

Variación en el Perfil de la Salud Oral OHIP 14 basado en la Incapacidad Social en los Pacientes según la Edad

Jeffry Castillo Rosales, Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología.
Diciembre 2013

Resumen

A la práctica odontológica, como toda ciencia de la salud, se le relaciona con otras disciplinas. Este trabajo investiga el impacto de la salud oral desde la perspectiva de la incapacidad social mediante la percepción de la salud bucal de los pacientes clasificando a la población en rangos de edad.

Se analizaron los datos a partir de la aplicación del instrumento OHIP-14 con 2 encuestas iguales a la misma muestra, con un espacio de tiempo de siete semanas entre ambas, con el fin de determinar si hay algún dato significativo en la apreciación de la salud basados en variables como la edad y los grupos en que estos fueron divididos.

Para este estudio no se analizaron variables clínicas como revisiones dentales ni expedientes, con el fin de obtener información valiosa para presumir si la muestra de revela resultados valiosos acerca del posible comportamiento de los pacientes a nivel social.

Palabras clave: Salud, odontología, social, cultura, edad.

Abstract

The dental practice and all health science is related to other disciplines, the purpose of this paper is to explore the impact of oral health from the perspective of social disability through the perception of oral health of patients classifying the population age ranges.

Data were analyzed from the application of the OHIP-14 instrument to the same sample with a period of seven weeks between both, in order to determine if there is any significant data of health based on variables such as age and groups in which this were divided.

For this study, clinical variables such as dental examinations or records were not analyzed, in order to obtain valuable information to assume if the sample reveals results valuable about the possible behavior of patients at a social level.

Keywords: Health, dentistry, social, culture, age.

Introducción

Esta investigación se refiere a la apreciación del impacto de la salud oral en los pacientes de diversas edades, también se analizan algunos factores sociales o personales que pueden influir en la percepción de la salud.

La idea de este trabajo es obtener información que respalde si los pacientes de odontología obtienen algún cambio en la apreciación de la salud bucodental mediante la atención en esta disciplina con el paso del tiempo.

También se busca determinar si existe alguna diferencia significativa entre los grupos etáreos de la misma población en cuanto a la salud bucal o de alguna otra variable que intervenga en este proceso, para lo cual el trabajo se basa en un instrumento validado conocido como Oral Health Impact Profile, el cual es un cuestionario que abarca

diferentes dimensiones de la salud, en este caso se pretende analizar la incapacidad social en relación con la odontología y los grupos de edades de la muestra estudiada.

Revisión Bibliográfica

Para poder mencionar las opciones de cómo se desenvuelven los ciudadanos en Costa Rica ante los problemas de salud bucal, es necesario definir cuáles son los recursos con los que este cuenta para poder obtener la atención necesaria en estos servicios.

En un contexto nacional es importante recalcar que el principal órgano estatal encargado de la atención en salud de Costa Rica es la Caja Costarricense del Seguro Social, esta institución es la que presta servicios de odontología en el ámbito nacional al grueso de la población. En este sentido Sáenz, Acosta, Muiser y Bermúdez (2011) expresan:

El sistema de salud de Costa Rica presta servicios de salud, agua y saneamiento. El componente de servicios de salud incluye un sector público y uno privado. El sector público está dominado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución autónoma

encargada del financiamiento, compra y prestación de la mayoría de los servicios personales de salud (p.s157).

La Organización Mundial de la Salud (1948) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Como lo menciona esta definición, se contempla una serie de aspectos para que los individuos sean saludables, por lo tanto, para poder hacer mención de perfiles en salud oral, se debe tener en cuenta que es un asunto de índole integral pues desde hace varias décadas se menciona que cualquier aspecto de la salud está compuesto por diversos elementos tanto personales como externos. Ante este panorama, se propone entonces que es un asunto dinámico donde intervienen muchas variables.

Otro aspecto que se debe precisar es la salud bucodental, la cual, según la OMS (2007), se puede definir:

Como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal (p.1).

Esto puede ser tomado, entonces, como la base para que cualquier persona quien padezca de estos signos o síntomas sea considerado como alguien que necesite atención en odontología desde un punto de vista biológico.

Por lo cual, para entender el proceso que puede moldear la dinámica de los pacientes y su conducta en un ámbito social, así como los componentes personales internos o sociales externos, es importante definir algunos conceptos básicos, como lo describen Agudelo y Martínez (2009):

Cuando hablamos de calidad de vida y su relación con la salud bucal, se combinaría dos aspectos fundamentales. El primero involucra una percepción subjetiva con relación a un sistema de valores y un contexto sociocultural, que daría como resultado el grado de satisfacción con su boca y su funcionalidad (p.93).

De ahí que se comprende que existe una relación entre la parte biológica y directa de la función de la cavidad oral que incluye un gran número de signos y síntomas (a esta se le suma la apariencia o la percepción propia que posee cada persona sobre su boca), y la relación con el entorno la cual puede verse afectada por diversos criterios de

índole social como las costumbres, las tradiciones, la demografía, la edad y hasta los prejuicios que puedan emitir terceros.

En adición con lo anterior, Schaefer (2006) dice que entre los sujetos generalmente ocurre la discriminación la cual, básicamente, consiste en negar alguna oportunidad a otro individuo o grupo por motivos arbitrarios. Esta característica de la sociedad puede llevar a algunos pacientes a sentir un mal concepto de su persona y, por lo tanto, podría experimentar el complejo de inferioridad, el cual es otro rasgo que limita la función de la persona en sentido de que no se sienta plena o cómoda con su propio ser.

Schultz y Schultz (2010), cuando hacen referencia a Maslow, mencionan que este propuso una jerarquía de necesidades que guían la conducta humana, entre estas se encuentran las necesidades fisiológicas, de seguridad, amor, pertenencia, y en la cima de las necesidades, se encuentra la autorrealización. Estas son condicionadas por las expectativas sociales como la desaprobación, ya sea para que detengan al ser o más bien las supere. Entonces, si se aplican estos conceptos, es viable que el individuo o paciente considere que necesita ser atendido por un profesional en Odontología porque tiene la necesidad de superar su problema de salud como tal, ya sea de dolor, o bien, la falta de estética que limite su adecuado funcionamiento en la sociedad.

Aunado a esto, también es posible que personas adultas mayores consideren necesaria la atención odontológica a partir de las dificultades que caracterizan la pérdida de dientes como dificultad para comer y hablar. En este sentido Castrejón, Borges e Irigoyen (2010) expresan:

Además, es posible que los factores culturales que influyen en la percepción del efecto de la salud bucodental en las relaciones sociales estén ligados a diferencias en las normas sociales, a lo que representan la salud bucodental y la estomatología en esas normas y a la manera en que las personas reaccionan ante las normas sociales y profesionales (p.327).

Esta investigación utiliza un método conocido como el OHIP, el cual es un instrumento que mide la percepción de la gente del impacto social de desórdenes orales en el bienestar. El cuestionario, como tal, capta en totalidad siete dimensiones conceptuales de la salud, estas son limitación funcional, dolor físico, molestias psicológicas, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y obstáculos. Las preguntas acerca de la incapacidad tratan acerca del impacto durante las actividades diarias, como la posibilidad de haber interrumpido comidas, o de disfrutar la compañía de otras personas a causa de algún problema asociado a la dentadura, boca o prótesis (Slade, 1997).

Ahora bien, propiamente esta investigación lleva a la interrogante de si los pacientes alcanzan bienestar propio y en el ámbito social mediante la atención en la consulta de Odontología, básicamente a la formulación de una hipótesis de carácter de investigación, como lo menciona Wayne (2005), “la hipótesis de investigación es la conjetura o suposición que motiva la investigación”. Siguiendo con esto, como lo expresan Reissmann, John y Schierz (2011):

A pesar de las diferencias sistemáticas entre los métodos de administración fueron generalmente pequeños en el presente estudio, esto quiere decir que las diferencias entre el método de aplicación de la encuesta no implica que haya diferencias relevantes en los resultados. Esto con el fin de garantizar que los datos sean confiables para la investigación (p.76).

Métodos

Como método para la recolección de los datos, se utilizó el instrumento validado del OHIP-14 en español, basado en una traducción por parte de un odontólogo bilingüe, con previo conocimiento del mismo instrumento en inglés del Departamento de Investigación de la Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología.

Inicialmente se realizó la encuesta a una muestra de 148 pacientes de la Clínica U dental, posterior a las siete semanas se volvió a aplicar dicha encuesta a la misma muestra. El método de aplicación fue variado: se empleó la encuesta verbal, de manera escrita de forma tal que el paciente la contestara por sí solo y también por teléfono. Para este estudio no se analizaron variables clínicas, solo las demográficas como género, edad y nivel de educación. Finalmente los datos se tabularon con el programa Minitab para la obtención de datos como promedios, desviación estándar y valor por los cuales se va a determinar si hubo relevancia en la comparación de ambas fechas de encuestas o entre los grupos etáreos según variables como la edad y la limitación social.

Imagen 1: Cuestionario Demográfico

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

DEMOGRÁFICOS	
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año
Edad	<input type="text"/> <input type="text"/> Años
Sexo (Marque Uno)	1 <input type="checkbox"/> Hombre 2 <input type="checkbox"/> Mujer
Étnia (Marque Uno)	1 <input type="checkbox"/> Blancos y mestizos 2 <input type="checkbox"/> Negro 3 <input type="checkbox"/> Mulatos 4 <input type="checkbox"/> Asiático 5 <input type="checkbox"/> Indígena 6 <input type="checkbox"/> Otro(indique) _____
Dentición (Marque uno)	1 <input type="checkbox"/> Dentado 2 <input type="checkbox"/> Edentado
Sitio de la última visita al dentista (Marque uno)	1 <input type="checkbox"/> Dentista Privado 2 <input type="checkbox"/> Clínica Publica
Percibe la necesidad de tratamiento dental (Marque uno)	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No

Educación (Marque el nivel más alto)		
	<input type="checkbox"/>	
Estudios Primarios	<input type="checkbox"/>	
Estudios Secundarios	<input type="checkbox"/>	
Universitarios	<input type="checkbox"/>	
Otro (indique)	<input type="checkbox"/>	

Número telefónico: _____ - _____ 6 _____ - _____

Fuente: Castillo, 2013.

Imagen 2: Cuestionario OHIP-14

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

Fuente: Castillo, 2013.

Resultados

Tabla 1: Cantidad de Personas de la Primera y Segunda Encuesta según los Rangos de Edad

Rangos de edad	Cantidad de personas	
	Primera encuesta	Segunda 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: Castillo, 2013.

En la tabla 1 se muestra la clasificación de los rangos de edad y la cantidad de personas quienes participaron en ambas encuestas, con un total de 148 participantes para la primera y 138 personas para la segunda.

Tabla 2: Comparación de los Promedios de la Incapacidad Social en la Primera y Segunda Encuesta según los Rangos de Edad

Rangos de edad	Promedio primera encuesta	Promedio segunda encuesta
15-24	0,67	0,53
25-34	0,61	0,478
35-44	0,63	0,63
45-54	1,61	1,17
55-64	1,30	1,16
Mayor 65	0,36	0,5

Fuente: Castillo, 2013.

En la tabla 2 se aprecia la comparación de los promedios según los rangos de edad de la primera y la segunda encuesta. Este promedio está basado en la puntuación de las preguntas de la incapacidad social según el OHIP-14, el cual tiene una puntuación mínima de 0 y una máxima de 8.

Tabla 3: Comparación del Valor P de la Primera entre los Grupos de Edad según la Incapacidad Social

Distribución y comparación del valor P entre los grupos de edades de la primera encuesta						
Rangos de edad	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	Mayor 65
15-24	X	0,892	0,963	0,061	0,196	0,500
25-34	X	X	0,965	0,058	0,179	0,603
35-44	X	X	X	0,033	0,134	0,517
45-54	X	X	X	X	0,590	0,026
55-64	X	X	X	X	X	0,085
Mayor 65	X	X	X	x	X	X

Fuente: Castillo, 2013.

En la tabla 3 se muestra la distribución y comparación del valor P entre todos los rangos de edad de la primera encuesta. En este cuadro solamente dos comparaciones mostraron información que se interpreta como diferencia significativa menor al valor de 0,05, el cual corresponde a los rangos de 35-44 con 45-44, y 45-54 con mayor 65.

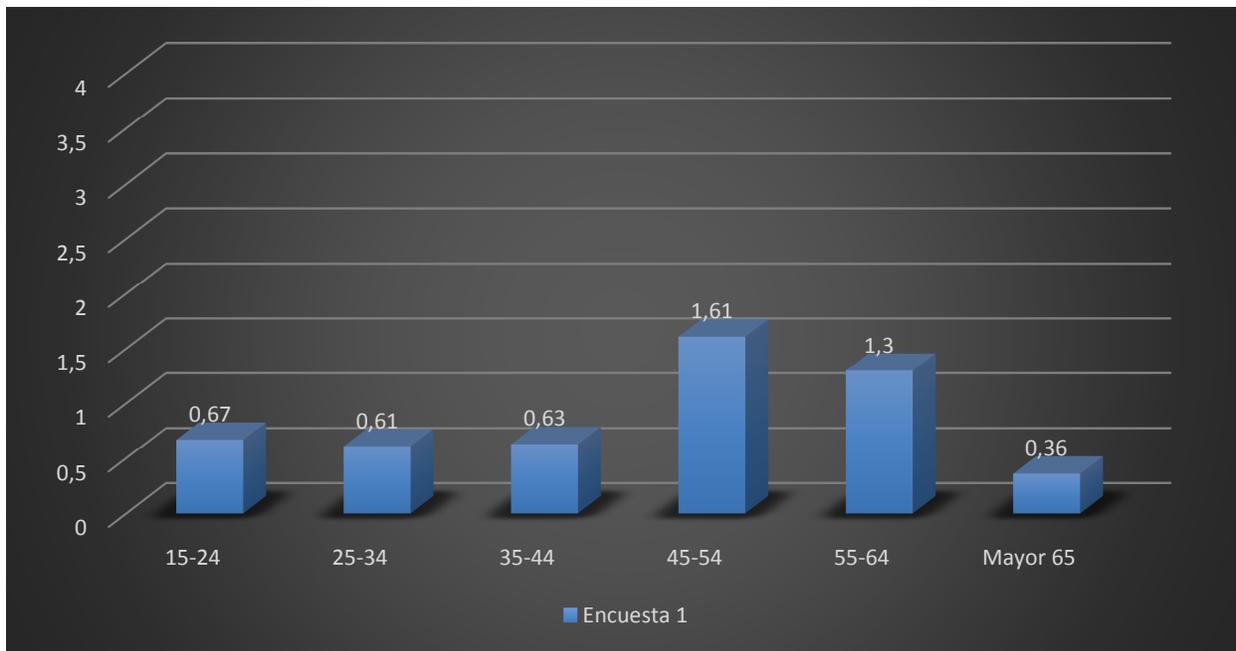


Gráfico 1: Promedios de la Primera Encuesta

Fuente: Castillo, 2013.

En el Gráfico 1 se muestran los rangos de edad y el promedio que corresponde a cada uno de ellos en la escala de 0 al 8 de la dimensión de la incapacidad social según el OHIP-14.

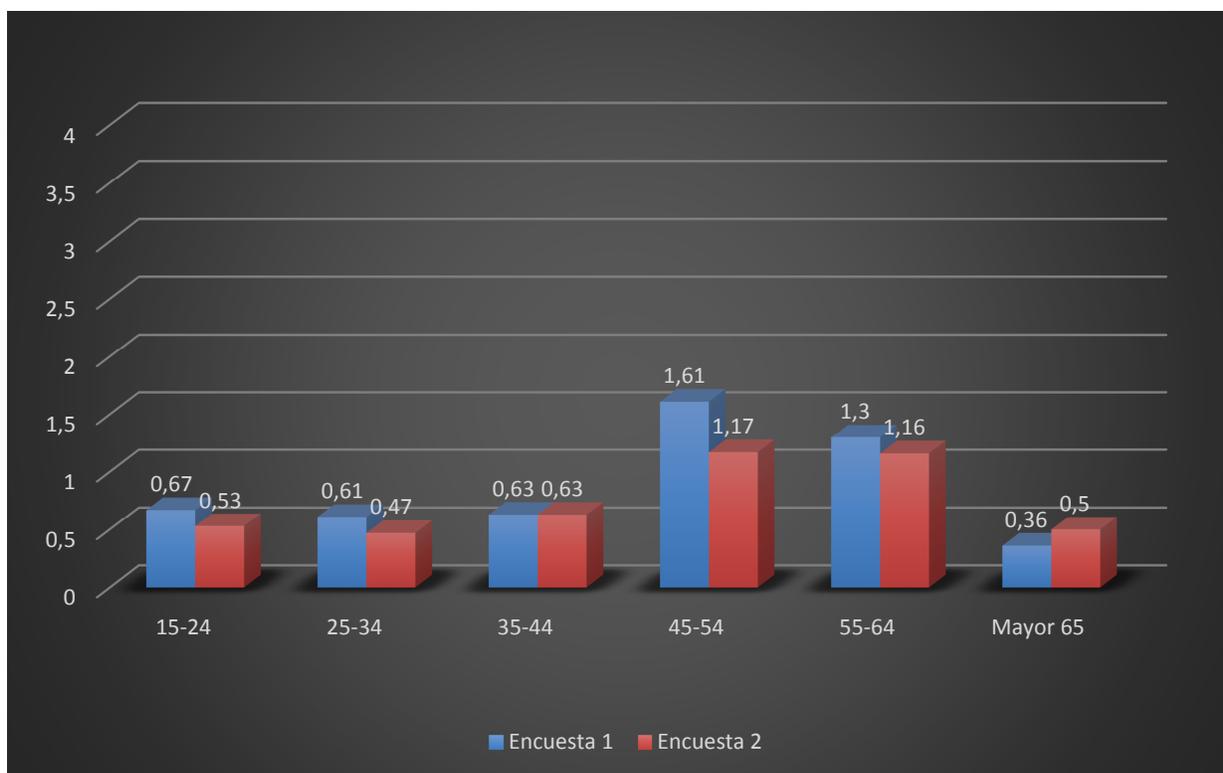


Gráfico 2: Comparación de los Promedios de Ambas Encuestas

Fuente: Castillo, 2013.

En el Gráfico 2 se observa la comparación de los promedios de los rangos de edad entre la primera y la segunda encuesta.

Discusión

Este tipo de investigaciones puede tener ciertas limitantes, entre las principales se destaca que el instrumento de recolección de datos no toma en cuenta la calidad de concepto de bienestar propio de cada paciente, tanto en el ámbito psicológico como en el social, ya que el criterio de bienestar puede variar de un paciente a otro, donde su opinión se va a ver influenciada por variables como la educación o los sistemas de valores.

A esto se le suma que la muestra puede verse afectada por la poca colaboración de los pacientes a la hora de contestar la segunda encuesta, algunos manifestaron desinterés en responderla. Además es difícil medir el avance en la apreciación de la salud mediante este método en un periodo corto de tiempo, es probable que si el tiempo de aplicación de ambas encuestas se amplía, los resultados presenten un mayor contraste.

También algunos pacientes podrían estar aún en el proceso de atención a su dolencia o malestar y puede que aún no experimenten alguna mejoría en su condición de salud. Esto ofrece la posibilidad para futuras aplicaciones de este método pues ampliar la distancia entre las aplicaciones de las encuestas permite el comparar y

determinar, de manera más asertiva, si se obtienen resultados más relevantes con respecto al impacto de la salud oral.

Según menciona Slade (como se citó en Castrejón, 2010):

Han sugerido que en esta percepción pueden incidir múltiples factores -como el nivel de educación, los ingresos y las características y normas sociales y culturales-, debido a la fuerte influencia que tienen sobre la decisión de buscar atención estomatológica (p.327).

Propiamente se puede mencionar, de los resultados obtenidos de esta investigación, que la primera encuesta la contestó un total de 148 personas, en contraste con la segunda que la respondieron 138, en una distancia de siete semanas entre ambas aplicaciones, clasificados en diversos rangos de edad.

En cuanto a la tabla 2, se evaluaron los promedios de sus respuestas en la dimensión de la incapacidad social del instrumento OHIP-14, en un rango que abarca de 0 el cual significa que hay poco o nulo impacto en la percepción de la salud oral hasta el valor de 8 que, en contraste, significa que existe un gran impacto en la apreciación de la salud oral.

También, de estos resultados, se desprende que la mayoría de promedios bajó el nivel de puntuación entre las aplicaciones de las encuestas, aunque esto no significa que los datos hayan sido relevantes. En la tabla 3 se compararon todos los rangos de edades, según el valor P, para determinar si existía alguna diferencia significativa entre los grupos, aquí se encontró que los rangos mostraron diferencia significativa menor al valor 0,05 del valor P entre las edades 35-44 y 45-54, como también entre 45-54 y el grupo mayor a 65, esto quiere decir que los grupos de edades de 35-44 y mayores a 65 presentan un bajo impacto en la salud oral desde la dimensión de la incapacidad social en comparación con el grupo de 45-54. Esto lleva a la idea de que este último grupo presenta un alto impacto, aunque las limitantes de este estudio no son suficientes para determinar, categóricamente, cuál podría ser la razón del comportamiento de ese grupo de la muestra.

Conclusiones

Es preciso mencionar que a pesar de que las comparaciones entre los valores y promedios de los cuestionarios de la muestra bajaron, esto no prueba la hipótesis de que los pacientes entrevistados hayan obtenido una mejoría en el impacto de la salud oral en la dimensión de la incapacidad social.

Los datos más significativos fueron la comparación del valor P del rango de edad de 45-54 años, el cual tuvo una puntuación más alta entre los rangos de 35-44 y mayor a 65, los cuales mostraron, en contraste, las puntuaciones más bajas de los rangos.

Esta situación hace suponer que las personas entre 45 y 54 años presentaron mayor necesidad de recibir atención odontológica que los demás grupos etáreos, sin embargo, esto tampoco significa, directamente, que todas las poblaciones de esta edad se encuentren en la misma condición ya que esta es una muestra muy pequeña y, además, la investigación carece de fundamentos para llegar a una conclusión en este sentido.

Ahora bien, pese a esa situación, sí se brinda la oportunidad de probar la hipótesis de que los pacientes pueden experimentar diferencias más marcadas en la percepción del impacto de la salud bucodental en el área de la incapacidad social, además de la oportunidad de preguntarse por qué las personas, entre las edades de 45 a 54 años, mostraron un valor más elevado en esta investigación.

Bibliografía

Agudelo, A. y Martínez, E. (Enero, 2009). La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, 8 (16): 91-105.

Castrejón-Pérez, R., Borges-Yáñez, S. y Irigoyen-Camacho, M. (2010). Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. (Spanish). *Pan American Journal Of Public Health*, 27(5), 321-329.

Organización Mundial de la Salud. (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 1948. Nueva York: Estados Unidos.

Organización Mundial de la Salud. (2007). Centro de prensa. Nota informativa, N°318.

Reissmann, D. R., John, M. T. y Schierz, O. (Enero 2011). Influence of administration method on oral health-related quality of life assessment using the Oral Health Impact Profile. *European Journal Of Oral Sciences*, 119(1), 73-78. doi:10.1111/j.1600-0722.2010.00805.

Sáenz, M., Acosta, M., Muiser, J. y Bermúdez, J. (2011). *Sistema de salud de Costa Rica*. Salud Pública de México, 53, 156-167

Slade, G. (1997). *Derivation and validation of a short-form oral health impact profile*. Community Dentistry and Oral Epidemiology (25) 284-290.

Schaefer, R. (2006). *Introducción a la sociología*. Sexta edición. España: Mc Grow-Hill.

Schultz, D., y Schultz, S. (2010). *Teorías de la personalidad*. México: CengageLearning.

Wayne, D. (2005). *Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud*. 4ª.Ed. México: Limusa.