Pentatómica	Aspectos de nuestras vidas que están dominados o influenciados de modo significativo por la salud oral personal, durante los últimos tres meses.	Valor asignado por el participante según el Perfil de Impacto en Salud Oral (OHIP) según codificación: Nunca: 0 Casi Nunca: 1 Algunas Veces: 1 Frecuentemente: 3 Siempre: 4	<ul style="list-style-type: none"> • 0 – 28 pts. = menor impacto en la calidad de vida (menores problemas dentales, mejor calidad de vida) • 42 – 56 pts. = mayor impacto en la calidad de vida (mayores problemas dentales, peor calidad de vida)
Preguntas extraídas de la encuesta ENCAVI	Cualitativa Ordinal Pentatómica	Poseen enfoque más general de una buena calidad de vida, acorde tópicos económicos. Para este estudio, de 176 preguntas, sólo se seleccionaron las que miden la repercusión en la calidad de vida oral/sistémica del encuestado	Valor asignado por el participante según las preguntas de encuesta ENCAVI: Nunca: 1 Rara vez: 2 A veces: 3 A Menudo: 4 Siempre: 5	<ul style="list-style-type: none"> • 0 a 26 pts. = mala calidad de vida y salud • 27 a 32 pts. = moderada calidad de vida y salud • 33 a 36 pts. = buena calidad de vida y salud
Autopercepción de Salud Bucal	Cualitativa Ordinal Tricotómica	Grado de conformidad con la salud oral que presente el encuestado	Valor asignado por participante, acorde su propia percepción de salud oral	<ul style="list-style-type: none"> • Mala: 1 • Regular: 2 • Buena: 3

Tabla I: Descripción de las Variables

Recolección de Datos

Dado el muestreo no probabilístico por conveniencia, se accedió a los CESFAM Cordillera, Esperanza, Mena y Padre Damián de Molokai mediante contacto con sus respectivas Asistentes Sociales, las cuales proporcionaron un listado actualizados de Centros de Adultos Mayores con convenios con los Programas de los CESFAM, con contactos telefónicos. A cada centro otorgado se le llamó por teléfono, en donde se explicó el objetivo del Estudio, la aplicación de las Encuestas y que se

complementaría con una charla Preventiva y Promocional de la Salud y cuidado Protésico enfocada en Adultos Mayores.

Algunos Centros accedieron a recibir la Intervención y otros no. A éstos últimos no se les insistió. Se acudió a cada dirección de los centros comunitarios de forma presencial en jornada PM y días hábiles con previo llamado confirmatorio. Luego de invitarlos a participar en la actividad, solicitando su asentimiento y aplicando los criterios de inclusión, se informó del objetivo y pregunta de investigación de la tesis, aplicó consentimiento informado (Anexo N° 2), pudiendo aplicar los criterios de inclusión durante este periodo o durante la encuesta.

Se confeccionó un documento de dos hojas para la evaluación de cada participante (Anexo N°3), donde se incluyó una recolección de datos general, extracto de preguntas de encuesta ENCAVI, anamnesis odontológica, autopercepción de salud bucal en general, autopercepción de calidad de vida mediante índice GOHAI-12, perfil de impacto en la salud oral mediante encuesta OHIP-14. Estos datos se obtuvieron de las preguntas directas al participante, con la menor intervención o explicación de la pregunta posible.

Consideraciones Éticas

Para la ejecución de la investigación se contó con la debida aprobación del Comité de Bioética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, quien bajo los acuerdos de la “Declaración de *Helsinki*”, de 1964 y modificado en

1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2002, 2004 y 2008; las “Normas de Buena Práctica Clínica”, según la Organización Mundial de la Salud de 1996; las “Normas Éticas Internacionales para las Investigaciones Biomédicas con Sujetos Humanos”, según la Organización Panamericana de la salud y el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas de 1996; las “*Operational Guidelines for Ethics Comites that Review, Biomedical Research*”, según la Organización Mundial de la Salud del 2000; y las “Regulaciones Nacionales y Normas Técnicas” del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, deberán velar por el cumplimiento de las buenas

prácticas clínicas.

Una vez obtenida la información, se volverá a cada Centro de Adultos Mayores y CESFAM, para hacer promoción/divulgación de los resultados y análisis descriptivo obtenido, generando una retroalimentación positiva y mejorando las bases de datos que los centros de salud poseen de su población abarcada, pudiendo mejorar sus diagnósticos presuntivos y caracterizaciones poblacionales.

Análisis Estadístico:

Los datos obtenidos se ingresaron a un libro del programa Microsoft Office Excel, versión 2010, de forma de poder obtener una base de datos, tablas dinámicas y gráficos. Para la descripción de las variables y los análisis estadísticos se utilizó el software Stata versión 15 (StataCorp, 2017) y Programa SSPS® versión 20.

Dada la naturaleza descriptiva de la investigación, se obtendrán la cuantificación de las frecuencias (en números absolutos y porcentajes) en aquellas variables cualitativas nominales, de las frecuencias acumuladas (en números absolutos y porcentajes) en aquellas variables cualitativas ordinales, y de las medidas de resumen, posición y variabilidad en las variables cuantitativas. Los datos se presentarán en tablas y gráficos.

Para poder medir la relación entre las encuestas GOHAI Y OHIP se realiza el cálculo de coeficientes de correlación y aplicación de pruebas de correlación, a través de dos métodos que se explican a continuación:

Tau de Kendall: es una medida de correlación de rango. La similitud de los

ordenamientos de los datos cuando se clasifican por cada una de las cantidades. Es utilizada para medir la asociación ordinal entre dos cantidades medidas. Una prueba de Tau es una prueba de hipótesis no paramétrica para la dependencia estadística basada en el coeficiente de Tau.

Además, utiliza una prueba la cual contrasta las siguientes hipótesis H0: No hay relación entre las variables en estudio v/s H1: Si hay relación entre las variables en estudio. El criterio utilizado es si la significancia estadística es menor a 0,05, entonces se rechaza la hipótesis nula y se concluye que las variables están relacionadas. Por el contrario, si la probabilidad es mayor a 0,05, entonces no se rechaza la hipótesis nula y se concluye que las variables no están relacionadas. Este estadístico se define como:

$$T_c = \frac{2k(C-D)}{n^2(k-1)}$$

Siendo k el menor número de casos no empatados que presentan X₁ o X₂.

Coeficiente de Spearman (Rho de Spearman): este coeficiente es una medida de asociación lineal que utiliza los rangos, números de orden, de cada grupo de sujetos y compara dichos rangos. Utiliza una prueba que contrasta las siguientes hipótesis H0: No hay relación entre las variables en estudio v/s H1: Si hay relación entre las variables en estudio. El criterio utilizado es si la significancia estadística es menor a 0,05, entonces se rechaza la hipótesis nula y se concluye que las variables están relacionadas. Por el contrario, si es mayor a 0,05, entonces no se rechaza la hipótesis nula y se concluye que las variables no están relacionadas. La fórmula del coeficiente de Spearman es la siguiente:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n^3 - n}$$

Donde:

r_s: coeficiente de correlación por rangos de Spearman

d : diferencia entre los rangos

n : número de datos

Todas estas medidas toman valores entre -1 y +1, y alcanza los valores extremos cuando existe concordancia o discordancia perfecta. Valores próximos a 0 indican ausencia de asociación.

RESULTADOS:

Descripción sociodemográfica de los pacientes:

En esta sección se muestran resultados a modo de resumen para entender el perfil general de los pacientes según sus características sociodemográficas.

El grupo en estudio está constituido por 223 pacientes adultos mayores pertenecientes a Centros Comunitarios de CESFAM Marcelo Mena, Cordillera, Esperanza, Los Placeres y Padre Damián de Molokai de la CORMUVAL.

En cuanto a la distribución de los encuestados según su sexo, un 80,72% (180) de ellos corresponden a mujeres (Tabla II). Su edad promedio es 73,73 años, con una desviación estándar de 9,02 años (Tabla III).

Sexo	Cantidad de pacientes	
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	180	80,72
Masculino	43	19,28
Total	223	100,00

Tabla II: Cantidad de pacientes (frecuencia y %) según sexo.

Edad de los pacientes			
Media	Desviación estándar	Mínima	Máxima
73,73	9,02	50	100

Tabla III: Medidas descriptivas de la edad de los pacientes.

A continuación, se presentan algunos puntos relevantes que resumen la información de la tabla IV: un 30,94% (69) de los pacientes pertenecen al CESFAM Mena. Un 93,27% (208) de los encuestados posee FONASA de previsión. En el ámbito laboral, un 76,68% (171) no tiene una actividad laboral. Categorizando según su estado civil, se tiene que un 41,70% (93) se encuentra casado.

Variable sociodemográfica del paciente	Cantidad de pacientes	
	Frecuencia	Porcentaje (%)
CESFAM		
Cordillera	28	12,56

Esperanza	41	18,39
Mena	69	30,94
Padre Damián	18	8,07
Placeres	67	30,04
Total	223	100,00
Cerro		
Alegre	1	0,45
Bellavista	1	0,45
Concepción	1	0,45
Cordillera	29	13,00
Cárcel	14	6,28
Esperanza	41	18,39
Huilmo	1	0,45
La Loma	5	2,24
La Loma	1	0,45
Las Cañas	1	0,45
Mariposas	2	0,90
Mena		13,45
Mercedes	1	0,45
Padre Damián	12	5,38
Los Placeres	72	32,29
San Juan de Dios	3	1,35
Yungai	8	3,59
Total	223	100,00
Previsión		
Indigente	1	0,45
Fonasa	208	93,27
Isapre	14	6,28
Total	223	100,00
Estado Civil		
Soltero	30	13,45
Casado	93	41,70
Separado	14	6,28
Divorciado	10	4,48
Viudo	76	34,08
Total	223	100,00

Tabla IV: Cantidad de adultos mayores (frecuencia y %) según características sociodemográficas.

En la tabla V se observa que el mayor porcentaje de encuestados corresponde a un nivel educacional Media Incompleta del 29,15% (65), sin desempeñar una actividad laboral 76,68% (171) y que vive con su cónyuge 37,22% (83).

Variable sociodemográfica del paciente	Cantidad de pacientes	
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nivel Educativo		
Sin educación	1	0,45
Básica incompleta	33	14,80
Básica completa	52	23,32
Media incompleta	65	29,15
Media completa	43	19,28
Enseñanza superior	29	13,00
Total	223	100,00
Actividad Laboral		
No	171	76,68
Sí	32	14,35
Otro	20	8,97
Total	223	100,00
Con quien vive		
Solo	42	18,83
Cónyuge	83	37,22
Hijo	70	31,39
Conviviente	11	4,93
Otro familiar	15	6,73
Empleado	0	0,00
Otro	2	0,90
Total	223	100,00

Tabla V: Cantidad de adultos mayores (frecuencia y porcentajes) según características sociodemográficas.

I - Relación entre grado de desdentamiento y percepción de la calidad de vida según los instrumentos *GOHAI-12*, *OHIP-14* y con la autopercepción de la salud dental:

La tabla N° VI muestra el promedio de dientes relatados por los encuestados y el promedio de dientes que visualizó el encuestador durante el examen.

Dientes relatados			
Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
12,05	11,17	0	36
Dientes visualizados			
Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
10,72	9,87	0	32

Tabla VI: Medidas descriptivas de la cantidad de dientes relatados por el paciente y la cantidad de dientes visualizados por el encuestador.

Las tablas VII y VIII, muestran la categorización de los encuestados según el nivel de desdentamiento de las clases de Kennedy. Un 47,5% (106) de los encuestados presentaron un desdentamiento total. Las categorías “no determinado” tanto de la clase de Kennedy como de la modificación indican a los pacientes que no pudieron ser clasificados en ninguna clase.

Clase de Kennedy superior	Modificación					Total
	Sin modificación	1	2	3	No determinada	
Desdentado total	106 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	106 100,0%
Clase I	37 92,5%	1 2,5%	2 5,0%	0 0,0%	0 0,0%	40 100,0%
Clase II	9 60,0%	5 33,3%	0 0,0%	1 6,7%	0 0,0%	15 100,0%
Clase III	35 77,8%	8 17,8%	2 4,4%	0 0,0%	0 0,0%	45 100,0%
Clase IV	4	0	0	0	0	4
No determinada	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	13 100,0%	13 100,0%
Total	191 85,7%	14 6,3%	4 1,8%	1 0,5%	13 5,8%	223 100,0%

Tabla VII: Cantidad de pacientes (frecuencia y %) según clasificación de Kennedy mandíbula superior.

Clase de Kennedy inferior	Modificación					Total
	Sin modificación	1	2	3	No determinada	
Desdentado total	71 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	71 100,0%
Clase I	78 88,6%	7 8,0%	2 2,3%	1 1,2%	0 0,0%	88 100,0%
Clase II	6 40,0%	6 40,0%	3 20,0%	0 0,0%	0 0,0%	15 100,0%
Clase III	23 67,7%	8 23,5%	3 8,8%	0 0,0%	0 0,0%	34 100,0%
Clase IV	1	0	0	0	0	1
No determinada	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	14 100,0%	14 100,0%
Total	179 80,3%	21 9,4%	8 3,6%	1 0,5%	14 6,3%	223 100,0%

Tabla VIII: Cantidad de pacientes (frecuencia y %) según clasificación de Kennedy mandíbula inferior.

1. Percepción de la calidad de vida en cuanto a salud oral según instrumento *GOHAI-12* y grado de desdentamiento del paciente:

La tabla IX indica la categorización de los pacientes según los niveles de calidad de vida que propone y se evalúan en la encuesta *GOHAI-12*. Se observa que un 82,1% (183) de los pacientes tienen una mala autopercepción de la calidad de vida, según *GOHAI-12*.

Calidad de vida	Cantidad de pacientes	Porcentaje (%)
Buena	9	4,0
Regular	31	13,9
Mala	183	82,1
Total	223	100,0

Tabla IX: Distribución de los pacientes (frecuencia y %) según su nivel de calidad de vida instrumento *GOHAI-12*.

En la tabla X se muestran los promedios tanto de los dientes relatados por los pacientes como de los dientes visualizados por los encuestadores en los pacientes. Se comparó con el nivel de calidad de vida según encuesta *GOHAI-12*.

Se observa que los pacientes clasificados en un nivel de calidad de vida malo poseen una menor cantidad de dientes.

Calidad de vida	Cantidad de pacientes	Dientes relatados		Dientes visualizados	
		Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Buena	9	16,4	12,9	12,2	11,5
Regular	31	15,1	11,7	12,8	10,3
Mala	182	11,3	10,9	10,3	9,7

Tabla X: Medidas descriptivas de la cantidad de dientes relatados y visualizados, según calidad de vida *GOHAI-12*.

2. Impacto negativo de los problemas odontológicos sobre la calidad de vida según instrumento *OHIP-14* y grado de desdentamiento del paciente:

En cuanto al instrumento *OHIP-14*, se muestra en la tabla XI la clasificación de los pacientes según el nivel de impacto negativo que tienen los problemas odontológicos sobre su calidad de vida.

Cabe destacar que 7 de los 223 pacientes no pudieron ser clasificados en un nivel de impacto, cuyos puntajes en *OHIP-14* se encontraba entre los 29 y 38 puntos. Esto se debe a los rangos de clasificación del instrumento.

Nivel de impacto negativo	Cantidad de pacientes	Porcentaje (%)
Mayor	6	2,8
Menor	211	97,2
Total	217	100,0

Tabla XI: Distribución de los pacientes (frecuencia y %) según su nivel de calidad de vida instrumento *OHIP-14*.

En la tabla XII se muestra el promedio de dientes relatados y visualizados. Lo anterior, según el nivel de impacto negativo que provocan los problemas odontológicos en los encuestados según el instrumento *OHIP-14*. Se observa en la tabla que, mientras menor es la cantidad de dientes, tanto relatados como visualizados, el impacto negativo de los problemas odontológicos en la calidad de vida es mayor.

Nivel de impacto negativo	Cantidad de pacientes	Dientes relatados		Dientes visualizados	
		Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Mayor	6	6,7	3,3	7,3	3,4
Menor	211	12,1	11,3	10,7	10,0

Tabla XII: Medidas descriptivas de la cantidad de dientes relatados y visualizados, según impacto negativo de los problemas odontológicos *OHIP-14*.

3. Autopercepción de la salud bucal y grado de desdentamiento del paciente:

Se estudió la autopercepción de la salud bucal de los encuestados. En la tabla XIII se muestran los resultados de la clasificación de los pacientes según su autopercepción. Solo un 22,0% (49) posee una mala autopercepción de su salud bucal.

Autopercepción de salud bucal	Cantidad de pacientes	Porcentaje (%)
Buena	86	38,6
Regular	88	39,5
Mala	49	22,0
Total	223	100,0

Tabla XIII: Cantidad de pacientes (frecuencia y %) según autopercepción de salud bucal.

Se estudió la influencia del desdentamiento de los encuestados, sobre su autopercepción de salud bucal. Según las tablas XIV y XV, los encuestados que poseen, en promedio, una menor cantidad de dientes tanto relatados como visualizados poseen una autopercepción mala de su salud bucal.

Autopercepción de salud bucal	Cantidad de pacientes	Dientes relatados	
		Media	Desviación estándar
Buena	85	13,2	12,0
Regular	88	11,8	11,3
Mala	49	10,6	9,2

Tabla XIV: Medidas descriptivas de la cantidad de dientes relatados según la autopercepción de la salud bucal de los encuestados.

Autopercepción de salud bucal	Cantidad de pacientes	Dientes visualizados	
		Media	Desviación estándar
Buena	86	11,5	10,8
Regular	88	10,5	9,9
Mala	48	9,7	7,9

Tabla XV: Medidas descriptivas de la cantidad de dientes visualizados según la autopercepción de la salud bucal de los encuestados

II - Influencia del uso de prótesis sobre la percepción de la calidad de vida según los instrumentos *GOHAI-12*, *OHIP-14* y autopercepción de la salud dental:

En cuanto a la utilización de prótesis dentales en los adultos mayores, un 48,3% (98) de ellos utiliza una prótesis total acrílica en maxilar superior, mientras que un 34,6% (66) utiliza una prótesis del mismo tipo en mandíbula, acorde tabla XVI:

Pacientes con prótesis superior		
Tipo de prótesis removible	Frecuencia	Porcentaje (%)
Total-Acrílica	98	48,3
Parcial-Metal	33	16,3
Parcial-Acrílica	35	17,2
No utiliza prótesis	37	18,2
Total	203	100,0

Pacientes con prótesis inferior		
Tipo de prótesis removible	Frecuencia	Porcentaje (%)
Total-Acrílica	66	34,6
Parcial-Metal	45	23,6
Parcial-Acrílica	34	17,8
No utiliza prótesis	46	24,1
Total	191	100,0

Tabla XVI: Cantidad de pacientes (frecuencia y %) según el tipo de prótesis que utiliza.

1. Uso de prótesis y autopercepción calidad de vida *GOHAI-12*

Al estudiar la influencia del uso de prótesis superior e inferior en el nivel de calidad de vida evaluado en el instrumento *GOHAI-12* (Tabla XVII), se observa que, tanto los encuestados que utilizan una prótesis superior o inferior como los que no las portan, se encuentran en un nivel de mala calidad de vida.

Tipo de prótesis removible superior		Nivel de calidad de vida <i>GOHAI-12</i>			
		Buena	Regular	Mala	Total
Total-Acrílica	Frecuencia	4	12	82	98
	%	4,1	12,2	83,7	100,0
Parcial-Metal	Frecuencia	3	5	25	33
	%	9,1	15,2	75,8	100,0
Parcial-Acrílica	Frecuencia	1	6	28	35
	%	2,9	17,1	80,0	100,0
No utiliza prótesis	Frecuencia	0	4	33	37
	%	0,0	10,8	89,2	100,0
Tipo de prótesis removible inferior		Nivel de calidad de vida <i>GOHAI-12</i>			
		Buena	Regular	Mala	Total
Total-Acrílica	Frecuencia	3	6	57	66
	%	4,6	9,1	86,4	100,0
Parcial-Metal	Frecuencia	3	8	8	45
	%	6,7	17,8	17,8	100,0
Parcial-Acrílica	Frecuencia	1	6	6	34
	%	2,9	17,7	17,7	100,0
No utiliza prótesis	Frecuencia	1	5	5	46
	%	2,2	10,9	10,9	100,0

Tabla XVII: Influencia del tipo de prótesis superior utilizada sobre la calidad de vida según el instrumento *GOHAI-12*.

2. Uso de prótesis y grado de impacto negativo en la salud bucal según instrumento *OHIP-14*.

Se estudió la influencia del uso de prótesis sobre el impacto negativo de los problemas odontológicos y la calidad de vida de los adultos mayores.

Los que no utilizan prótesis ven un impacto negativo menor en su calidad de vida, a pesar de los problemas odontológicos que poseen. Mientras que los pacientes que sí usan algún tipo de prótesis dental también tienen un menor impacto negativo en su calidad de vida, debido a problemas odontológicos, acorde tabla XVIII.

Tipo de prótesis removable superior		Nivel de impacto negativo <i>OHIP-14</i>		
		Mayor impacto	Menor impacto	Total
Total-Acrílica	Frecuencia	3	94	97
	%	3,1	96,9	100,0
Parcial-Metal	Frecuencia	2	30	32
	%	6,3	93,8	100,0
Parcial-Acrílica	Frecuencia	0	34	34
	%	0,0	100,0	100,0
No utiliza prótesis	Frecuencia	0	34	34
	%	0,0	100,0	100,0
Tipo de prótesis removable inferior		Nivel de impacto negativo <i>OHIP-14</i>		
		Mayor impacto	Menor impacto	Total
Total-Acrílica	Frecuencia	0	64	65
	%	0,0	100,0	100,0
Parcial-Metal	Frecuencia	3	40	43
	%	7,0	93,0	100,0
Parcial-Acrílica	Frecuencia	1	33	34
	%	2,9	97,1	100,0
No utiliza prótesis	Frecuencia	1	43	44
	%	2,3	97,7	100,0

Tabla XVIII: Influencia del tipo de prótesis superior utilizada sobre la calidad de vida según el instrumento *OHIP-14*.

➤ **Autopercepción de la salud bucal de los pacientes por utilización de prótesis superior e inferior según encuestas OHIP-14, GOHAI-12.**

Las variables graficadas son:

Puntaje encuesta GOHAI-12 (eje horizontal)

- Menor o igual a 50 pts. = mala calidad de vida
- De 51 a 56 pts. = regular calidad de vida

Puntaje encuesta OHIP-14 (eje vertical)

- 0 – 28 pts. = menor impacto en la calidad de vida (menores problemas dentales, mejor calidad de vida)
- 42 – 56 pts. = mayor impacto en la calidad de vida (mayores problemas dentales, peor calidad de vida)

Las líneas de color rojo representan el intervalo de corte del nivel de calidad de vida “mala”.

Autopercepción de la salud bucal

Variable representada por los puntos en el gráfico.

- 1=buena
- 2=regular
- 3=mala

a) Uso de prótesis superior

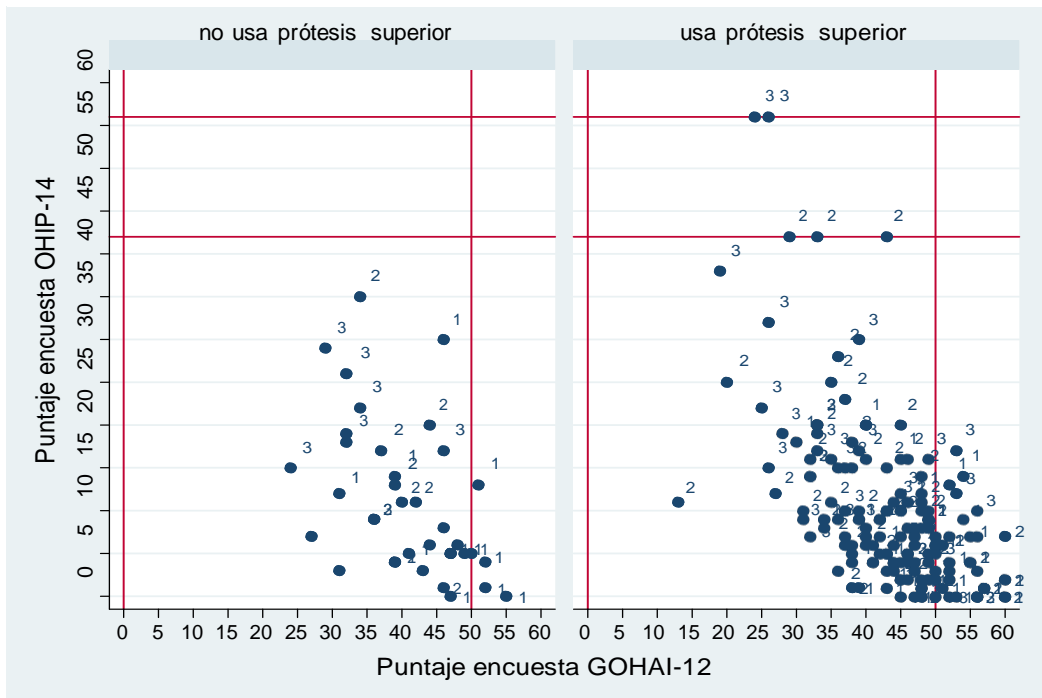


Fig. 6: Gráfico de puntos sobre autopercepción de la salud bucal de los pacientes por utilización de prótesis superior según encuestas OHIP-14, GOHAI-12.

b) Uso de prótesis inferior

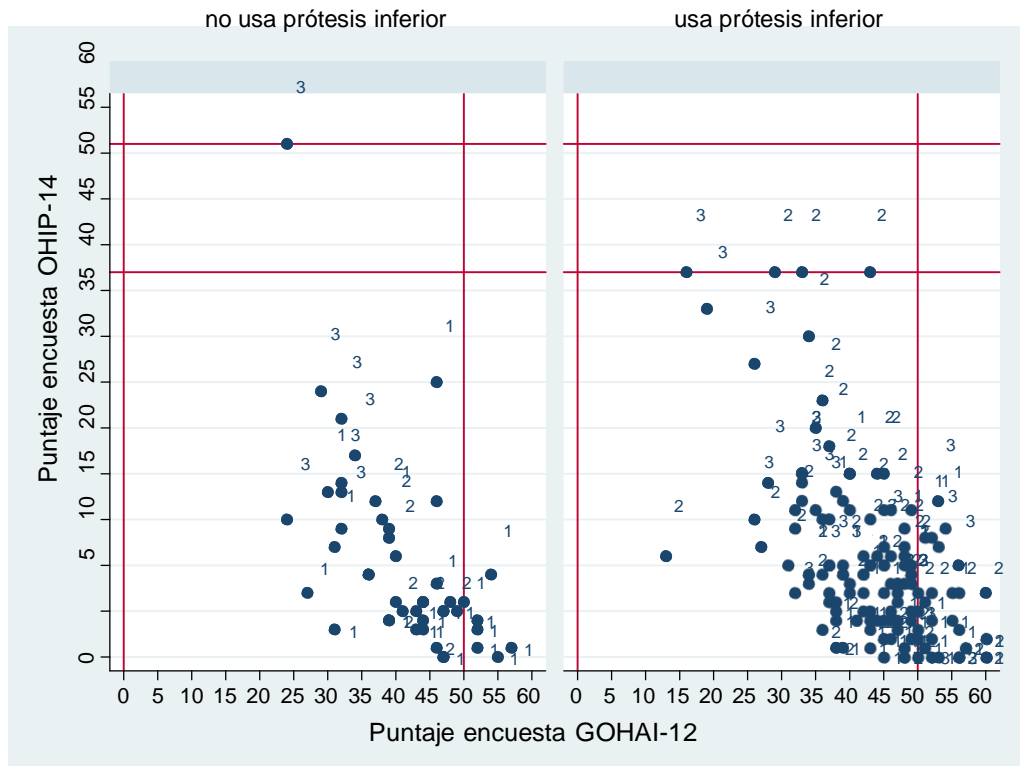


Fig. 7: Gráfico de puntos sobre Autopercepción de la salud bucal de los pacientes por utilización de prótesis inferior según encuestas OHIP-14, GOHAI-12.

3. Uso de prótesis y autopercepción de la salud bucal

Al analizar en conjunto la utilización de prótesis y la autopercepción de la salud bucal que los adultos mayores relataron tener, en la tabla XIX, tanto los que usan algún tipo de prótesis como quienes no, tienden a tener una buena autopercepción de su salud bucal.

Tipo de prótesis removable superior		Autopercepción de la salud bucal			
		Buena	Regular	Mala	Total
Total-Acrílica	Frecuencia	36	40	22	98
	%	36,7	40,8	22,5	100,0
Parcial-Metal	Frecuencia	11	18	4	33
	%	33,3	54,6	12,1	100,0
Parcial-Acrílica	Frecuencia	15	12	8	35
	%	42,9	34,3	22,9	100,0
No utiliza prótesis	Frecuencia	19	10	8	37
	%	51,4	27,0	21,6	100,0
Tipo de prótesis removable inferior		Autopercepción de la salud bucal			
		Buena	Regular	Mala	Total
Total-Acrílica	Frecuencia	28	29	9	66
	%	42,4	43,9	13,6	100,0
Parcial-Metal	Frecuencia	12	25	8	45
	%	26,7	55,6	17,8	100,0
Parcial-Acrílica	Frecuencia	12	11	11	34
	%	35,3	32,4	32,4	100,0
No utiliza prótesis	Frecuencia	26	10	10	46
	%	56,5	21,7	21,7	100,0

Tabla XIX: Distribución de los pacientes (frecuencia y %) según el tipo de prótesis que utilizan y su autopercepción de la salud bucal.

III - Calidad de vida según instrumentos *GOHAI-12*, *OHIP-14*, *ENCAVI* y autopercepción de la salud dental:

En la tabla XX se comparan tres instrumentos que se utilizaron para medir calidad de vida en los encuestados, con su autopercepción de la salud bucal.

- En el puntaje de las 6 preguntas seleccionadas de la *ENCAVI*, no clasificó ningún adulto mayor en un nivel bueno de calidad de vida. Dentro de los pacientes que cuentan con una calidad de vida regular, un 44,3% (31) de ellos tiene una buena autopercepción de su salud bucal.
- En el puntaje calculado a partir del instrumento *OHIP-14*, se concluyó que, de los adultos mayores que poseen un mayor impacto negativo en su calidad de vida debido a los problemas odontológicos, ninguno posee una buena autopercepción de su salud bucal.
- En el puntaje calculado a partir del instrumento *GOHAI-12*, se observó que, de los pacientes que poseen una calidad de vida mala, un 58,1% (18) tiene una buena autopercepción de su salud bucal.

Nivel de calidad de vida y salud ENCAVI		Autopercepción de la salud bucal			
		Buena	Regular	Mala	Total
Buena	Frecuencia	0	0	0	0
Mala	Frecuencia	55	61	37	153
	%	36,0	39,9	24,2	100,0
Regular	Frecuencia	31	27	12	70
	%	44,3	38,6	17,1	100,0
Total	Frecuencia	86	88	49	223
	%	38,7	39,5	22,0	100,0
Impacto negativo de los problemas odontológicos OHIP-14		Autopercepción de la salud bucal			
		Buena	Regular	Mala	Total
Mayor	Frecuencia	0	3	3	6
Menor	Frecuencia	85	84	42	211
	%	40,3	39,8	19,9	100,0
Total	Frecuencia	85	87	45	217
	%	39,2	40,1	20,7	100,0
Nivel de calidad de vida GOHAI-12		Autopercepción de la salud bucal			
		Buena	Regular	Mala	Total
Buena	Frecuencia	5	4	0	9
Regular	Frecuencia	63	77	43	183
	%	34,4	42,1	23,5	100,0
Mala	Frecuencia	18	7	6	31
	%	58,1	22,6	19,4	100,0
Total	Frecuencia	86	88	49	223
	%	38,6	39,5	22,0	100,0

Tabla XX: Distribución de los encuestados (frecuencia y %) según el tipo de prótesis que utilizan y su autopercepción de salud bucal.

➤ **Autopercepción de la salud bucal de todos los encuestados, según encuestas OHIP-14, GOHAI-12:**

Las variables graficadas son:

Puntaje encuesta GOHAI-12(eje horizontal)

- Menor o igual a 50 pts. = mala calidad de vida
- De 51 a 56 pts. = regular calidad de vida

Puntaje encuesta OHIP-14 (eje vertical)

- 0 – 28 pts. = menor impacto en la calidad de vida (menores problemas dentales, mejor calidad de vida)
- 42 – 56 pts. = mayor impacto en la calidad de vida (mayores problemas dentales, peor calidad de vida)

Las líneas de color rojo representan el intervalo de corte del nivel de calidad de vida “mala”.

Autopercepción de la salud bucal

Variable representada por los puntos en el gráfico:

- 1=buena
- 2=regular
- 3 =mala

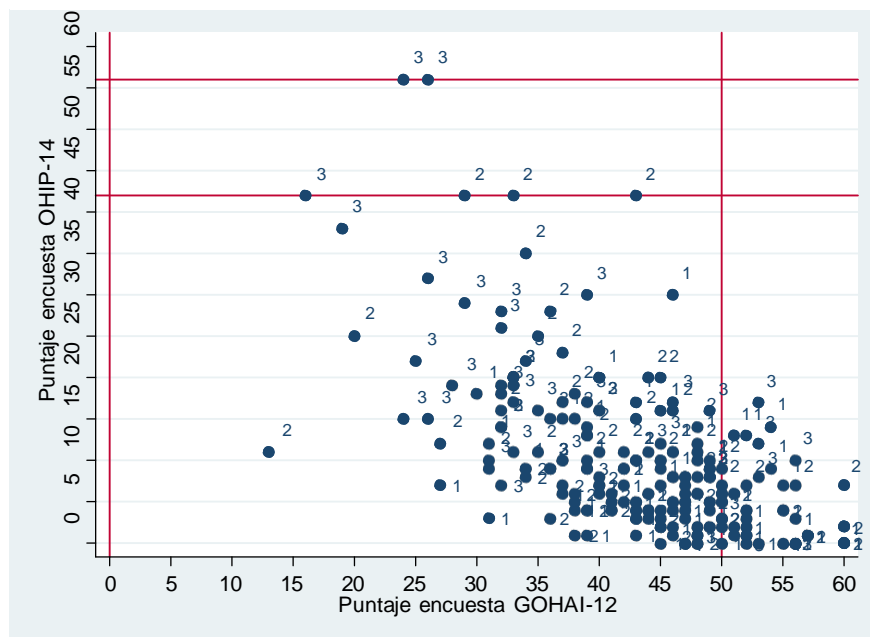


Fig. 8: Gráfico de puntos sobre Autopercepción de la salud bucal de todos los encuestados, según encuestas OHIP-14 y GOHAI-12

IV - Correlación entre encuestas GOHAI-12 Y OHIP-14 con Autopercepción de salud bucal y uso de prótesis en los adultos mayores encuestados:

En la prueba de correlación Tau de Kendall, con un valor-p < 0,005 se rechaza la hipótesis nula (H_0) por lo que existe una relación entre *OHIP-14* y la autopercepción de la salud bucal (tabla XXI).

Lo mismo ocurre con la prueba de correlación de Spearman, con un valor-p < 0,005 se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se dice que existe una relación entre *OHIP-14* y la autopercepción de la salud bucal (tabla XXII).

En cuanto a la relación entre *GOHAI-12* y la autopercepción de salud bucal, también se rechaza la hipótesis nula con un valor-p < 0,05, por lo que existe una relación entre estas variables.

Correlaciones			
			Autopercepción de salud bucal
Tau-b de Kendall	<i>OHIP-14</i>	Coefficiente de correlación	-0,1907
		Valor-p	0,0025
		Observaciones	223
	<i>GOHAI-12</i>	Coefficiente de correlación	-0,1553
		Valor-p	0,0132
		Observaciones	223

Tabla XXI: Prueba de correlación de Tau-b de Kendall entre encuestas *OHIP-14*, *GOHAI-12* y la autopercepción de salud bucal.

Correlaciones			
			Autopercepción de salud bucal
Spearman	<i>OHIP-14</i>	Coefficiente de correlación	-0,2034
		Valor-p	0,0023
		Observaciones	223
	<i>GOHAI-12</i>	Coefficiente de correlación	-0,1675
		Valor-p	0,0122
		Observaciones	223

Tabla XXII: Prueba de correlación de Spearman entre encuestas *OHIP-14*, *GOHAI-12* y la autopercepción de salud bucal.

Para la relación entre las encuestas y el uso de prótesis en los adultos mayores, según las pruebas de Tau de Kendall y Spearman, no existe relación entre la encuesta OHIP-14 con el uso de prótesis inferior y superior. No se rechaza la hipótesis nula H_0 por el valor-p $> 0,05$, por lo que no habría relación entre las variables.

Lo mismo ocurre con la encuesta GOHAI-12 y el uso de prótesis inferior y superior (tabla XXIII y XXIV)).

Correlaciones				
			Uso de prótesis superior	Uso de prótesis inferior
			Tau-b de Kendall	OHIP-14
Valor-p	0,3156	0,5315		
Observaciones	189	189		
GOHAI-12	Coeficiente de correlación	0,0906		0,0673
	Valor-p	0,2078		0,3500
	Observaciones	189		189

Tabla XXIII: Tau-b de Kendall entre OHIP-14, GOHAI-12 y uso de prótesis superior e inferior.

Correlaciones				
			Uso de prótesis superior	Uso de prótesis inferior
			Spearman	OHIP-14
Valor-p	0,3147	0,5302		
Observaciones	189	189		
GOHAI-12	Coeficiente de correlación	0,0921		0,0683
	Valor-p	0,2077		0,3501
	Observaciones	189		189

Tabla XXIV: Coeficiente de Spearman entre OHIP-14, GOHAI-12 y uso de prótesis superior e inferior.

DISCUSIÓN:

Dados los resultados del GOHAI-12, la mayoría obtuvo una mala autopercepción de calidad de vida, especialmente relacionado con los adultos mayores con menor cantidad de dientes. Si se considera que esta encuesta vela más por estudiar los aspectos positivos de la vida diaria en relación a la salud oral y cómo influye; tenemos un parámetro emocional que podría considerarse como deteriorado.

Esto se condice con los resultados de la encuesta OHIP-14, que también relaciona los encuestados con menor remanente dentario con un mayor impacto negativo de los problemas odontológicos.

En cuanto a salud odontológica, es sabido que incide en el nivel de calidad de vida. Sin embargo, en nuestro estudio aquello sólo se vio reflejado con los instrumentos validados, sin coincidir con lo que respondieron directamente ante la pregunta de cómo consideraban su salud oral, ya que la mayor parte dijo tener una regular a buena salud dental, contradiciendo la idea original sabida.

Se debe considerar ante esta disyuntiva el factor del acostumbramiento, el cual es esencial en este estudio y no se tenía plena conciencia de él al iniciar las encuestas, ya que este tipo de encuestados han perdido sus odontones desde muy temprana edad (la mayoría al menos), por lo que se han adecuado a su nuevo terreno biológico.

Al pasar los años, descubren otros factores que consideran “más importantes” en cuando al aumento, mantención o disminución de su calidad de vida (múltiples embarazos, artritis, edad, violencia intrafamiliar, falta de vida social, etc.) adoptándolos como causantes mayores de peor calidad de vida por sobre la salud oral.

Pero esto conduce a otra pregunta: si no interrelacionan la salud oral con un deterioro de su calidad de vida por causa de ella, ¿por qué las encuestas dicen lo contrario y sí determinan una peor calidad de vida ambas? Se puede responder a ello una vez estudiadas la misma confección del pool de preguntas de estos instrumentos. El paciente que nunca ha interiorizado estos temas, al momento de leer las preguntas, comienza a replantearse el tema y puede considerarlo como factor influyente, lo cual no conlleva a una concientización real de la salud dental como ente importante.

La diferencia de respuestas con respecto al uso o no de prótesis con encuesta GOHAI-12 y OHIP-14 puede deberse al formato y redacción de las mismas preguntas. Al aplicar GOHAI-12 se observó cómo los adultos mayores se sentían más afines con el tipo de preguntas que generaban, al mismo tiempo, mayor gama de respuestas. En cambio, al contestar OHIP-14, las personas presentaron más dudas con respecto a qué se refería la idea en sí, generando una reducción de repuestas, acotándose más por el “siempre” o “nunca”, a diferencia de la primera encuesta en donde respondían más como “a veces”, “a menudo”, etc.

Las respuestas tipo Likert usadas en los instrumentos, están hechas para ver el grado de flujo de respuesta y cómo varía acorde ciertos tópicos y cuánta importancia el encuestado le da a cada una. En opinión de los encuestadores y autores de este trabajo, esto no se cumple mucho con OHIP-14 a diferencia del GOHAI-12, al menos con el grupo de encuestados trabajados.

También el formato corto del OHIP podría haber influido, ya que la versión larga del OHIP de 49 preguntas podría ser más funcional, pero dada la extensión y tiempo que demora aplicarlo, no es muy viable. Pero el resumir los tópicos podría sesgar de cierta manera el modo de responder de la persona.

Tampoco se debe considerar al GOHAI-12 como la encuesta perfecta, ya que presenta 3 preguntas en donde el sentido de la respuesta y grado de importancia dado se invierte, lo cual generó dudas al momento de llevar a terreno la investigación. Sin embargo, fueron solucionables al realizarse una lectura lenta y detenida de la pregunta.

Pese a todo lo anterior, la evidencia disponible y analizada para realizar esta tesis abala que estas encuestas son lo mejor, dentro de la gran gama que se tiene de formatos, para dar una medida fiel de calidad de vida, sopesando las limitaciones y sesgos que pueda contener^{49,62}, ya que han demostrado tener buena consistencia interna, demostrando excelente capacidad discriminatoria^{50,62}.

Limitaciones:

No se pudo pesquisar total sinceridad de las respuestas entregadas, dado que un porcentaje menor de adultos mayores no pudo responder por sí mismo las encuestas y los tesisas tuvieron que leerles las preguntas, pudiendo caer en sesgos de información, dado que, a pesar de que se trató de cuestionar lo más neutral posible, cualquier tono exagerado de voz podría haber conducido un cierto tipo de patrón de respuesta.

Otra limitante fue la afectación a las mediciones hechas producto de sesgos por adaptación, ya que los adultos mayores, con tal de no quedar como poco preocupados de su dentadura y salud oral, pudiesen haber mentido en las respuestas.

CONCLUSIONES:

Según la aplicación de instrumento GOHAI-12, OHIP-14 y recolección de datos sociodemográficos y odontológicos, se obtuvo:

- Si hay relación entre un mayor grado de desdentamiento y una mala calidad de vida medida mediante encuestas GOHAI-12 y OHIP-14, a diferencia de la calidad de vida autopercebida, en donde a mayor desdentamiento, se obtuvo una regular a buena calidad de vida relatada.
- Según GOHAI-12, el usar prótesis o no, no influye en que se presente un peor o mejor nivel de calidad de vida. A diferencia de OHIP-14 donde el no ser portador de prótesis se atribuyó a un menor impacto de la salud oral en la calidad de vida
- Al comparar los índices de calidad de vida mediante los instrumentos validados GOHAI-12 y OHIP-14 con la autopercepción de salud bucal, se concluye que sí hay relación entre las tres, en donde una peor calidad de vida y mayor impacto negativo en la calidad de vida producto de la salud oral, se condicen con una regular salud oral autopercebida.
- A comparar los instrumentos GOHAI-12 y OHIP-14 con la calidad de vida relatada con las preguntas ENCAVI, se observa una similar respuesta en cuanto a nivel de calidad de vida presentado, apuntando al nivel de mala calidad de vida.
- Finalmente, se concluye en este estudio que sí existe una asociación y relación entre desdentamiento y la calidad de vida autopercebida mediante encuestas validadas.

SUGERENCIAS:

Para que estos resultados pudiesen ser generalizados a la población en estudio, se necesitaría realizar una intervención odontológica como tal, accediendo con instrumental de examen y concretando un diagnóstico simplificado, pero con plena observación del terreno biológico, más que basarse en dientes visualizados y relatados.

Se recomienda realizar un nuevo estudio, pero con una aleatorización de la muestra, aumentándola y abarcando más n° de centros de adultos mayores acorde nuevos cerros y CESFAM abarcados, con el objetivo de lograr un estudio equitativo sin tener exceso de encuestados mayoritariamente de un solo cerro.

Se recomienda emplear otras variables, como falla protésica, requiere o no recambio de tratamiento junto a periodontogramas simplificados, para tener una visión mucho más real de la salud dental del encuestado.

Se sugiere hacer un estudio cualitativo para recopilar las impresiones de los adultos mayores, con el objetivo de implementar estrategias de prevención y promoción de salud más efectivas a futuro en base a esto.

Se sugiere que los próximos estudios que se realicen en esta área, tengan como objetivo principal la aplicabilidad de estrategias de prevención, promoción y cuidados orales pertinentes en los servicios de salud públicos relacionados a los centros de adultos mayores correspondientes.

RESUMEN:

Introducción: calidad de vida se define mediante un concepto biosicosocial, donde priman los aspectos del deterioro fisiológico normal, enfermedades, contexto social, familiar, personal y económico, y cómo todo esto se correlaciona con el nivel calidad de bienestar de la persona.

Objetivo: Analizar la asociación entre el desdentamiento y su influencia en la Autopercepción de Calidad de Vida de Adultos Mayores Autovalentes pertenecientes a Centros Comunitarios de CESFAM Marcelo Mena, Cordillera, Esperanza, Placeres y Padre Damián de Molokai de la CORMUVAL.

Material y Método: estudio Descriptivo de Corte Transversal. Su población fueron Adultos Mayores (edad igual o superior a 65 años), voluntarios a formar parte del trabajo, pertenecientes a Centros Comunitarios de CESFAM Marcelo Mena, Cordillera, Esperanza y Padre Damián de Molokai de la CORMUVAL, durante el año 2018, accediendo a ellos mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia y a quienes se les aplicó una encuesta de recolección de datos generales, preguntas de ENCAVI, GOHAI-12 y OHIP-14. Los datos se analizaron mediante Stata 15 y se aplicaron test de Kendall y prueba de correlación de Spearman.

Discusión: según GOHAI-12, la mayoría obtuvo una mala autopercepción de calidad de vida, especialmente relacionado con los adultos mayores con menor cantidad de dientes. Esto se condice con los resultados de la encuesta OHIP-14, que también relaciona los encuestados con menor remanente dentario con un mayor impacto negativo de los problemas odontológicos.

Conclusión: Sí hay relación entre un mayor grado de desdentamiento y una peor calidad de vida percibida con encuestas GOHAI-12 y OHIP-14. En cuanto a calidad de vida autopercebida,, se relata una regular a buena calidad de vida, a pesar de los problemas odontológicos presentados.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- United Nations. World Population Prospects: The 2017 Revision. Department of Economic and Social Affairs/Population Division: UN; 2017. Volume II: Demographic Profiles
- 2.- Organización Panamericana de la Salud, Chile, pág. 1 de 5 (internet), visitado el 20/12/17 y disponible en: http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=chile&lang=es
- 3.-. INE. Estadísticas Vitales, Anuario 2012 [Internet]. 2013. 1-620 p. Visitado el 08/12/17 y disponible en http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/completa_vitales_2012.pdf
- 4.-. Entrega de Resultados Preliminares, Censo 2017 (internet), visitado el 20/12/17 y disponible en: <http://www.censo2017.cl/wp-content/uploads/2017/08/Proceso-Censal-Resultados-preliminares-31-08-2017.pdf>
- 5 .-Vasto, Sonya and others. Biomarkers of aging. Frontiers in Bioscience.2010;vol. S2. Pp. 392-402.
- 6.-Steves, C.J., T.D. Spector and S.H. Jackson. Ageing, genes, environment and epigenetics: What twin studies tell us now, and in the future. Age Ageing.2012; vol. 41, No. 5, pp. 581–6.
- 7.- Organización Mundial de la Salud. Organismos internacionales y envejecimiento 2009. (Internet) (acceso 20 de abril de 2018). Disponible en: http://trabajo.xunta.es/export/sites/default/Biblioteca/Documentos/Publicacions/congreso_envelhecimento/congreso_envejecimiento_activo.pdf
- 8 .-Organización Mundial de la Salud. Organismos internacionales y envejecimiento 2009. (Internet) (acceso 15 de abril de 2011). Disponible en: http://trabajo.xunta.es/export/sites/default/Biblioteca/Documentos/Publicacions/congreso_envelhecimento/congreso_envejecimiento_activo.pdf
9. - <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>
- 10.- Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. Community Dent Health 1994;11(1):3-11.

- 11- Dpto. de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, Ministerio de Salud, 2017 Nov. Santiago. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/encuesta-ens-descargable/>
- 12-. División de Planificación Sanitaria, Dpto. de Epidemiología, Unidad de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles. Encuesta de Calidad de Vida 2015-2016, Ministerio de Salud, 2017 Feb. Santiago. Disponible en: <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/02/PRESENTACION-ENCAVI-2016-11.02.2017.pdf>
- 13 -. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta CASEN 2013. 2014, Enero. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen_2013.php
- 14-. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta CASEN 2017. 2018, Enero. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen_2017.php
- 15.-. Pontificia Universidad Católica, SENAMA y Caja Los Andes. Chile y sus Mayores. Resultados tercera encuesta nacional Calidad de Vida en la Vejez. 2013. Disponible en <http://www.senama.cl/filesapp/Chile%20y%20sus%20mayores%202013,%20Encuesta%20de%20Calidad%20de%20Vida.pdf>
- 16- Ministerio de Salud y Ministerio de Planificación. Dependencia de Los Adultos Mayores en Chile [Internet]. Supersalud.gob.cl. 2008 [cited 18 May 2018]. Available from: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-4471_recurso_1.pdf
- 17.-. Marín, P. P., Gac, H., & Carrsaco, M. Geriatria y Gerontología. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 2014. 48-52. Vol.3. Teorías del proceso de envejecimiento.
- 18 Organización mundial de la salud (OMS).Temas de salud: envejecimiento (consultado 22 jul.2018). Disponible en <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
- 19.- Naciones Unidas (ONU). Asuntos que nos importan: envejecimiento(consultado jul. 2018). Disponible en: <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>
- 20.- Instituto Nacional de Estadísticas. Chile y Los Adultos Mayores: Impacto en la Sociedad del 2000. Departamento Estadísticas Demográficas y Sociales; 1999

- 21.- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Noticias: CENSO 2017(consultado 22 jul 2018). Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/noticias/censo-2017-revelo-que-mas-del-16-de-la-poblacion-chilena-es-adulto-mayor>
- 22- Ministerio de Salud. Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor [Internet]. Minsal.cl. 2018 [cited 18 May 2018]. Available from: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf>
- 23.-. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Personas Adultas Mayores [Internet]. Web.minsal.cl. 2014 [cited 19 May 2018]. Available from: [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador documento Programa Nacional de Personas Adultas Mayores- 04-03_14.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-04-03_14.pdf).
- 24.- Servicio Nacional del Adulto Mayor. Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores [Internet]. Senama.gob.cl. 2009 [cited 19 May 2018]. Available from: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Dependencia-Personas-Mayores-2009.pdf>
- 25.- Ministerio de Salud y Ministerio de Planificación. Dependencia de Los Adultos Mayores en Chile [Internet]. Supersalud.gob.cl. 2008 [cited 18 May 2018]. Available from: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articulos-4471_recurso_1.pdf
- 26.- Villalobos A. Gestor de Caso del Adulto Mayor en Riesgo de Dependencia [Internet]. Minsal.cl. 2008 [cited 19 May 2018]. Available from: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbb9a8be040010165012f3a.pdf>
- 27.- Sanhueza, M. Adultos mayores funcionales en Chile. Medwave.2003, 3(11)
- 28- Piuvezam G, de Lima KC. Factors associated with missing teeth in the Brazilian elderly institutionalized population. Gerodontology. 2013 Jun;30(2):141-9
- 29.-. Tramini P, Montal S, Valcarcel J.Tooth loss and associated factors in long-term institutionalised elderly patients. Gerodontology.2007 Dec;24(4):196-203.
- 30.- Martínez, C., Pérez, V. T., Carballo, M., & Larrondo, J. J. Polifarmacia en los adultos mayores. Rev Cubana Med Gen Integr [online].2005; 21(1-2), 0-0.
- 31.- San Martín, C., Villanueva, J., & Labraña, G. Cambios del Sistema Estomatognática en el Paciente Adulto Mayor (Parte II). Revista Dental de Chile.2002; 93(3), 23-26

- 32.- Cueto, A., Martínez, R., Niklander, S., Deichler, J., Barraza, A., & Esguep, A. Prevalence of oral mucosal lesions in an elderly population in the city of Valparaíso, Chile. *Gerodontology*.2013;30(3), 201-206. doi:10.1111/j.1741-2358.2012.00663.x
- 33.- Silverman, S., Jr. Demographics and occurrence of oral and pharyngeal cancers. The outcomes, the trends, the challenge. *J Am Dent Assoc*.2001;132 Suppl, 7S-11S.
- 34.- Riera, P., & Martínez, B. Morbilidad y mortalidad por cáncer oral y faríngeo en Chile. *Rev Méd Chile*.2005; 133(5), 555-563. doi:10.4067/S0034-98872005000500007
- 35.- Borgeat, M., Díaz, M., & Gálvez, R. Distribución y frecuencia de neoplasias malignas de labio, cavidad bucal, orofaringe, huesos maxilares y glándulas salivales mayores en la región de Valparaíso. (Pregrado Pregrado), Universidad de Valparaíso, Valparaíso – Chile.2007. Retrieved from <http://recursosabini.uv.cl/cgi-vp/vp1spa.exe?W1=5&W2=2290991&A6=1000560280002&A7=0> (00400457)
- 36.- Mariño, R. J., Cueto, A., Badenier, O., Acevedo, R., & Moya, R. Oral health status and inequalities among ambulant older adults living in central Chile. *Community Dent Health*.2011; 28(2), 143-148.
- 37.- Lopetegui, M. S., Godoy, J., Alvarado, R., & Vásquez, P. Estado de salud periodontal en pacientes de la tercera edad en Valparaíso. (Pregrado Pregrado), Universidad de Valparaíso, Valparaíso - Chile.2003. Retrieved from <http://recursosabini.uv.cl/cgi-vp/vp1spa.exe?W1=5&W2=2290993&A6=1000529440003&A7=0>
- 38.- Lopetegui, M. S., Godoy, J., Pinto, C., & Vergara, L. Estado periodontal de los adultos mayores y su necesidad de tratamiento en los consultorios municipalizados de la ciudad de Viña del Mar. (Pregrado), Universidad de Valparaíso, Valparaíso – Chile.2004. Retrieved from <http://recursosabini.uv.cl/cgi-vp/vp1spa.exe?W1=5&W2=2290993&A6=1000544820005&A7=0> (00017345)
- 39.- Rojas , C., Segovia, J., Raccoursier, V., Godoy, J., & Lopetegui, M. S. Estado Periodontal y Necesidad de Tratamiento en Pacientes GES 60 Años de Villa Alemana. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral*.2010;3(2), 86-89. doi:10.4067/S0719-01072010000200005
- 40.- Muñoz, D., Flores, P., Cueto, A., & Barraza, A. Salud Bucodental de Postrados Severos. *Int J Odontostomat*.2012;6(2), 181-187.

41.- Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral para Adultos de 60 años. MINSAL.Gobierno de Chile.2010

42- Cueto, A., & Quezada, C. Perfil de salud oral y satisfacción en adultos mayores beneficiados y no beneficiados con las GES. Salud oral integral 60 años, en Valparaíso. (Pregrado), Universidad de Valparaíso, Valparaíso - Chile.2011. Disponible:

<http://recursosabini.uv.cl/cgivp/vp1spa.exe?W1=5&W2=2290993&A6=1000529440003&A7=0>

43.- Pontificia Universidad Católica, SENAMA y Caja Los Andes. Chile y sus Mayores. Resultados tercera encuesta nacional Calidad de Vida en la Vejez, 2013, disponible en:

<http://www.senama.cl/filesapp/Chile%20y%20sus%20mayores%202013,%20Encuesta%20de%20Calidad%20de%20Vida.pdf>

44.- Departamento Desarrollo de las Personas, Ilustre Municipalidad de Valparaíso 2013 (internet) visitado el 20/12/17 y disponible en:

http://www.munivalpo.cl/transparencia/paginas/dideco/presentaciones/ddp_presentacion_2013.pdf

45.- Programa Más Adultos Mayores Autovalentes 2018, página web visitada el 16/05/18 ty disponible en: <http://www.programassociales.cl/programas/59465/2016/3>

46.- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA).Políticas públicas para las personas mayores en Chile. Ministerio de Desarrollo Social.2012 Santiago. Disponible en : <https://www.mop.cl/GIS/Documents/SENAMA.pdf>

47.- Urzúa, A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Revista médica de Chile.2010, 138(3), 358-365.

48 Misrachi, C., & Espinoza, I. Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Revista Dental de Chile.2005, 96(2), 28-35

49.- López, R., & Baelum, V. Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-Sp). BMC Oral Health.2006, 6, 11. doi:10.1186/1472-6831-6-11

50.- Atchison, K. A., & Dolan, T. A. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. J Dent Educ.1990, 54(11), 680-687

51.- Misrachi, C., Gaete, J., & Espinoza, I. Calidad de vida y salud, instrumentos de medición. Magazine International College of Dentists Section Four.2002, 10(1), 94-107.

- 52.- Locker, D., & Allen, F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? *Community Dent Oral Epidemiol.*2007, 35(6), 401-411. doi:10.1111/j.1600-0528.2007.00418.x
- 53.- Campos, J. A., Zucoloto, M. L., Geremias, R. F., Nogueira, S. S., & Maroco, J. Validation of the Geriatric Oral Health Assessment Index in complete denture wearers. *J Oral Rehabil.*2015, 42(7), 512-520. doi:10.1111/joor.12279
- 54.- Salazar, O. A., Espinoza, I., Ortega, A., & Morales, I. Validación en Chile del cuestionario GOHAI y Xerostomía Inventory (XI) en adultos mayores: (adscrito al proyecto Semilla-Domeyko, Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Chile) [Internet]. (Cirujano Dentista), Universidad de Chile, Santiago – Chile.2010. Retrieved from <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/133962/Validacion-en-Chile-del-cuestionario-GOHAI-y-Xerostom%C3%ADa-Inventory-%28XI%29-en-adultos-mayores.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 55.- Wong, M. C., Liu, J. K., & Lo, E. C.. Translation and validation of the Chinese version of GOHAI. *J Public Health Dent.*2002, 62(2), 78-83.
- 56.- Othman, W. N., Muttalib, K. A., Bakri, R., Doss, J. G., Jaafar, N., Salleh, N. C., & Chen, S. Validation of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) in the Malay language. *J Public Health Dent.*2006, 66(3), 199-204.
- 57.- Naito, M., Suzukamo, Y., Nakayama, T., Hamajima, N., & Fukuhara, S. Linguistic adaptation and validation of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) in an elderly Japanese population. *J Public Health Dent.*2006, 66(4), 273-275.
- 58.- Hagglin, C., Berggren, U., & Lundgren, J. A Swedish version of the GOHAI index. Psychometric properties and validation. *Swed Dent J*2005, 29(3), 113-124.
- 59.- Tubert-Jeannin, S., Riordan, P. J., Morel-Papernot, A., Porcheray, S., & Saby-Collet, S. Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. *Community Dent Oral Epidemiol.*2003, 31(4), 275-284.
- 60.- Misrachi C. Espinoza I. – Usefulness of Quality of Life Related to Health Measurements. *Revista Dental de Chile*, Junio 2005. 96 (2): 28-35.)
- 61.- Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dent Health* 1994;11(1):3-11.

ANEXO N°1: Autorización de Comité de Ética, Facultad de Odontología UV
Validación del instrumento acotado Ohip-14 SP en adultos mayores chilenos. [online]
Available at: <http://dspace.otalca.cl/handle/1950/9348> [Accessed 1 Dec. 2017].

63.- Yanguas, J. J. *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).2006.* Retrieved from http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/archives/mtas0227.dir/mtas0227.pdf

64.- Vera, M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para si mismo y para su familia. An Fac Med Lima.2007, 68(3), 284-290.

65.- Shigli, K., & Hebbal, M. Does prosthodontic rehabilitation change the eating patterns among completely edentulous patients? Gerodontology.2012, 29(1), 48-53. doi:10.1111/j.1741-2358.2010.00404.x

66.- Hernández M. (2001): Rehabilitación oral para el paciente geriátrico, Universidad nacional de Colombia, 1° edición Bogotá, D.C, Colombia pp 12-30 67- Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, página web visitada el 16/05/18 y disponible en: http://ssvalposa.redsalud.gob.cl/?page_id=57

68.- Corporacion Municipal de Valparaíso (CORMUVAL). Plan de Salud Comunal Valparaíso 2015-2017, (consultado 24 jul 2018). Disponible en: <http://200.24.233.38/salud/joomlatools-files/docman-files/PSC%202015-2017.pdf>

69 Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Modelo de Atención en Salud: Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario. (consultado 24 jul 2018). Disponible en:

<http://www.ssmso.cl/tmpArchivos/participacion/Escuelas/Sistema%20de%20Salud/Modelo%20de%20Atenci%C3%B3n%20en%20Salud%20Michel%20Velten.pdf>

70.- Sociedad de Geriatria y Gerodontologia de Chile. Los beneficios de una vejez trabajando [Internet]. 10 febrero, 2016. (Consultado 24 Jul 2018). Disponible en: <https://www.socgeriatria.cl/site/?p=302>

71.- Bellamy Ortiz C.I., Moreno Altamirano A. Relación entre calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años derechohabientes del IMSS. Odontoestomatol. 2014; vol.30 no.4

72.- Shyrley Díaz Cárdenas A, Katherine Arrieta Vergara B y Ketty Ramos Martínez A. Impact of Oral Health on Quality of Life in Older Adults. Rev Clin Med Fam; vol.5 no.1. feb. 2012.

73.- Macarena Oñate, Alexandra Torres A. Efecto de la Salud Oral en La Calidad de Vida de Adultos Mayores Dependientes, Comuna de Hualpen, 2015. [tesis pregrado]. Concepción Chile: Universidad Andrés Bello. 2015.pag 69

ANEXO N°1: Autorización de Comité de Ética, Facultad de Odontología UV

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

Valparaíso, 12 de Junio de 2018

Sr.
Prof. Dr. Jorge Godoy Olave
Presente

De nuestra consideración:

Se realizó la evaluación de su Proyecto de Investigación titulado "Autopercepción de Calidad de Vida en Adultos Mayores Autovalentes Acorde su Grado de Mutilación Oral, de los Cefam Mena, Cordillera, Esperanza, Placeres, Padre Damian y las Cañas Valparaíso 2018" bajo el código PreG-o2-18, no encontrándose reparos desde el punto de vista metodológico ni bioético. En consecuencia, se aprueba la ejecución de su proyecto.

Atentamente,



Prof. Dr. Jorge Godoy Olave
Presidente
Comité de Revisión
Proyectos de Investigación
Facultad de Odontología

ANEXO N°2: Consentimiento informado y acta de participante

El propósito del presente documento es invitarlo(a) a participar en el estudio titulado “ASOCIACIÓN DE DESDENTAMIENTO Y AUTOPERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN CENTROS DE ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES DE CESFAM DE VALPARAÍSO, AÑO 2018”, cuyo investigador principal es Jorge Godoy Olave, Daniela Aguilera Droguett y pablo Bonilla Chinchón, patrocinada por la Universidad de Valparaíso. Para que Usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración:

1. Dónde y cuándo se llevará a cabo la investigación: La investigación mencionada se realizará en los Cesfam Mena, Cordillera, Esperanza y Padre Damián durante el año 2018, participando sólo una vez en una serie de preguntas y un examen bucal no invasivo.
2. Relevancia del estudio y beneficios: Nos permitirá ver la Calidad de Vida del Adulto y Adulta Mayor y su relación con la Salud Bucal, de forma de promover el desarrollo de programas de tratamiento odontológicos y de prevención.
3. Objetivos: Conocer qué tan importante es la Salud Oral en la Calidad de Vida del Adulto y Adulta Mayor.
4. En qué consiste su participación: Para esto se les realizará una serie de preguntas sencillas, que no comprometen su privacidad, además de un examen clínico visual mínimo para determinar el número de dientes presente en su boca.
5. Riesgos: No existe ningún riesgo de invasión de su vida privada o su dignidad en las preguntas, pudiendo desistir del estudio en cualquier momento. Tampoco hay riesgo en el examen clínico que se realizará, ya que solo se le pedirá al paciente que abra la boca y se contarán los dientes de manera visual y ninguna intervención física en el.
6. Costos y pagos: No existe ningún costo ni pago asociado al estudio.

7. Derechos del participante: Se podrá interrumpir la encuesta o examen clínico cuando se crea necesario, desistiendo de su participación, en caso de creerlo necesario.
8. Reserva de la identidad del participante: Se mantendrá en reserva la identidad de cada participante, identificando cada ficha sólo con un número.
9. Confidencialidad de los datos: Los datos recolectados en la encuesta serán anónimos y serán destruidos una vez logrado el objetivo del mismo. Sólo en el caso que Ud. lo requiera, se le informará sobre su situación bucal.
10. Utilización y Publicación de los hallazgos: Los resultados serán confidenciales, sin identificar a ningún participante en el caso de publicar los datos.
11. Posibilidad de aclarar dudas o inquietudes: Cualquier duda se puede aclarar con Jorge Godoy Olave al teléfono 94389468, o a la dirección de correo jorge.godoy@uv.cl
12. Evaluación Comité Bioética y contacto: Esta investigación sera evaluada y aceptada por el Comité de Bioética interno de Universidad de Valparaíso.
13. En caso de aceptar participar, recibirá un ejemplar de este documento. Investigador principal Jorge Godoy Olave, rut 13.028.710-7, fono 94389468, mail jorge.godoy@uv.cl, Facultad de Odontología Universidad de Valparaíso.

Daniela Aguilera Droguett Pablo
Bonilla Chinchón Candidatos a
Cirujanos Dentistas Universidad
de Valparaíso

.....del 2018

Acta de Consentimiento Informado

Yo,....., RUT.....-tutor/a y representante de, DECLARO que los alumnos Daniela Aguilera Droguett y Pablo Bonilla Chinchón, ambos bajo la tutela del Dr. Jorge Godoy Olave, Cirujano Dentista de la Universidad de Valparaíso, ubicados en la facultad de odontología UV en calle Subida Carvallo N° 211 de la ciudad de Valparaíso, me han informado en forma completa en qué consiste la investigación “ASOCIACIÓN ENTRE DESDENTAMIENTO Y AUTOPERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN CENTROS DE ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES DE CESFAM DE VALPARAÍSO, AÑO 2018” que llevarán a cabo en los Cefam Mena, Cordillera, Esperanza, Placeres y Padre Damian; cuáles son los procedimientos a los que seré sometido/a mi representado/a, y en qué consistirá su participación). De acuerdo con lo explicado en el Consentimiento Informado, del que recibí una copia, entiendo que:

1. El objetivo de la investigación es Conocer qué tan importante es la Salud Oral en la Calidad de Vida del Adulto y Adulta Mayor de Los Cefam antes señalados.
2. La participación de mi representado es voluntaria y consistirá en responder una serie de preguntas sencillas, que no comprometen su privacidad, respecto a su estado bucal y percepción de Calidad de Vida, en el propio establecimiento, en el año 2018.
3. La investigación no ofrece riesgo alguno para mi representado/a.
4. Los datos obtenidos serán confidenciales, es decir, el nombre de mi representado/a no será dado a conocer, en su lugar, se utilizará un número seriado y sólo podrán ser usados en alguna otra investigación cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio.

5. Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científicas, resguardando la identidad de mi representado/a. Además, entiendo que tendré acceso a los resultados, si yo lo requiriera.
6. No recibiré remuneración alguna por la participación de mi representado/a en este estudio ni tampoco tendré que asumir gasto alguno
7. Podré retirar la participación de mi representado/a si lo considerara necesario en cualquier momento sin que ello implique perjuicio alguno para el/ella.
8. Si me surgiera alguna duda, podré consultarla al investigador principal, Jorge Godoy Olave, fono 94389468, mail jorge.godoy@uv.cl
9. El Comité de Bioética ha evaluado esta investigación y podré contactar a alguno de sus integrantes.

De acuerdo con lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando la participación de mi representado/a en esta investigación

ANAMNESIS ODONTOLÓGICA					
Frecuencia de uso de los servicios de salud bucodental	Año de la última consulta al dentista	D	¿cuántos dientes le quedan?	D D visual relatado	
Frecuentemente 2 Ocasionalmente 3. Rara vez 4. Nunca	Motivo de la última consulta	D	Autopercepción de la salud bucal	clase de Kennedy	tipo de prótesis re-novable
D	1. Dolor 2. Estética 3. Funcional	D	1. Buena 2. Regular 3. Mala	D	1. total 2. parcial 3. metal c. acrílica
<p>¿cree Ud. que el número presente en su boca ha afectado sv calidad de Vida? si <input type="radio"/> NCI</p> <p>¿cómo la ha afectado? Positivamente <input type="radio"/> Negativamente <input type="radio"/></p> <p>Si su Salud bucal hubiese sido mejor... ¿habría rnejorado su calidad de Vida actual? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>GA que atribuye Ud. su pérdida de dientes?.....</p> <p>.....</p>					

INDICE DE SALUD ORAL GERIATRICO (GOHAI)						
En los últimos tres meses...	Nunca	Rara VeZ	A Veces	A Menudo	Muy a Menudo	Siempre
1. ¿Cuánta veces ha tenido que comer menos o cambiar de comida por culpa de sus dientes o de su dentadura?						
2. ¿Cuánta veces ha tenido problemas al masticar comidas como la carne o las manzanas?						
3. ¿Cuánta veces ha tragado usted bien?						
4. ¿Cuánta veces no ha podido usted hablar Jjgn por culpa de sus dientes o dentadura?						
5. ¿Cuánta veces no ha podido comer las que usted queria sin tener ninguna molestia?						
6. ¿Cuánta veces no ha querido salir a la calle Q hablar con la gente por culpa de sus dientes o dentadura?						
7. ¿Cuándo usted se mira al espejo, ¿cuánta; ha estado contento de cómo se ven sus dientes o su dentadura?						
8. ¿Cuánta veces ha tenido que utilizar algún medicamento para aliviar el dolor de sus dientes o las molestias en su boca?						
9. ¿Cuánta veces ha estado preocupado o se ha dado cuenta de que sus dientes o su dentadura no están bien?						
10. ¿Cuántas veces se ha puesto nervioso por J.Qs. problemas de sus dientes o de su dentadura?						
11. ¿Cuántas veces no ha blmido a gusto delante de otras personas por culpa de sus dientes o dentadura?						
12. ¿Cuántas veces ha tenido que retirarse sus R.Í. es por molestias o dolor?						

Preguntas OHIP-14Sp		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	frecuente-mente	Siempre
1	¿Ha sentido que su aliento se ha deteriorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	0	0	0	0	0
2	¿Ha sentido que su digestión ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o	0	0	0	0	0
3	¿Ha tenido dientes sensibles, por ejemplo debido a alimentos o líquidos fríos?	0	0	0	0	0
4	¿Ha tenido dolor de dientes?	0	0	0	0	0
5	¿Los problemas dentales le/a han hecho sentir totalmente infeliz?	0	0	0	0	0
6	¿Se ha sentido incómodo/a al usar los aparatos de sus dientes, boca o prótesis?	0	0	0	0	0
7	¿Ha sido poco clara la forma en que usted habla por problemas con sus dientes, boca o	0	0	0	0	0
8	¿La gente ha malentendido algunas de sus palabras por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	0	0	0	0	0
9	¿Su sueño ha sido interrumpido por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	0	0	0	0	0
10	¿Ha estado molesto o irritado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	0	0	0	0	0
11	¿Ha sido menos tolerante con su pareja o familia por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	0	0	0	0	0
12	¿Ha tenido dificultades haciendo su trabajo habitual por problemas con sus dientes, boca o	0	0	0	0	0
13	¿Ha sido totalmente incapaz de funcionar por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	0	0	0	0	0
14	¿Ha sido incapaz de trabajar a su capacidad total por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	0	0	0	0	0
Total=						

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

ANEXO N°4: Esquema de aplicación de Estudio

