

## Variación del Perfil de Impacto de la Salud Oral (OHIP-14), con base en la incapacidad psicológica en los pacientes de la U Dental según su edad

*Diana Ávila Morales, Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología  
Diciembre del 2013.*

**Resumen:** El Perfil de Impacto de la Salud Oral (OHIP-14) es un cuestionario diseñado para medir el autoanálisis de disfunción, malestar y discapacidad atribuidos a las condiciones orales. Se realizó un estudio cuantitativo mediante una encuesta aplicando el OHIP-14 en la Clínica U Dental de ULACIT. El cuestionario se aplicó en dos ocasiones, la primera en el mes de setiembre, a una población de 148 pacientes; y la segunda, en el mes de noviembre, a 138 pacientes, con un periodo de 6 semanas entre ellas. La población se dividió en subgrupos etarios, para de esta forma poder comparar las dimensiones y comprobar la hipótesis, la cual plantea que la edad es una variable que va a intervenir en la percepción de su salud oral y el estado psicológico del paciente. Además, se busca observar si hubo un cambio de respuesta entre las encuestas realizadas. Los resultados expresan que no hubo un cambio de respuesta significativo entre encuestas, lo cual fue de esperar por la proximidad en que se realizaron. Se obtuvieron valores significativos con un valor  $p \leq 0.01$  al comparar los rangos de edad 15-24 y 45-54, y un valor  $p \leq 0.02$  en los rangos de 15-24 y 55-69, con las respuestas obtenidas en la primera encuesta. Se concluye que la percepción de la salud va a variar según la etapa en la vida en que se encuentre el paciente, ya que se observó que distintas décadas poseen relación con la expectativa y calidad de vida de estas personas.

**Palabras clave:** Perfil de salud oral, incapacidad psicológica, OHIP-14, calidad de vida, salud oral

**Abstract:** Oral Health Impact Profile (OHIP-14) is a questionnaire designed to measure self-analysis of dysfunction, discomfort and attributed to oral conditions. A quantitative research using the OHIP- 14, in U Dental Clinic ULACIT, in which the first surveys were conducted in the month of September with a sample of 148 patients and the second application in November, 138 patients was performed with a distance of 6 weeks apart . Age subgroups were performed to compare the dimensions and test the hypothesis, which states that if age is a variable that will be involved in the perception of their oral health and psychological state of the patient. Also see if there was a change in response between surveys. The results show that there was no significant change between survey responses, which was expected by the proximity in which they were made. Significant values were obtained with a p-value  $\leq 0.01$  comparing the age ranges 15-24 and 45-54 and a p-value  $\leq 0.02$  in the ranges of 15-24 and 55-69, with the responses to the first survey. We conclude that the perception of health will vary according to the stage in life where the patient is located, was observed that different decades have regarding with life expectancy and quality of life.

**Key words:** Oral Health Impact Profile, Psychological Disability, OHIP-14, Quality of Life, Oral Health

## **Introducción**

La calidad de vida se basa en el concepto de la salud dado por la OMS en 1946, que determina que la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad. La evaluación de la calidad de vida está siendo considerada como un componente esencial para lograr resultados de salud integrales.

El término calidad de vida se concibe actualmente como un constructo compuesto por una serie de dominios, y es sujeto de numerosas definiciones, una de ellas es la dada por Felce y Perry (1995), quienes la describen como: la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

En el campo de la investigación en salud pública, se busca realizar una medición de la distribución, magnitud y severidad de las enfermedades y la percepción de estas por parte de la población, e identificar las personas con mayores factores de riesgo a padecer una enfermedad. A partir de estos resultados se prueban hipótesis para la prevención y control de las enfermedades, además se planifican y se evalúan los servicios de salud actuales.

El Perfil de Impacto de la Salud Oral (OHIP) es un cuestionario diseñado para medir el autoanálisis de disfunción, malestar y discapacidad atribuidos a las condiciones orales. El instrumento original tiene 49 ítems que representan 7 dimensiones, a saber: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, social discapacidad y obstáculos; y ha demostrado ser fiable, sensible a los cambios y exposición adecuada según la cultura. La jerarquía en la cual se van obteniendo los resultados que tienen cada vez mayor relación con el impacto perjudicial de la enfermedad en la vida de las personas.

Las alteraciones que presentan las personas muchas veces están relacionadas con el entorno en que viven; con factores sociales y culturales, o con enfermedades sistémicas. Estos factores hacen que los pacientes se vean afectados cuando hablan, comen o se relacionen con otras personas, lo que trae consecuencias con la calidad de vida. Cada paciente presenta diferentes necesidades, que se deben satisfacer, y no causar un impacto mayor, ya que las consecuencias por causa de las alteraciones que

se produjeron por enfermedades en la cavidad oral son determinantes en las personas causando un impacto negativo.

Las enfermedades bucodentales afectan a la persona, trayendo consigo impactos sobre su calidad de vida. Las malas condiciones de vida, la alimentación inadecuada el estrés, consumo de fármacos, falta de higiene y accidentes son factores que causan graves riesgos en la salud física y mental de una personas, es por esto que cada vez que se rehabilite un adulto joven, las expectativas son altas, por lo que el tratamiento se debe realizar de la mejor manera, para no crear impactos negativos como sociales, físicos y psicológicos en los pacientes. El tratamiento exitoso de estos pacientes requiere que el enfoque sea ético, humanístico, una relación íntima y personal entre odontólogo y paciente, con el fin de enfrentar y entender las necesidades, ansiedades, temores y miedos de los pacientes. Se requiere tiempo y dedicación para crear el mínimo impacto o mejorar la calidad de vida de las personas.

### **Revisión bibliográfica**

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 utilizado para evaluar el éxito, la satisfacción, y la eficacia de los tratamientos estomatológicos, así como para comparar diferentes tratamientos, especialmente en adultos mayores, edéntulos y personas que no hacen uso frecuente de los servicios de atención odontológica (Castrejón, Borges e Irigoyen, 2010).

Con el objetivo de poder evaluar la calidad de vida en relación con la salud oral, se realizó una conferencia en Chapel Hill, Universidad de Carolina del Norte, en 1996, y se revisaron 11 instrumentos que pueden ser aplicados por un entrevistador; entre los cuales, los más utilizados son: SIDD, Geriatric Oral, Health Assessment Index (GOHAI), DIP, DIDL, Oral Health Related Quality-of-life- (OHQoL), Oral Impact of Daily Performances (OIDP) y el Perfil de Impacto de Salud Oral (Oral Health Impact Profile, OHIP-14) entre otros (tabla 1).

**Tabla 1.** Algunos instrumentos de medición de calidad de vida relacionada con la salud oral.

Nombre del instrumento	Abreviación	Autores y Año
Social Impacts of Dental Disease <sup>(37)</sup>		Cushing y cols., 1986
Geriatric Oral health Assessment Index <sup>(38)</sup>	GOHAI	Atchison y Dolan, 1990
Dental Impact Profile <sup>(39)</sup>		Strauss y Hunt, 1993
Oral Health Impact Profile <sup>(40)</sup>	OHIP-49	Slade y Spencer, 1994
Subjective Oral Health Status Indicators <sup>(41)</sup>		Locker y Miller, 1994
Dental Impact on Daily Living <sup>(42)</sup>	DIDL	Leao y Sheiham, 1996
Oral Health-related Quality of Life <sup>(36)</sup>	OHQOL	Kressin N y cols., 1996
Oral Impacts on Daily Performances <sup>(43)</sup>	ODP	Adulyanon, Sheiham, 1997
Oral Health Impact Profile <sup>(44)</sup>	OHIP-14	Slade, 1997
Oral Health Quality of Life UK <sup>(45)</sup>	OH-QoL UK	McGrath y Bedi, 2000
Orthognatic Quality of Life Questionnaire <sup>(46)</sup>	OQLQ	Cunningham y cols., 2002

Fuente: Misrachi y Espinoza, 2005)

El instrumento denominado Perfil de Impacto de la Salud Oral (*Oral Health Impact Profile*, OHIP) se ha utilizado ampliamente en diversos países y está considerado uno de los más avanzados y completos hasta la fecha. Desarrollado con el objetivo de medir el efecto que los trastornos bucodentales ocasionan en las actividades de la vida diaria de los pacientes a partir de su experiencia, el OHIP se basa en la autoinformación de la disfunción, la incomodidad y la inhabilidad atribuidas a esos trastornos, y parte del marco conceptual de la enfermedad y sus consecuencias funcionales y psicológicas. Este instrumento no evalúa aspectos positivos, por lo que todos los efectos que mide se consideran resultados adversos de los problemas de salud bucal (Castrejón et al., 2010).

El OHIP tiene la capacidad de evaluar la frecuencia con que una persona experimenta dificultades para cumplir determinadas funciones y realizar actividades de la vida diaria debido a trastornos bucales (Reissmann, 2013). La versión compuesta por 49 preguntas (OHIP-49) abarca 7 dimensiones: limitación funcional, dolor, incomodidad psicológica, inhabilidad física, inhabilidad psicológica, inhabilidad social e obstáculos, organizadas en orden jerárquico según aumenta su complejidad: las tres primeras miden los efectos aparentemente primordiales, mientras que las preguntas de las dimensiones inhabilidad social e incapacidad están más relacionadas con los efectos en las actividades de la vida diaria y los roles sociales. Las respuestas a cada pregunta se registran en una escala de tipo Likert, donde 0: Nunca; 1: Casi nunca; 2: Algunas veces; 3: Frecuentemente; y 4: Casi siempre (Duque, 2013).

Los instrumentos de este tipo se deben adaptar y validar a las culturas donde se deseen aplicar, a fin de demostrar que sus resultados son válidos en esa población y

que sus propiedades psicométricas son las adecuadas. El OHIP se ha traducido y validado en varios países, ha sufrido modificaciones y adaptaciones antes de utilizarse en diferentes estudios (Skaret, 2004).

Hasta el momento, existen pocas versiones en español, una de estas fue realizada en Chile y otra en España. Para la validación en Chile, se aplicó el instrumento a un grupo de estudiantes de 12 a 21 años; debido a la edad de la población evaluada, se utilizó como tiempo de referencia “Alguna vez en la vida” y como ajuste cultural se reemplazó el término “dentadura” por la palabra “prótesis”. En cuanto a la validación realizada en España, se empleó la adaptación de 14 preguntas propuesta por Slade (1997), aunque se ha señalado que es posible que, debido a diferencias culturales y de distribución de los problemas bucodentales en la población, las traducciones de esta versión no evalúen adecuadamente el constructo “calidad de vida”, lo que reduciría la validez del instrumento (Hernández, Sumano, Sifuentes y Zelocuatecatl, 2010).

Todos los pacientes tienen diferentes expectativas con respecto al tratamiento que se les va a realizar, independientemente de la edad que tengan, por lo que la salud bucal es uno de los componentes más fundamentales y se define como “bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado dental, así como la vinculación con los tejidos duros y blandos de la cavidad oral”. Es muy importante enfocarse en las funciones vitales de un ser humano como la alimentación, comunicación, el afecto y la sexualidad; así como con los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales (Hernández et al., 2010).

El impacto de las personas con respecto a la calidad de vida está muchas veces vinculado con el entorno en que se desarrolla a diario; por medio del instrumento OHIP se pueden evaluar diferentes dimensiones de cada individuo en relación con el impacto que ha tenido en su vida por los cambios que se han dado en su cavidad oral (Hernández et al., 2010). La salud dental no solo tiene impacto en odontología, sino que también se ve afectada la parte psicológica y emocional del paciente, lo cual está respaldado por la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, donde un 37 % de los mayores de 15 años refieren que su salud dental afecta siempre o casi siempre su calidad de vida (Gattini, Galilea y Meller, 2010).

Los problemas bucales causados por enfermedades se dan en los pacientes de cualquier edad y afectan su salud oral y calidad de vida, lo cual trae consigo

problemas en el crecimiento, disfrute de la vida, habla, masticación, degustación de los alimentos y socialización tanto en niños como en jóvenes, adultos y adultos mayores. Según la OMS, las enfermedades bucales causan dolor, sufrimiento, limitaciones psicológicas y problemas sociales, lo que lleva a problemas de personalidad y desenvolvimiento social (Piovesan, 2009).

La American Academy Pediatric Dentistry (AAPD), en su Guía Clínica de Cuidados de Salud Oral para los Adolescentes, estableció las principales alteraciones para sus posibles cuidados. En el cuadro 1 se especifican el tipo de enfermedades y los tejidos comprometidos, como dientes, encías, armonía oclusal, la articulación temporomandibular (ATM) (Mafla, 2008).

**Cuadro 1**  
**Principales alteraciones bucodentales en los adolescentes según la AAPD y tejidos comprometidos**

Alteraciones bucodentales	Tejidos comprometidos
Caries dental	Dientes: esmalte, dentina, pulpa
Enfermedad periodontal: gingivitis-periodontitis	Tejidos periodontales: encías, ligamento periodontal, hueso alveolar
Problemas de maloclusión	Dientes, ATM
Alteraciones en la ATM	ATM, músculos faciales
Problemas en los terceros molares	Dientes, tejidos periodontales: encías, ligamento periodontal, hueso alveolar; nervio facial
Pérdida congénita de dientes	Dientes
Erupción ectópica	Dientes, hueso alveolar
Trauma bucodental	Tejidos blandos, dientes: esmalte, dentina, pulpa; hueso alveolar
Dientes descoloridos o manchados	Dientes: esmalte, dentina

Fuente:(Mafla, 2008)

La salud bucal de los jóvenes, adultos y adultos mayores se ve afectada por la higiene dental; por enfermedades; o por características de las personas o del ambiente en que se desenvuelvan, lo cual afecta el sistema estomatognático. La incapacidad de las personas de tener una buena higiene oral hace que los actos mecánicos como el cepillado no se den de una buena forma y que cause resultados indeseables. Las enfermedades más comunes en las personas mayores son la caries dental, la enfermedad periodontal y las infecciones orales como *Candida Albicans* (Bianco y Rubo, 2012).

Los adultos mayores poseen una tasa mayor con respecto a la aparición de lesiones de los tejidos blandos, problemas de adaptación, estéticos y psicológicos, ya que esta población es más propensa a usar aparatos protésicos fijos o removibles y debido a la poca elasticidad que poseen en la mucosa, por lo que son más proclives a daños irritantes (Bianco y Rubo, 2012).

Para abarcar el enfoque que está investigación buscar dar, es importante conocer qué es la incapacidad psicológica. Para iniciar, la incapacidad es una restricción debido a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen considerado normal para el ser humano. Puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible. En la dimensión psicológico-emocional, se pone de manifiesto un aspecto relevante: la presencia de conductas desafiantes, destructivas y auto agresivas, muchas veces relacionadas con su imposibilidad de comunicarse y expresar sus sentimientos. Esta particularidad supone un reto significativo a los profesionales en salud, ya que es un elemento que obstaculiza y dificulta el logro de los objetivos que cada uno se propone alcanzar en el tratamiento brindado (Trujillo, 2011).

Con base en las preguntas que evalúan esta incapacidad, se busca determinar si el encuestado se siente avergonzado por sus dientes, boca o prótesis. La aceptación de los demás es un punto importante para un desarrollo social saludable. La salud oral es una condición fundamental para el bienestar y la calidad de vida de las personas en todas las etapas del ciclo de vida, en tanto juega un rol social y un rol funcional en lo biológico. En cuanto a lo biológico y funcional, se relaciona con el habla, la respiración, la masticación, la nutrición y algunos procesos inmunológicos; y en lo social, tiene implicaciones en la alimentación, la deglución, fonación, la comunicación, en la expresión de los afectos, en sí en la socialización que se desarrolla en todo el proceso vital de los seres humanos. Desde esta perspectiva, la salud oral, sus componentes y sus funciones representan un espejo de la salud y el bienestar general, ya que condiciona necesariamente la buena alimentación, el desarrollo de los procesos de aprendizaje y la conformación de la identidad personal. Es, entonces, parte esencial para la potenciación de capacidades y oportunidades para el desarrollo humano (Misrachi y Espinoza, 2005).

## **Métodos**

Se realizó un estudio cuantitativo mediante la aplicación del OHIP-14, en la Clínica U Dental de ULACIT, donde se realizó la primera encuesta en el mes de setiembre, a una población de 148 pacientes; y la segunda aplicación se realizó en el mes de noviembre, a 138 pacientes, por lo que hubo un lapso de tiempo de 6 semanas entre ambas encuestas. Estos pacientes que participaron en la encuesta reciben atención odontológica regularmente; sin embargo, una de las limitación que tuvo la



investigación fue que algunos encuestados no colaboraron al realizar las segundas encuestas o no fue posible localizarlos. El grupo de estudio lo conforman sujetos con edades entre los 15 y los 81 años. La selección de los individuos se realizó a través de un muestreo probabilístico aleatorio simple.

La presente investigación se realizó siguiendo los principios éticos en el tratamiento de seres humanos, por lo que se pidió el consentimiento de cada persona entrevistada. A cada uno de los encuestados se les realizó una encuesta para obtener información sociodemográfica y percepción subjetiva de la calidad de vida bucal, a través del índice OHIP-14. Las entrevistas realizadas a personas menores de edad o con alguna discapacidad fueron realizadas por el padre o encargado legal.

La escala Likert utilizada es de 0 a 4, con los siguientes valores: "0" = Nunca, "1"= Casi nunca, "2"= Ocasionalmente, "3"= Frecuentemente, "4"= Casi siempre. La encuesta posee 14 preguntas, las cuales ayudan a medir el impacto negativo en las personas, a causa de los tratamientos o alteraciones que poseen en su cavidad oral.

Los participantes se dividieron en 6 grupos etarios: de 15 a 24 (adolescentes y jóvenes), 25 a 34 (adultos jóvenes), de 35 a 44 (adultos intermedios), de 45 a 54, y de 55 a 64 (adultos maduros) y de 65 a 81 años (adultos mayores). Cada una se evaluará por medio de las dimensiones, las cuales son analizadas a través de dos preguntas.

La investigación se basó en la variable edad y su relación con la dimensión de incapacidad psicológica de los pacientes; se realizaron subgrupos según las etapas de la vida, para de esta forma poder comparar las dimensiones y comprobar la hipótesis, la cual plantea que la edad sí es una variable que va a intervenir en la percepción de la salud oral y el estado psicológico del paciente. Además, se observó si hubo un cambio de respuesta entre las encuestas realizadas, es decir, si la percepción de las personas cambió luego de recibir algún tratamiento en la Clínica U Dental de ULACIT. Finalmente, se buscó conocer las principales enfermedades que afectan a estos pacientes y si tiene alguna relación con la etapa de la vida por la que cursan.

Las dos preguntas que determinan la incapacidad psicológica del encuestado en el instrumento son: ¿Encuentra dificultad para relajarse por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental? y ¿Se ha sentido avergonzado por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?. Se puede observar que son preguntas que están relacionadas



con la parte estética y como sienten que las personas las perciben, además si este problema les está generando algún estrés en sus vidas.

De acuerdo con el tipo de respuesta brindada, también se llevó a cabo un conteo individual de los puntos obtenidos por las respuestas de este instrumento, cuyos resultados brindan un valor de 0 (no impacto) a 56 (alto impacto) puntos y se informó el total de puntos obtenidos en el total de la muestra.

Los datos por comparar se introdujeron en el programa Minitab, para de esta forma encontrar el promedio, la desviación estándar y el valor "p", que va a dar los resultados significativos o no significativos.

## Resultados

En total participaron 148 pacientes en la primera encuesta y 138 en la segunda aplicación, con un rango de edad de 15 a 81 años. Estos pacientes se dividieron en 6 grupos etarios para poder investigarlos con mayor precisión (Tabla 2). El rango de edad que posee más encuestados es el de adulto maduro de 45-54, con un 26 % en la primera y segunda encuestas (gráfico 1). El 100 % de los participantes seleccionados fueron pacientes activos de la Clínica U Dental, ULACIT.

Tabla 2. Cantidad de personas según el rango de edad en la primera y segunda encuestas

Rangos de Edad	Cantidad de personas	
	1ra Encuesta	2da Encuesta
15-24	21	19
25-34	23	23
35-44	32	27
45-54	38	36
55-64	20	19
Mayor 65	14	14
Total	148	138

Fuente: Ávila, 2013

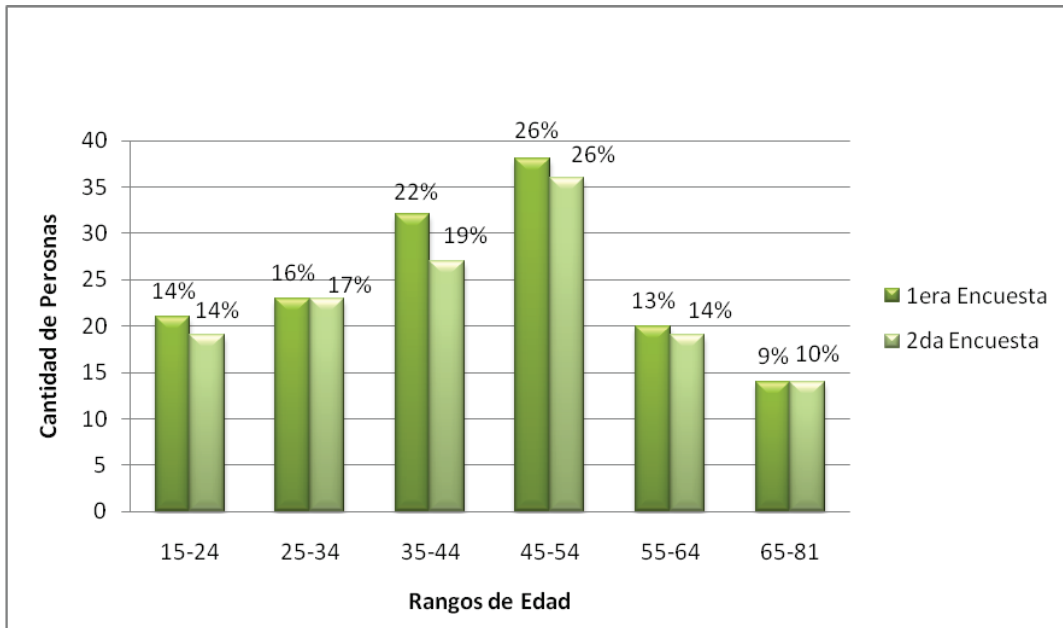


Gráfico 1: Cantidad de personas según el rango de edad en la primera y segunda encuestas. Fuente: Ávila, 2013

Se realizó una comparación entre la primera y la segunda encuesta, a fin de determinar si hubo alguna diferencia significativa en la percepción de su estado oral, por parte de los pacientes, luego de seis semanas de recibir tratamiento dental. Los resultados se introdujeron al programa Minitab para encontrar el promedio, la desviación estándar y el valor “p” (tabla 3). Los resultados expresan que no hubo un cambio de respuesta significativo entre las encuestas, lo cual era de esperar por la proximidad en que se realizaron, ya que fue solo un intervalo de 6 semanas.

Tabla 3. Diferencia comparativa entre edades según el cambio de respuesta entre la primera y segunda encuesta en relación a cantidad de personas, promedio, desviación estándar y valor p.

Dimensión del OHIP-14, Incapacidad Psicológica					
Primera Encuesta	Segunda encuesta	Cantidad de personas	Promedio	Desviación estándar	Valor p
1er rango (15-24)		21	1.00	1.29	0.726
	1er Rango (15-24)	19	1.16	1.46	
2do rango (25-34)		23	1.43	2.41	0.642
	2do Rango (25-34)	23	1.13	1.98	

<b>3er rango (35-44)</b>		32	1.93	2.53	0.515
	3er Rango (35-44)	27	1.48	2.46	
<b>4to rango (45-54)</b>		38	2.25	2.31	0.153
	4to Rango (45-54)	36	1.53	1.90	
<b>5to rango (55-64)</b>		20	2.37	2.14	0.758
	5to Rango (55-64)	19	2.16	2.03	
<b>6to rango (65-81)</b>		14	1.07	1.94	0.348
	6to Rango (65-81)	14	0.50	1.09	

Fuente: Ávila, 2013

En la tabla 3 se presenta el promedio ponderado de la totalidad de personas que dieron un valor de 0 a 8 a las dos preguntas de incapacidad psicológica. Los resultados fueron 1.75 en la primera aplicación y 1.77 en la segunda encuesta, lo que muestra que la mayoría de respuestas se mantuvieron en el rango de 1 y 2 en ambas encuestas, lo cual expresa que los pacientes estudiados poseen una baja afectación psicológica por sus problemas dentales (tabla 4).

Tabla 4. *Distribución del total de personas de la primera y segunda encuesta según escala OHIP-14 y la dimensión incapacidad psicológica*

Dimensión del OHIP-14 Primera Encuesta	Cantidad de personas que respondieron según la escala de 0 a 8 (personas 148)									Promedio ponderado
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Incapacidad Psicológica	71	13	20	13	14	2	7	4	4	
Ponderación	0	13	40	39	56	10	42	28	32	1.75
Dimensión del OHIP-14 Segunda Encuesta	Cantidad de personas que respondieron según la escala de 0 a 8 (Personas 138)									Promedio ponderado
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Incapacidad Psicológica	67	10	18	13	14	2	7	4	3	
Ponderación	0	10	36	39	56	10	42	28	24	1.77

Fuente: Ávila, 2013

En las tablas 5 y 6, se observa que tanto en la primera como en la segunda encuesta, al separar los datos de las respuestas en los rangos de edad, los resultados se mantuvieron en los valores de 0 y 1, lo cual es un valor positivo, ya que la mayoría de personas no tiene ninguna deficiencia en la dimensión psicológica o una molestia baja con un valor de 1.

Tabla 5. Promedio ponderado según la escala de OHIP-14 con respecto a los rangos de edad realizados en la primera encuesta

Rango edades Incapacidad Psicológica	Cantidad de personas que respondieron según la escala de 0 a 8 de la primera encuesta (148)									Promedio Ponderado
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
15-24	10	4	4	2	1	0	0	0	0	
Ponderación	0	4	8	6	4	0	0	0	0	0.14
25-34	14	1	4	1	0	0	1	1	1	
Ponderación	0	1	8	3	0	0	6	7	8	0.22
35-44	17	2	4	1	5	0	1	0	2	
Ponderación	0	2	8	3	20	0	6	0	16	0.37
45-54	15	2	5	4	5	1	3	2	1	
Ponderación	0	2	10	8	20	5	18	14	8	0.57
55-64	5	4	2	4	2	1	1	1	0	
Ponderación	0	4	4	12	8	5	6	7	0	0.31
65-81	10	0	1	1	1	0	1	0	0	
Ponderación	0	0	2	3	4	0	6	0	0	0.10

Fuente: Ávila, 2013

Tabla 6. Promedio ponderado según la escala de OHIP-14 con respecto a los rangos de edad realizados en la segunda encuesta

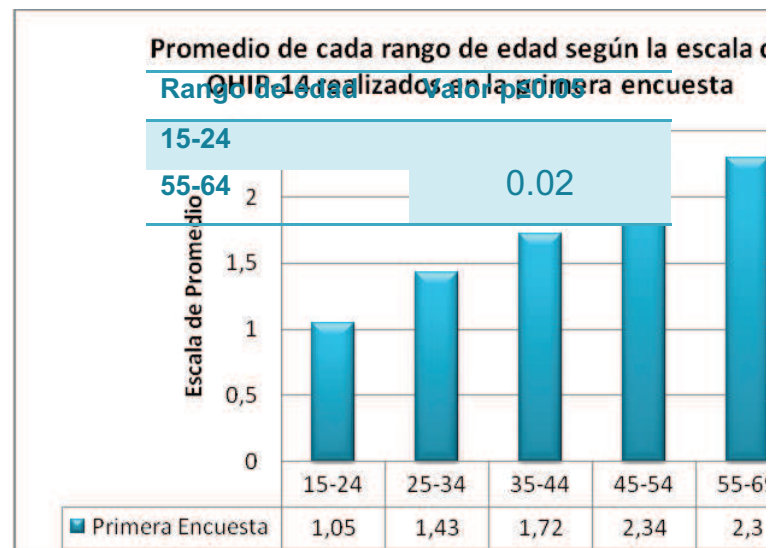
Rango edades Incapacidad Psicológica	Cantidad de personas que respondieron según la escala de 0 a 8 de la segunda encuesta (138)									Promedio Ponderado
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
15-24	10	3	3	2	1	0	0	0	0	
Ponderación	0	3	6	6	4	0	0	0	0	0.13
25-34	14	1	4	1	0	0	1	1	1	
Ponderación	0	1	8	3	0	0	6	7	8	0.23
35-44	14	1	3	1	5	0	1	0	2	
Ponderación	0	1	6	3	20	0	6	0	16	0.37
45-54	14	2	5	4	5	1	3	2	0	
Ponderación	0	2	10	12	20	5	18	14	0	0.58
55-64	5	3	2	4	2	1	1	1	0	
Ponderación	0	3	4	12	8	5	6	7	0	0.32

65-81	10	0	1	1	1	0	1	0	0	
Ponderación	0	0	2	3	4	0	6	0	0	0.10

Fuente: Ávila, 2013

Cuando se compararon los rangos de edad y el puntaje de valor de 0 a 8 en las respuestas de la dimensión de incapacidad psicológica de la primera encuesta, los rangos de edad 15-24 y 45-54 años expresaron diferencias significativas entre ellos, con un valor  $p \leq 0.01$  y una desviación estándar de 1.24 para el rango de adolescentes jóvenes y de 2.46 para el primer rango adulto maduro. Lo mismo sucedió con los rangos de 15-24 y 55-64, los cuales obtuvieron un valor  $p \leq 0.02$  y una desviación estándar de 1.24 para el rango de adolescentes jóvenes y 2.11 para el segundo grupo de adulto maduro de 55-64. Estos datos muestran que el grupo de adulto maduro tuvo mayor deficiencia en las preguntas de incapacidad psicológica, es decir, sus problemas dentales están afectando su salud psicológica (estrés, desmotivación, vergüenza) de mayor forma que al grupo de adolescentes jóvenes.

Rango de edad	Valor $p \leq 0.05$
15-24	
45-54	0.01



Fuente: Ávila, 2013

## Discusión

La edad es una variable que va a interferir en muchos aspectos de la vida, y la percepción de la salud oral no es la excepción. Cada etapa de la vida marca distintos intereses y capacidades de una persona. En el presente trabajo se demostró que las edades de adulto maduro (45-54 y 55-69 años) son las que más perciben una necesidad de tratamiento dental y poseen más debilidad al contestar las preguntas de incapacidad psicológica, y que las personas adultas mayores no percibían un mal

estado oral. Otro estudio realizado en adultos mayores mexicanos muestra un resultado similar, ya que la dimensión incapacidad psicológica tuvo una puntuación promedio de 3.0, lo que muestra que las respuestas se mantuvieron entre los valores más bajos.

La composición heterogénea de la muestra empleada en este estudio, en el que participaron personas de una edad muy variada que buscaban atención odontológica, eleva la fortaleza de los resultados encontrados. Según Streiner (2003), la confiabilidad de los resultados depende de la varianza de la puntuación y esta varía en dependencia de las características de la muestra, de manera que cuanto más heterogénea es la muestra, mayor la varianza de puntuación total y mayor la credibilidad.

Varios autores han encontrado diferencias entre las necesidades de atención odontológica detectadas por un profesional y las derivadas de la autopercepción de los pacientes. Aunque se sabe que gran cantidad de trastornos digestivos parten de problemas bucodentales y de las prótesis removibles, muchos pacientes no toman eso en cuenta. Por ello es necesario que el odontólogo ofrezca una atención lo más integral posible. Esto también explicaría por qué las personas que perciben necesitar atención odontológica son las que presentan problemas bucodentales que afectan su calidad de vida. Varios investigadores han encontrado asociaciones similares, lo que puede indicar que cuando una persona considera que requiere este tipo de atención es porque sus problemas bucodentales ya han afectado sus funciones y actividades de la vida diaria.

Las teorías mencionadas en cuanto a la posibilidad del “cambio de respuesta”, presumen que el juicio retrospectivo del estado inicial de salud oral se reconstruye con base en el estado actual y las impresiones durante el tratamiento y, por lo tanto, representan algún tipo de efecto placebo, un efecto que pudo haberse desarrollado al aplicar las segundas encuestas.

En otras investigaciones, Reissmann (2013), en Alemania, estudio a 145 pacientes que asistían a control o seguimiento de tratamiento de prostodoncia, y encontró que su población poseía, según el promedio, por lo menos un impacto oral negativo al día, lo cual es de preocupación al basarse en los conceptos de calidad de vida. El estudio actual difiere enormemente de este realizado en Alemania, puesto que las repuestas,

por lo menos en el ámbito psicológico, se mantuvieron en valores de 1 y 2, considerados de bajo impacto.

## **Conclusiones**

Los profesionales están acostumbrados a obtener la información de salud de sus pacientes mediante la anamnesis, la exploración física y exámenes de laboratorio. Sin embargo, la ficha clínica posee la desventaja de que no son preguntas estandarizadas sobre aspectos diarios físicos, sociales, personales, de bienestar mental o percepción de la salud por parte del paciente. Por esto, la información que se obtiene no proporciona datos útiles para establecer conclusiones sobre la calidad de vida, razón por la cual, el desarrollo de instrumentos como el OHIP-14 ha aportado indudablemente en la medición de los estándares de vida y de esta forma cubrir los aspectos deficientes de la población.

Una atención integral tiene como objetivo aumentar la capacidad funcional y el bienestar de las personas y no solo limitar la fisiopatología. Por lo tanto, se deben integrar los datos sobre las mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud en las historias clínicas, para de esta forma tener tratamientos más exitosos y que cubran todas las expectativas del paciente.

El rango de menor edad de adolescente joven (15-24) mostró desde el plano bio-psicosocial, que a pesar de sufrir cambios físicos y emocionales que influyen en su salud oral, posee una percepción de salud alta. En lo biológico, el adolescente es más propenso a desarrollar enfermedades como la caries y la enfermedad periodontal, ya sea por hábitos o por respuesta hormonal.

La percepción de la salud fue uno de los puntos más estudiados al realizar este trabajo de investigación. Al considerarse la variable edad, se pudo observar que la edad posee relación con la expectativa y calidad de vida de estas personas.

Una de las conclusiones principales se relaciona con la percepción del adulto mayor. Estos, al ser portadores de prótesis dentales, en su mayoría percibieron un estado de salud oral malo, en relación con los pacientes que consideran que tienen poca o casi ninguna molestia con sus dientes, boca o prótesis. Se puede considerar también que los pacientes adultos mayores generalmente no proporcionan de forma espontánea toda la información real, debido a que creen que muchos de sus problemas forman parte del proceso de envejecimiento.

Instrumentos como el OHIP-14 para medir la calidad de vida relacionada con la salud se continúan perfeccionando y estandarizando en cuanto a las puntuaciones, y



constantemente surgen nuevas mediciones de salud que relacionen los resultados con los procesos.

## Referencias

- Bianco, V. y Rubo, J. (2012). Oral Health and Quality of Life, Periodontal Diseases. *A Clinician's Guide*, Dr. Jane Manakil , ISBN 978-953-307-818-2.
- Castrejón, R., Borges, S. e Irigoyen, M. (2010). Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. *Rev Panam de Salud Publica* , 27(5), 321–9.
- Duque, V. C. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universidad de Medellín y sus factores asociados. *Revista CES Odontologia ISSN 0120-971X* , 26(1).
- Felce, D. y Perry, J. (1995). Quality of life: its definition and measurement. *Revista Pub Med Jan-Feb;16(1):51-74*.
- Gattini, F., Galilea, A. y Meller, M. (2010). Salud dental en estudiantes de IV año de Medicina y Odontología, Universidad de Chile. *Rev Chil Estud Med* , 6(1), 37-44
- Hernández, J., Sumano, Ó., Sifuentes, M. y Zelocuatecatl, A. (2010). Impacto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Universitas Odontológica* , 83-92.
- Mafla, A. C. (2008). Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral. *Colombia Médica*, 39 (1) .
- Misrachi, C. y Espinoza, I. (2005). Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. *Revista Dental de Chile*, 96(2), 28-35.
- Piovesan, C. (2009). Oral health-related quality of life in children: Conceptual issues. *Rev. Odonto Cienc.* , 24 (1), 81-85.

- Reissmann, I. S. (2013). Interpreting one oral health impact profile point. *Health and Quality of Life Outcomes* .
- 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.
- Skaret, A. N. (2004). Oral Health-Related Quality of Life, review of existing instruments and suggestions for use in oral health outcome research in Europe. *Quintessence International* .
- Slade G., S. A. (1994). Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health* .
- Slade, G. (1997). Derivation and Validation of Short-form Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* , 25, 284-90.
- Trujillo, A. (2011). *Psicología de la Discapacidad*. Universidad Católica de La Plata, Facultad de Psicología.