

Variación en el Perfil de Impacto de la Salud Oral (OHIP-14) con base en la incapacidad física en los pacientes según su sexo

*Natasha Sancho Porras, Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología
Diciembre del 2013.*

Resumen: La salud oral se define como el bienestar en aspectos físicos, psicológicos y sociales en el conjunto de los tejidos duros y blancos de la cavidad oral; y cuando no hay un equilibrio, la persona sufre cambios físicos o psicológicos. Diversos indicadores físicos y la percepción del paciente sobre su estado de la salud influyen en su calidad de vida. Las personas que clasifican su salud oral de insatisfactoria son personas menos felices y presentan una menor autoestima. Varios instrumentos de medida han sido desarrollados para evaluar hasta qué punto los diversos problemas bucodentales afectan la función física y psicosocial, y la satisfacción con la vida. El instrumento más utilizado hasta la fecha es el Perfil de Impacto en la Salud Oral (OHIP).

Este instrumento permite medir el aspecto psicológico, y se ha venido utilizando por varios años. Inicialmente contaba con un total de 49 preguntas, y luego se resumió en 14, ya que el tiempo de la entrevista al paciente es más corto, el cuestionario es más concreto y da resultados similares a estudios realizados con el cuestionario extenso. Las 7 categorías que se estudian por medio del instrumento son: limitación de la función, dolor físico, molestias psicológicas, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y obstáculos. En la presente investigación, se analiza la categoría de incapacidad física, la cual no es significativa como el dolor físico, molestias psicológicas e incapacidad psicológica, comparándola con la variable sexo. De las variables de la encuesta, las tres significativas son dolor físico, molestia psicológica e incapacidad física.

Palabras clave: OHIP, género, salud oral, incapacidad física

Abstract: Oral health is defined as being in the physical, psychological and social set of hard white tissues of the oral cavity when there is no balance changes the person suffers either physical or psychological , to measure the psychological aspect can use an instrument called profile Oral Health Impact , this instrument has existed for many years which started with a total of 49 questions , the passing of time was decreased to 14 questions for several reasons including to make time interview the patient is less, the fourteen questions that have the questionnaire used in this study are specific , and give similar results to previous studies. Of the survey variables, the two are significant physical pain and psychological distress.

There are 7 categories in this study are: functional limitation , physical pain, psychological discomfort , physical disability , psychological disability , social disability and obstacles , this study is based on the category of disability, which is not significant as physical pain , psychological distress and psychological disability , everything is compared by the gender variable , and get to see some differences in these three categories, the results are the tables and graphs of the significant variables and a variable that was not significant. Of the variables in the survey, three are significant physical pain, psychological discomfort and disability.

Several physical indicators and the patient's perception of their health status influence the quality of life. People who rate their oral health as unsatisfactory are people less happy and have lower self-esteem. Various measuring instruments have been developed to assess the extent to which various oral health affects physical and psychosocial function, and satisfaction with life. The instrument used to date is Profile of Oral Health Impact.

Key Words: OHIP, Gender, Oral Health, Physical Disability

Introducción

La salud bucal es un componente fundamental de la salud general, definida como “bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado dental, así como su vinculación con tejidos duros y blandos de la cavidad bucal” (Organización Mundial de la Salud, 2009,12). La salud de la cavidad bucal es esencial en funciones tan vitales como la alimentación, la comunicación, el afecto y la sexualidad; además tiene relación con aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. El estado de salud bucal se refleja de diferentes maneras en las personas, tanto física como psicológicamente.

En 1991, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió calidad de vida como “la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto sociocultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses” (Organización Mundial de la Salud, 2009,12).

Dado que valorar la calidad de vida según el estado bucodental es muy subjetivo, al estar directamente influenciada por la personalidad de cada persona, así como por el entorno donde se vive y se desarrolla cada ser humano, se recomiendan instrumentos que permitan evaluarla dentro de un enfoque metodológico, para identificar este impacto lo más objetivamente posible. Con tal intención, y debido a que algunos de los componentes de la calidad de vida no pueden ser observados de forma directa, se han desarrollado diversos cuestionarios divididos en dimensiones representadas por grupos de preguntas que valoran la percepción psicosocial personal de cada individuo, como herramientas de estimación adicional al tradicional enfoque de las evaluaciones físicas.

Desde la década de 1970 se han diseñado diversos instrumentos para evaluar el efecto negativo que provocan las enfermedades bucodentales sobre la calidad de vida de las personas. Estos instrumentos se han empleado para evaluar el éxito de los tratamientos estomatológicos y la

satisfacción con los servicios de odontología y su eficacia, así como para comparar diferentes tratamientos especialmente en adultos mayores, edéntulo y personas que no hacen uso frecuente de los servicios de atención odontológica. El Perfil de Impacto en la Salud Oral (OHIP, por sus siglas en inglés de Oral Health Impact Profile) tiene como meta medir psicológicamente, de forma cualitativa y cuantitativa a los pacientes con problemas en su boca, dientes o prótesis dental.

El instrumento OHIP se ha utilizado ampliamente en diversos países y es considerado uno de los más avanzados y completos hasta el momento, se basa en el autoinforme de la incomodidad del paciente con su estado bucal. El trabajo se guiará con la variable sexo, y se investigará tanto de forma general como específica. Por lo tanto, el estudio será de corte cuantitativo.

Revisión bibliográfica

El Perfil de Impacto en la Salud Oral (OHIP) tiene como fin proporcionar una medida del impacto social de los trastornos orales y se basa en una jerarquía teórica de los resultados de salud oral. El objetivo de este índice es proporcionar una medida integral de la disfunción de la percepción subjetiva y malestar de los pacientes (Montero, 2012). Este índice es una herramienta para medir la calidad de vida según el estado de la cavidad oral; el cuestionario cuenta con 49 preguntas que se dividen en varias dimensiones, que son: limitaciones funcionales, dolor físico, incomodidad fisiológica, discapacidad física, discapacidad fisiológica, discapacidad social, discapacidad (Slade, 1997). En la población de adultos mayores, los instrumentos más empleados han sido el GOHAI y el OHIP-14.

Con respecto del OHIP, Slade y Spencer desarrollaron en Australia, en 1994, un cuestionario integrado por 49 preguntas, denominado OHIP-49. Debido a las limitaciones de su uso por su

extensión, Slade validó un formato resumido con 14 preguntas (OHIP-14), conformado, al igual que el anterior, por siete dimensiones denominadas: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y minusvalía. Cada dimensión consta de dos preguntas. Las respuestas se cuantifican en la escala Likert con valores de 0 a 4, donde 0 representa el valor más bajo y el 4 es el más alto (De la Fuente-Hernández, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como las más prevalentes, entre las principales enfermedades de la cavidad bucal, la caries dental y las enfermedades periodontales. Otras patologías como las anomalías cráneo-faciales y mal oclusiones tienen una frecuencia media, mientras que el cáncer bucal, las alteraciones de tejidos dentales, los traumatismos maxilofaciales y la flúorosis dental son de frecuencia variable. Asimismo, la OMS identifica la caries dental como la tercera patología mundial que afecta en los países desarrollados a más del 95 % de la población. En México, la caries dental perjudica a más del 90 % de la población, en España aproximadamente a un 67 %. Entre los registros para valorar la experiencia presente y pasada de caries dental, se encuentra el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) (De la Fuente-Hernández, 2010).

En 1991, la OMS (2009) definió la calidad de vida como “la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto sociocultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses” (p. 12), los cuales están relacionados entre sí, de forma compleja, con la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales y las creencias religiosas. Ante esta situación, existe una creciente preocupación por conceptualizar y evaluar la calidad de vida de los grupos humanos y su expresión en las condiciones de esta y para la salud. En este sentido, se considera importante conocer la calidad de

vida de cada individuo, así como los factores que contribuyen a modificarla de forma positiva o negativa, tanto en el estado de salud general como en el estado de salud bucal (De la Fuente-Hernández, 2010).

En las últimas tres décadas, diversos investigadores han elaborado instrumentos para valorar la calidad de vida relacionada con la salud bucal. En la conferencia sobre medidas de salud oral y calidad de vida realizada en Chapel Hill, en 1996, se revisaron 11 de estos instrumentos, que pueden ser autoadministrados o aplicados por un entrevistador. Los más utilizados son el Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), el Oral Health Related Quality-of-Life (OHQoL), el Oral Impacts on Daily Performances (OIDP), el Perfil de Impacto de Salud Oral (Oral Health Impact Profile OHIP-14), el OH-QoL UK y el Osteoporosis Quality of Life Questionnaire (OQLQ) (De la Fuente-Hernández, 2010).

El cambio de respuesta es un fenómeno en donde se observa que el paciente ante diversas situaciones puede tener un cambio en los estándares internos sobre calidad de vida. Esto se ha explicado por medio de dos teorías: la teoría implícita del cambio y la teoría de la disonancia cognitiva. Ambas teorías suponen que el juicio retrospectivo del estado inicial de salud oral se reconstruye con base en la situación actual después del tratamiento y las impresiones durante este (Reissmann, 2012).

El conocimiento de la extensión de la enfermedad dental da una indicación clínica de la experiencia de los problemas dentales, pero no necesariamente refleja los problemas que experimentan las personas como resultado de su dentición. Existen diferencias entre los operadores y la evaluación de la opinión pública de la salud oral. Por ejemplo, los odontólogos a menudo parecen estar más preocupados por la integridad de los trabajos dentales anteriores mientras que los pacientes usualmente parecen más preocupados con la apariencia de sus

dientes, es decir, la estética. La capacidad de los odontólogos e investigadores dentales para evaluar la salud oral y para abogar por el cuidado dental se ha visto obstaculizado por limitaciones en las mediciones de los niveles de la disfunción, el malestar y la discapacidad asociada a trastornos orales (Montero, 2012).

Se ha demostrado ampliamente la importancia de la salud bucal en la calidad de vida. Se propuso un modelo de enfermedad que ha servido como base para el desarrollo de instrumentos que evalúan la calidad de vida (Slade, 1994) así como una ruta por medio de la cual la enfermedad tiene diferentes efectos en la salud, sobre todo en la calidad de vida de las personas, ilustrando diferentes dimensiones que se presentarán según el grado de complejidad o un orden jerárquico de severidad. En este modelo, se sugiere que la enfermedad bucal comienza produciendo una modificación en las condiciones bucales (por ej. pérdida dental, alteración de los tejidos de soporte de los dientes), la cual puede producir a su vez cierto grado de incomodidad o limitación funcional (tales como dolor al comer cosas frías o calientes, o dificultad para masticar algunos tipos de alimentos), o incluso convertirse directamente en una condición más severa de discapacidad (Castrejón, 2011). Por ejemplo, hay estudios que demuestran que las enfermedades crónico-degenerativas y las patologías orales, como la caries y la enfermedad periodontal, son frecuentes en los adultos mayores. Estas repercuten en su bienestar físico, psicológico y social, y el OHIP tiene como objetivo estimar el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores (De la Fuente-Hernández, 2010).

Otros estudios señalan que hay enfermedades integrales u orales que son más frecuentes en hombres que en mujeres o viceversa. Hay muchos estudios que se basan y desarrollan en la variable sexo. El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.

Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de sexo, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos (Organización Mundial de la Salud, 2009). Por ejemplo, algunos padecimientos tienen prevalencias mayores en hombres que en mujeres y viceversa; por ejemplo, en lo que es la enfermedad periodontal, los hombres tienen mayor probabilidad que las mujeres de tener esta enfermedad en la mayoría de los casos personas entre 30-50 años de edad (National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Oral Health Information Clearinghouse, 2012).

Métodos

| OHIP | | | |
|----------|----------------------|---------------------------|----------------|
| Sujeto # | Iniciales del Sujeto | Iniciales del Encuestador | Fecha |
| _____ | _____ | _____ | ____/____/____ |

Para cada uno de los siguientes elementos que se enumeran a continuación, indicar en una escala de 0 a 4. Marque (x) en la columna de "0" si se estable = nunca, "1" = casi nunca, "2" = ocasionalmente, "3" = frecuentemente, "4" = casi siempre.

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Tiene problemas para pronunciar alguna palabra por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha sentido que la sensación del gusto ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Tiene alguna molestia dolorosa en su boca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha sentido alguna molestia al comer algún alimento por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha estado preocupado/a debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Se ha sentido nervioso/a debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Su dieta es poco satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha tenido que interrumpir sus comidas por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Encuentra dificultad para relajarse por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Se ha sentido avergonzado por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Se ha sentido irritable con otra gente por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Tiene dificultad de hacer su trabajo habitual por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Ha sentido que su vida en general, es menos satisfactoria por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Se ha sentido incapaz de desempeñarse debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Figura 1. Instrumento de recolección de datos

En la presente investigación se utiliza el instrumento OHIP; las encuestas se realizaron en la U Dental Clínica de ULACIT, durante las semanas 3 y 9, del tercer cuatrimestre del 2013. Las dos encuestas se aplicaron con un intervalo de tiempo, con el fin de determinar el cambio en los pacientes luego de recibir el tratamiento. La población en estudio es de 148 personas, divididas en 93 mujeres y 55 hombres, con un rango de edad entre los 15 y los 81 años de edad, con una gran variedad de etnias.

El estudio está basado en el cuestionario OHIP, con la variable sexo, el cual se explica en dos ocasiones para poder comparar resultados, cambios ya sean positivos o negativos en los pacientes. En la encuesta se preguntan datos como si acude a una clínica privada o a un lugar público, el nivel de escolaridad que posee, si hay falta o no de piezas dentales y si está consciente de que tiene que mejorar su salud bucal. Las categorías de la encuesta realizada son: limitación de la función, dolor físico, molestias psicológicas, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y obstáculos.

Con respecto a la limitación de la función, desde que algunos sectores de la sociedad (médico, religioso, asistencial) se empezaron a interesar por las personas con diferentes capacidades y limitaciones, ha sido muy diversa la evolución en la denominación de los diferentes grupos (Consejería de educación, 2010). Las limitaciones dependen de cada persona.

En relación con el dolor físico, de las numerosas definiciones, la más aceptada y acertada fue descrita en 1979, "una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión presente, potencial, o descrita en términos de la misma (Plan nacional para la enseñanza y formación en técnicas y tratamientos del dolor, 2007, p. 2-3).

Comparando la variable de sexo con las diferentes dimensiones de la OHIP, se obtiene que la dimensión de dolor físico es una de las mayores causas de visita tanto en la consulta médica como

en la odontológica. Por lo tanto, comprender las diferencias de sexo en cuanto al dolor se refiere es importante y trascendental para el manejo clínico del paciente en los diferentes servicios. Se ha encontrado una relación entre dolor con varios elementos, como la funcionalidad del cerebro, los factores psicofísicos, la variación del ciclo menstrual que hacen que los géneros a veces perciban el dolor de manera diferente (Gutiérrez, 2012).

En cuanto a aspectos anatómicos, el hombre y la mujer presentan diferencias en su estructura a nivel de los distintos componentes de la corteza cerebral. Las mujeres tienen una mayor activación en ciertas zonas del cerebro, lo que sugiere un dimorfismo en respuesta al dolor. Con respecto a aspectos hormonales, en las mujeres el ciclo menstrual está relacionado con la capacidad de sensibilidad que logra desarrollar la mujer en relación con el dolor. Cabe recordar que se presentan diferencias en las mujeres por el efecto que tienen los estrógenos en los primeros 7 días del ciclo menstrual, como agente protector ante el dolor. Viendo desde el punto de vista psicofísico el umbral del dolor, la percepción de este cambia, pues las mujeres tienen un menor umbral de dolor y menor tolerancia a estímulos nocivos, y los hombres reportan una mayor tolerancia acompañada de un umbral de dolor más alto en presencia de una mujer. En las mujeres ocurre todo lo contrario, ya que al ser examinadas por hombres atractivos, sus umbrales de dolor disminuyen, reportando así más dolor (Gutiérrez, 2012).

Con respecto a las molestias psicológicas, según estudios realizados, todas vienen de molestias físicas, diagnósticos negativos o por situaciones sentimentales (Repila, 2007).

En relación con la incapacidad física, es importante señalar que mujeres y hombres con discapacidad física pueden y deben participar en la sociedad, y esto solo va a ser posible si se ponen en práctica los derechos de ambos (Carratalá, 2009).

Aunque resulte difícil pensar que las mujeres con discapacidad tienen menos posibilidades de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos que quienes no presenten dicha condición, por desgracia la sociedad ha tardado en reconocer esta situación, y aun cuando algunas alteraciones físicas pueden repercutir en estas prácticas, con el apoyo de personal capacitado y de actitudes sociales y profesionales libres de prejuicios y de miedos, tal situación puede resolverse con mejores resultados. Así, se parte de que la igualdad de derechos significa que las necesidades de cada persona son también importantes, y que los recursos han de emplearse en garantizar a todos la misma participación (Pérez, 2004). Según estudios, del 100 % de personas con incapacidad física, el 51 % son hombres y el 49 % son mujeres (Carratalá, 2009).

En relación con la incapacidad psicológica, esta puede deberse a alguna razón física. El tema de la incapacidad ha sido abordado desde diversos paradigmas o modelos que han dictado el modo de brindar atención a personas con esta condición (Rojas, 2013).

Finalmente, la incapacidad social se refiere a no poder estar en un grupo de gente, socializar y realizar las actividades que normalmente las personas hacen (Pereda, 2012).

Resultados

Para obtener los resultados se utilizaron tres variables: promedio, desviación estándar y valor p, tal como se presentan en la tabla 1. Para que una variable sea significativa el valor p tiene que ser menor a 0.05. Los obstáculos pueden ser psicológicos o físicos.

Tabla 1. *Resultado total de la primera encuesta del Perfil de Impacto de la Salud Oral (OHIP-14) en pacientes de la Clínica U Dental, según su sexo*

| Categorías | Promedio | Desviación Estándar | Valor P |
|--|-----------------|----------------------------|----------------|
| OHIP Total (0-56) | 11,37 | 10,24 | 0,003 |
| Limitación de la función (preguntas 1 y 2) | 1,02 | 1,65 | 0,464 |
| Dolor físico (preguntas 3 y 4) | 2,37 | 2,16 | 0,002 |
| Molestia psicológica (preguntas 5 y 6) | 3,01 | 2,52 | 0,001 |
| Incapacidad física (preguntas 7 y 8) | 1,3 | 2,13 | 0,35 |
| Incapacidad psicológica (preguntas 9 y 10) | 1,76 | 2,23 | 0,015 |
| Incapacidad social (preguntas 11 y 12) | 0,95 | 1,78 | 0,055 |
| Obstáculos (preguntas 13 y 14) | 0,97 | 1,77 | 0,147 |

(Fuente: Sancho, 2013)

Los resultados de las tres variables se dividieron en hombres y mujeres, y también en la primera y segunda encuesta para poder comparar resultados. En la tabla 2.1 se observan las categorías con la variable promedio dividido en hombres y mujeres al igual que la división entre la primera y segunda encuesta. Se muestra que en los hombres, en la primera encuesta, el promedio más alto fue de 2.02, correspondiente a molestia psicológica; y el valor menor fue de 0.62, de la variable obstáculos. En la segunda encuesta, en hombres, el valor mayor fue de 1.56, que también correspondió a molestia psicológica, y el valor menor fue de 0.44, de incapacidad social.

En las mujeres, en la primera encuesta, el valor mayor fue de 3.64, correspondiente a la categoría de molestia psicológica; y el menor valor fue de 1.16, de limitación de la función. En la segunda encuesta, el valor más alto fue de 2.98, de la categoría molestia psicológica; y el valor menor fue el de obstáculos. Por lo tanto, de acuerdo con estos datos, en hombres y mujeres con un alto nivel de necesidad odontológica, la molestia psicológica es una de sus mayores debilidades.

Tabla 2.1. *Variable promedio*

| Categorías | Promedio | | | |
|--|----------|---------|---------|---------|
| | Hombre | | Mujer | |
| | Primera | Segunda | Primera | Segunda |
| OHIP Total (0-56) | 7,7 | 6,28 | 13,6 | 11,3 |
| Limitación de la función (preguntas 1 y 2) | 0,82 | 0,64 | 1,16 | 1,2 |
| Dolor Físico (preguntas 3 y 4) | 1,74 | 1,48 | 2,75 | 2,07 |
| Molestia psicológica (preguntas 5 y 6) | 2,02 | 1,56 | 3,64 | 2,98 |
| Incapacidad física (preguntas 7 y 8) | 0,94 | 0,74 | 1,51 | 1,34 |
| Incapacidad psicológica (preguntas 9 y 10) | 1,1 | 0,7 | 2,16 | 1,77 |
| Incapacidad social (preguntas 11 y 12) | 0,48 | 0,44 | 1,23 | 0,99 |
| Obstáculos (preguntas 13 y 14) | 0,62 | 0,54 | 1,19 | 0,95 |

(Fuente: Sancho, 2013)

En la tabla 2.2 se presenta la variable desviación estándar dividida en hombres y mujeres, en la primera y segunda encuesta. Se pueden observar con detalle, los valores de cada una de las categorías.

Tabla 2.2. *Desviación estándar*

| Desviación estándar | | | | |
|--|---------|---------|---------|---------|
| Categorías | Hombres | | Mujer | |
| | Primera | Segunda | Primera | Segunda |
| OHIP total (0-56) | 7,17 | 7,24 | 11,2 | 10,4 |
| Limitación del a función (preguntas 1 y 2) | 1,48 | 1,34 | 1,77 | 1,81 |
| Dolor físico (preguntas 3 y 4) | 1,76 | 1,75 | 2,29 | 2,08 |
| Molestia psicológica (preguntas 5 y 6) | 1,88 | 1,88 | 2,69 | 2,6 |
| Incapacidad física (preguntas 7 y 8) | 1,93 | 1,65 | 2,25 | 1,92 |
| Incapacidad psicológica (preguntas 9 y 10) | 1,57 | 1,04 | 2,45 | 2,24 |
| Incapacidad social (preguntas 11 y 12) | 1,07 | 0,9 | 1,95 | 1,44 |
| Obstáculos (preguntas 13 y 14) | 1,16 | 1,03 | 2,07 | 1,75 |

(Fuente: Sancho, 2013)

La tabla 2.3 explica la variable valor p dividida en hombres y mujeres, en la primera y segunda encuesta. El valor $p = 0.05$, las variables con resultados menores a este valor son significativas. En la primera encuesta, donde no se hizo una división entre hombres y mujeres, las variables significativas fueron dolor físico con un valor de 0.002, molestia psicológica con un valor de 0.001

e incapacidad psicológica con un valor de 0.015. En la segunda encuesta, en hombres ninguna variable fue significativa, y en mujeres solo dolor físico fue significativa con un valor de 0.04.

Tabla 2.3. *Valor p*

| Categorías | Valor p | | |
|--|----------------|---------|-------|
| | Primera | Segunda | |
| | Hombre y Mujer | Hombre | Mujer |
| OHIP total (0-56) | 0,003 | 0,327 | 0,159 |
| Limitación del a función (preguntas 1 y 2) | 0,464 | 0,525 | 0,867 |
| Dolor físico (preguntas 3 y 4) | 0,002 | 0,461 | 0,04 |
| Molestia psicológica (preguntas 5 y 6) | 0,001 | 0,341 | 0,1 |
| Incapacidad física (preguntas 7 y 8) | 0,35 | 0,579 | 0,59 |
| Incapacidad psicológica (preguntas 9 y 10) | 0,015 | 0,136 | 0,276 |
| Incapacidad social (preguntas 11 y 12) | 0,055 | 0,841 | 0,358 |
| Obstáculos (preguntas 13 y 14) | 0,147 | 0,716 | 0,41 |

(Fuente: Sancho, 2013)

La tabla 3 muestra solamente los promedios de las tres categorías significativas en la investigación y la categoría incapacidad física. De las categorías significativas, el promedio más alto en hombres en la primera encuesta fue molestia psicológica con 2.02, y en la segunda encuesta esta categoría también fue la más alta con 1.56. En mujeres, en la primera encuesta, el promedio más alto de las categorías significativas fue molestia psicológica con 3.64, y en la segunda encuesta esta categoría también fue la más alta con 2.98.

Tabla 3. Comparación entre los promedios de la primera y la segunda encuesta del Perfil de impacto de Salud Oral (OHIP-14) en pacientes de la Clínica U Dental, según su sexo.

| Categoría | Hombre | | Mujer | |
|--|---------|---------|---------|---------|
| | Primera | Segunda | Primera | Segunda |
| Incapacidad física (Preguntas 7 y 8) | 0,94 | 0,74 | 1,51 | 1,34 |
| Dolor físico (preguntas 3 y 4) | 1,74 | 1,48 | 2,75 | 2,07 |
| Molestia psicológica (preguntas 5 y 6) | 2,02 | 1,56 | 3,64 | 2,98 |
| Incapacidad psicológica (preguntas 9 y 10) | 1,1 | 0,7 | 2,16 | 1,77 |

(Fuente: Sancho, 2013)

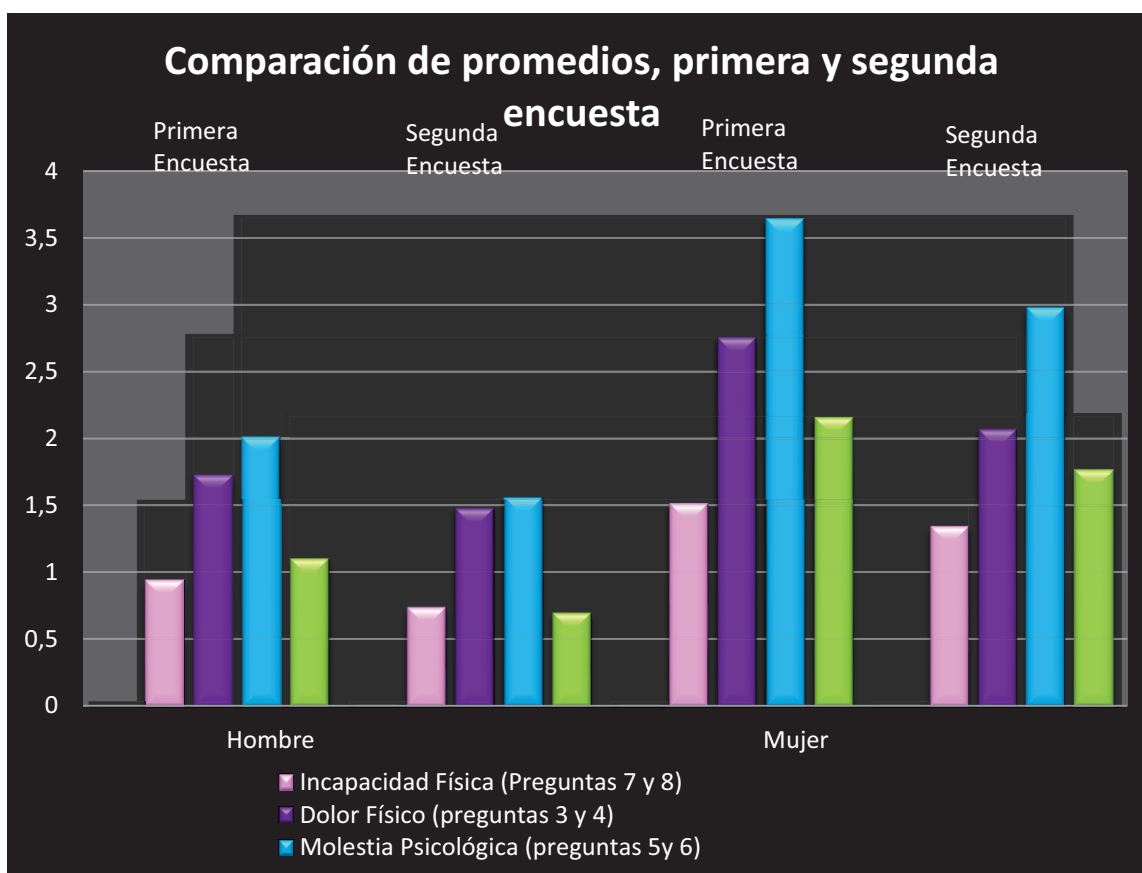


Gráfico 1. Comparación de promedios de la primera y segunda encuesta. Fuente: Sancho, 2013.

En la tabla 4 se compara el valor p de la primera y segunda encuestas, dividido en hombres y mujeres, únicamente para las tres categorías significativas e incapacidad física.

Tabla 4. Comparación del valor p de la primera y la segunda encuestas del Perfil de Impacto de la Salud Oral (OHIP -14) en pacientes de la Clínica U Dental, según su sexo

| Categorías | Valor p | | |
|---|----------------|---------|-------|
| | Primera | Segunda | |
| | Hombre y Mujer | Hombre | Mujer |
| Incapacidad física (Preguntas 7 y 8) | 0,35 | 0,579 | 0,59 |
| Dolor físico (preguntas 3 y 4) | 0,002 | 0,461 | 0,04 |
| Molestia psicológica (preguntas 5 y 6) | 0,001 | 0,341 | 0,1 |
| Incapacidad psicológica (preguntas 9 y 10) | 0,015 | 0,136 | 0,276 |

(Fuente: Sancho, 2013)

Como resultados finales de la investigación, de las siete categorías, tres de ellas fueron significativas: dolor físico, molestias psicológicas e incapacidad psicológica, ya que presentaron valores menores a 0.05, es decir, todas las categorías que en la variable "valor p" hayan tenido un resultado menor a ese valor numérico, son significativas.

Discusión

El instrumento Perfil de Impacto en la Salud Oral (OHIP, por sus siglas en inglés de Health Impact Profile) tiene como meta medir cualitativa o cuantitativamente a los pacientes con problemas en su cavidad bucal, dientes o prótesis dental, principalmente en el aspecto psicológico. En todas las

investigaciones que se aplica este instrumento, hay diferencias entre hombres y mujeres, y entre categorías.

Cabe rescatar que los estudios realizados con este instrumento son una base para poder realizar investigaciones mucho más profundas de cada categoría. En este estudio se muestra de forma general todas las categorías y los valores dados en las encuestas.

Según estudios realizados anteriormente en grandes poblaciones, las mujeres son más susceptibles a impactos psicológicos que los hombres respecto al mal estado de la cavidad oral, ya que se observa que las mujeres involucran más sensaciones que los hombres, o por lo menos muestran más lo que sienten. El que una mujer tenga una mala salud bucal afecta su físico, su estado social y su estado psicológico, y, como consecuencia, su calidad de vida, y nunca se llega a acostumbrar a tener la boca en mal estado, por lo que en la mayoría de las veces buscan un arreglo dental pronto.

De acuerdo con la literatura, en lo que respecta a la categoría de dolor físico, los hombres tienen un umbral del dolor muy bajo, entonces por un dolor muy leve sienten mucha molestia; al contrario de las mujeres, que tienen un umbral del dolor más alto.

Las tres variables significativas en la presente investigación fueron molestia psicológica, dolor físico e incapacidad psicológica, ya que en el promedio el rango era de 0.005 y estas tres categorías fueron menores a este valor; los valores de los promedios de las demás categorías están por arriba de 0.05.

Conclusión

El instrumento se puede utilizar para tener resultados realmente acertados, demuestra susceptibilidad en algunas categorías y en otras no presenta ninguna diferencia, lo cual también es un resultado aceptado.

Como se puede observar en la investigación con la variable sexo, las mujeres son más susceptibles a impactos psicológicos que los hombres respecto al mal estado de la cavidad bucal y mediante la encuesta esto se demostró en dos categorías: dolor físico y molestias psicológicas.

Algunos estudios plantean que el OHIP no da resultados específicos del conjunto de todos los problemas orales. Para permitir una mejor evaluación del impacto específico de la halitosis, fue creada en 2007 una escala exclusiva para esta patología –la Escala de Impacto de la Halitosis (EIH)– por parte de clínicos y psicólogos del Instituto del Aliento. Esta escala permite una identificación más concreta de cuáles son los efectos en el comportamiento como resultado de padecer de halitosis (como por ejemplo utilizar goma de mascar o fumar), con el objetivo de permitir una atención más personalizada al paciente, y darle acompañamiento y orientación. Es también una escala de tipo Likert, que mide la frecuencia de un conjunto de emociones negativas y comportamientos defensivos. Su concepción tiene como base las diversas molestias referidas por los pacientes sobre el efecto de la halitosis en sus vidas.

Todas las personas sufren problemas orales a lo largo de la vida, pero las mayores consecuencias se ven en la etapa adulta-mayor. Los problemas de salud bucal en esta edad deben tomarse en cuenta, ya que en esta etapa de la vida cobran mayor importancia debido al impacto que tienen en la calidad de vida, así como por el mayor riesgo de tener consecuencias más severas y complejas que requieren atención especializada. Como recomendación, se deben implementar

programas preventivos eficaces desde las primeras etapas de vida, de tal manera que se puedan prevenir los daños a la salud bucal en general, y disminuir el costo de la atención.

Hay que ser consciente de la salud en todo aspecto, tanto integral como bucal. Todas las personas deben tener un cuidado especial con la cavidad oral, la salud oral se refleja en muchos aspectos de la vida del individuo, y hay muchas molestias a nivel psicológico derivadas de problemas bucales. Muchas personas lo niegan, pero el hecho de taparse la boca para sonreír dice mucho, por esa y muchas otras razones se debe cuidar la sonrisa, la cual es la carta de presentación de una persona.

Referencias

- Carlos Pereda, M. Á. (2012). Discapacidades e Inclusión social. *Colección Estudios Sociales* , 186-187.
- Carratalá, A. R. (2009). Integración Social, mujer y discapacidad. *FOAD*, (2), 34.
- Castrejón, R. (2011). Salus bucal en los adultos mayores y su impacto en calidad de vida. *Instituto de Geriatría Mexicana*, 4-5.
- Consejería de Educación. (2010). Limitaciones en la Movilidad. *Manuel de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de limitaciones en la movilidad*, 4-8.
- De la Fuente-Hernández, J. (2010). Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Pontificia Universidad Javeriana, Colombia* , 2-3.
- Gutiérrez, W. G. (2012). Diferencias de sexo en el dolor. *Revista Colombia Anestesiol* , 40(3) 207-212.
- Montero, J. M. (2012). Oral Health Impact Profile. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2.
- National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Oral Health Information Clearinghouse. (2012). Enfermedad de las encías o enfermedad periodontal. *Institutos Nacionales de Salud* , 5.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Temas de Salud. 2-4.
- Pérez, M. D. (2004). Mujeres con discapacidad y su derecho a la sexualidad. *Discapacidad* (1), 2-3.

Plan Nacional para la Enseñanza y Formación en Técnicas y Tratamientos del Dolor. (2007).

Conceptos y tipos de Dolor., 3-6.

Reissmann, R. A. (2012). Impact of response shift on the assessment of treatment effects using the

Oral Health Impact Profile. *Eur J Oral Sci.*, 120, 520–525.

Repila, A. B. (2007). La psicología del dolor. *Psicología del Humana*, 4-8.

Rojas, L. A. (2013). Psychology and Disability: An Encounter from the Social Paradigm . *Revista*

Costarricense de Psicología, 63-74 .

Slade, G. (1997). DerivationandValidationof Short-form Oral HealthImpactprofile. *CommunityDent*

Oral Epidemiol , 25: 284-90.

Slade, G. (1994). Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dental*

Health, 3-11.