



UNIVERSIDAD FINIS TERRAE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**SALUD ORAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS
MAYORES QUE FINALIZARON SU TRATAMIENTO DE
REHABILITACIÓN PROTÉSICA. CAMPO ODONTOLÓGICO MACUL
2014-2015**

IGNACIO FOIX COSTA
LUIS FELIPE MONTERO LEPORI

Tesis presentada a la Escuela de Odontología de la Universidad Finis Terrae, para
optar al grado de Cirujano Dentista.

Profesor Guía de Tesis: Dra. Elizabeth Tapia Carvajal
Director de Línea de Investigación: Dra. Patricia Moya Rivera

Santiago, Chile

2016

AGRADECIMIENTOS

En el presente trabajo queremos agradecer, en primer lugar, a nuestras familias, ya que sin su apoyo esta experiencia no habría sido posible. Su apoyo tanto moral como económico fue, y ha sido, clave para lograr nuestros objetivos y metas. En segundo lugar, agradecemos a nuestras respectivas parejas, Alejandra Sepúlveda y Natalie Howatson, por su paciencia y comprensión durante este arduo período de trabajo.

En tercer lugar, damos gracias especialmente a nuestra profesora guía Dra. Elizabeth Tapia, pues su dedicación, disposición y entrega en la realización de este estudio fueron primordiales. Como último punto, agradecemos a nuestra selección chilena de fútbol, por brindarnos tantas alegrías y emociones durante estos últimos dos años y por haber logrado el bicampeonato de la Copa América.

Muchas gracias por acompañarnos y guiarnos durante este importante proceso.

ÍNDICE

Introducción.....	1
Marco teórico.....	3
Hipótesis.....	11
Objetivos.....	11
Material y métodos.....	12
Cronograma.....	18
Resultados.....	19
Discusión.....	33
Conclusión.....	37
Bibliografía.....	38
Anexos.....	42

RESUMEN

Introducción: La salud bucal es un elemento importante de la salud general y de la calidad de vida de los individuos. La salud bucal repercute directamente en el sistema estomatognático, el cual cumple funciones como masticación, fonación y deglución. Estos elementos interactúan de forma directa, llegando a cambiar el estado de salud general por ende la calidad de vida se ve afectada.

Objetivo: Conocer la percepción de la calidad de vida en pacientes adultos mayores que recibieron atención odontológica en el CCM de la UFT, durante los años 2014 y 2015.

Metodología: Estudio de tipo transversal con una muestra constituida por 79 individuos que recibieron atención odontológica en el CCM de la UFT, durante los años 2014 y 2015. Se estudió Calidad de Vida mediante encuesta de Valoración Geriátrica GOHAI, el cual mide tres dimensiones: función física, psicosocial y dolor e incomodidad, asociada a sexo, edad y localización de la prótesis. Previa aplicación de un consentimiento informado. Se determinó la confiabilidad para cada una de las dimensiones mediante el Alpha de Cronbach, se determinó el promedio y desviación estándar para cada una de las dimensiones en cada una de las categorías.

Resultados: Del total de la muestra estudiada 61% de las personas encuestadas eran mujeres. La edad media de la muestra fue de 71,4 años. La totalidad de los participantes utilizaban prótesis dentales. En relación a la percepción de la calidad de vida la media fue de 50.4 puntos en la encuesta GOHAI. Un 34.2% de los encuestados reportó mala calidad de vida, puntaje menor a 50, un 36.7% reporta una calidad de vida regular y un 29.1% reportó buena calidad de vida, puntaje 57-60 GOHAI. Siendo la media para hombres de 52 puntos y para mujeres de 49.3 puntos. Además, se analiza para cada dimensión según sexo, edad y uso de prótesis.

Conclusión: No existe una diferencia significativa en las variables definidas y estudiadas para expresar una buena calidad de vida. La dimensión dolor e

incomodidad reporta resultados que no son correlativos. Se sugiere un mayor número de participantes.

INTRODUCCIÓN

Según proyecciones de la OMS, la población global está aumentando a una tasa anual de 1,7%, mientras que la población mayor de 65 años a una de 2.5%. Dichas cifras presentan variaciones significativas hacia el año 2050, principalmente en el grupo de mayores de 80 años, ya que, si bien en la actualidad abarca el 11% de la población de mayores de 60 años en el mundo, para el 2050, la ONU estima que abarca cerca del 60% (1).

En Chile, los adultos mayores (AM) alcanzan al 13% de la población (2) y al igual que la de muchos países en vías de desarrollo, tiende a envejecer, lo cual lleva a un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y bucales. La evidencia dice que existe una relación entre la salud bucal y la salud general, principalmente como resultado de factores de riesgo comunes entre condiciones bucales y enfermedades crónicas no transmisibles (3). Por lo tanto, una salud bucal deficiente en AM generalmente está acompañada de una mala salud general, repercutiendo en la calidad de vida (4).

Los AM son el grupo etáreo que presenta mayor morbilidad bucal, ya que a lo largo de su vida no han recibido suficientes medidas de prevención y/o tratamientos adecuados y oportunos para recuperar su salud bucal o simplemente debido al acumulo de patologías y desgaste fisiológico (5). La pérdida de piezas dentarias afecta las dimensiones físicas, psíquicas y sociales de la calidad de vida de los individuos, y la OMS define salud como:” El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente a la ausencia de afecciones o enfermedades” (6).

Consideramos que los AM son un grupo a tener en cuenta, debido a la vulnerabilidad de su salud bucal, su disminución en la calidad de vida y el sostenido crecimiento dentro de la población. Este estudio busca cuantificar la

calidad de vida en pacientes que finalizaron su tratamiento rehabilitador protésico en el campo clínico Macul UFT durante los años 2014-2015, mediante la aplicación de la encuesta de Valoración Geriátrica de Salud Oral GOHAI (por sus siglas en inglés), además de observar la relación que exista entre esta calidad percibida y el tipo de tratamiento recibido, lo que debería dar cuenta de un mejoramiento significativo en su calidad de vida con respecto a lo observado en pacientes AM que no han recibido dicho tratamiento.

MARCO TEÓRICO

El presente trabajo analiza la salud oral y la calidad de vida de adultos mayores luego de finalizar su tratamiento protésico en la Unidad Docente Asistencial Odontogeriatría del campo clínico Macul de la UFT. Para ello, es preciso aclarar algunos conceptos. En primer lugar, el término “calidad de vida” (CV), que ha comenzado a utilizarse cada vez más en el campo de la salud como medida de evaluación del bienestar, hace referencia a la valoración de todos los aspectos de la vida, incluyendo, por ejemplo, el lugar donde vivimos, el modo en que nos comportamos, la satisfacción laboral, etcétera (7).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), “calidad de vida” se entiende como la percepción del individuo sobre su situación y posición dentro de un contexto sociocultural determinado y un sistema de valores específico, en el que tanto sus metas y expectativas como preocupaciones, normas y reglas de conducta adquieren especial importancia (según OMS año 2005). Por lo tanto, es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno (8).

La investigación de la calidad de vida implica un enfoque multifactorial que también se ve reflejado en el campo odontológico. Dicho concepto, relacionado con la salud oral, que se ha acuñado en los últimos años, requiere considerar para su evaluación no sólo factores tales como el malestar, el dolor o las alteraciones de la función, sino que también debe incluir aspectos emocionales y funciones sociales asociadas a la salud oral (9).

La relación entre salud y calidad de vida es de larga data en los servicios de investigación en salud, presupuestos en salud y epidemiología, esta tiene numerosos usos como ser indicador de necesidad de servicios, una guía para establecer prioridades, un indicador de eficacia de la intervención, una lista de utilidades para la evaluación económica y el resultado de ensayos clínicos (10).

Se ha referido que la salud oral es un elemento importante de la salud general y de la calidad de vida de los individuos, situación que se ve reflejada en el presente estudio, ya que las personas perciben que existe una asociación entre su calidad de vida y su salud oral (11).

Debido al mejoramiento de las condiciones de vida y al aumento de su expectativa en los últimos años, la población adulto mayor (AM) ha incrementado de manera considerable. En Chile, se estima que en el año 2020 será de 3,2 millones de habitantes, esto es, un AM por cada cinco personas (12). Este cambio se evidencia en el censo realizado el 2012, en el que se observa que las personas con más de 60 años conforman el 14% (2.409.312 habitantes) de la población total, en comparación con el año 2002, en el que constituían solo el 11.4% (1.717.478 habitantes) de la población total. Las proyecciones realizadas en el censo del año 2002 indican que para el año 2025, los AM podrían llegar a ser el 18% de la población (12).

Al comenzar este milenio una perspectiva histórica se hace necesaria para conocer mejor el futuro del hombre y sus conquistas en busca de una mayor longevidad. La Geriátrica pretende, cada vez más, aumentar la esperanza de vida del hombre al mantenerlo con relativa salud y con más alegría de vivir, si se comprende que la fase final de la vida debe ser enfrentada como una etapa que también tiene sus encantos y permite una existencia feliz y recompensante. (13)

En atención a dichas proyecciones, consideramos que la salud dental posee una importancia fundamental, ya que, si ésta es deficiente, no solo disminuye el interés del adulto mayor por alimentarse, sino que además genera y/o aumenta la atrofia muscular propia de la edad. Esta última, al dificultar la masticación, conduce al adulto mayor a seleccionar sus alimentos de modo adverso para su salud, generando, por lo tanto, una masticación inadecuada y una dieta baja en fibras. De esa manera, el anciano desdentado predispone la constipación, obstrucción intestinal aguda, irritación intestinal crónica y otros trastornos digestivos (14).

El envejecimiento es un proceso cambiante de modificaciones morfológicas, funcionales, psicológicas y bioquímicas que se inicia al momento del nacimiento y no se detiene hasta que fallecemos. Envejecer no es lo mismo que enfermarse. En el camino hacia el envejecimiento se van produciendo cambios en los órganos y sistemas, aumenta el riesgo de adquirir enfermedades e incapacidades, y con ello, la necesidad de trazar metas para mejorar la salud del adulto mayor (15).

El envejecimiento es una de las pocas características que nos unifica y define a todos los seres humanos. Es considerado un fenómeno universal, un proceso dinámico, irreversible, inevitable y progresivo, que involucra un cierto número de cambios fisiológicos, en su mayoría simplemente una declinación en la función del organismo como un todo, considerándose por algunos autores "un error del código genético" (15,16).

En todos los órganos y sistemas del cuerpo humano se observan signos de envejecimiento, pero no en todos se presentan al mismo tiempo. Los cambios morfológicos y funcionales que tienen lugar en la cavidad bucal con la edad forman parte del envejecimiento general del organismo, conociéndose que un número importante de ancianos presenta enfermedades en los tejidos de sostén y en el aparato estomatognático en general (15).

Según el investigador Ortega Velazco, los primeros signos de envejecimiento del aparato digestivo se observan en la cavidad bucal. Es importante indicar que algunos cambios bucales que ocurren en la edad son naturales, como cierto grado de oscurecimiento y desgaste de los dientes. En cambio, otros son resultado de la acción de enfermedades (periodontales), de medicamentos (xerostomía) y efectos de factores socioculturales y económicos. En este sentido, los cambios bucales relacionados con la edad pueden tener 2 orígenes: como expresión del envejecimiento propiamente tal o como consecuencia de factores internos fisiológicos que no provocan enfermedad, pero inducen a cambios bioquímicos funcionales y estructurales (15).

Algunos de los más complejos y sofisticados de los movimientos humanos son realizados en la esfera oral. Los labios y la lengua realizan movimientos muy específicos que son modulados por un mecanismo de control neuromuscular. Los músculos de la piel y los masticatorios pierden el 20% de su eficacia al pasar de los 30 a los 65 años. La musculatura facial pierde elasticidad y resistencia debido a la deshidratación y a un aumento del tejido fibroso. La debilidad muscular es un aspecto reconocido en el envejecimiento fisiológico. El tejido muscular se atrofia lentamente, y dicha involución se manifiesta por una fragilidad en aumento, por la dificultad progresiva para la ejecución del menor esfuerzo y con un descenso de la capacidad del trabajo muscular (15).

Se describen varios cambios como una prolongación del tiempo de contracción y la pérdida isométrica y dinámica de la tensión muscular. Estudios realizados han demostrado la pérdida de algunos elementos contráctiles y su desplazamiento por el tejido adiposo, resultando en una menor fuerza masticatoria en los adultos mayores. Quizás el cambio motor oral más frecuentemente reflejado en el anciano es el relacionado con la masticación. Los ancianos completamente desdentados tienen menor habilidad para adecuar los alimentos para su deglución

en comparación con individuos más jóvenes, ya que tienden a dejar los alimentos triturados distribuidos en partículas de mayor tamaño (15).

Entre los cambios significativos a nivel oral podemos ver afectada la deglución, el habla, musculatura lingual, epitelio lingual, función salival, dientes, mucosa bucal, labios, hueso alveolar, los cuales serán explicados brevemente a continuación.

A.- Deglución: aumenta la duración en el tiempo de deglución de los alimentos y realización de movimientos innecesarios e inusuales (15, 17).

B.- Fonación: es la función motora mejor conservada, se afecta casi imperceptiblemente, pero la xerostomía puede dificultar el pronunciamiento de palabras (15, 17).

C.- Lengua: hay una reducción del epitelio, atrofia de papilas, en su mayoría filiformes y minoría de caliciformes, varices en la superficie ventral, hipertrofia de este si hay ausencia de piezas dentales, presencia de fisuras es un acontecimiento frecuente, pudiendo estar relacionada con estados carenciales y enfermedades sistémicas (18).

D.- Función salival: en las mujeres se nota más el cambio de la reducción salival después de la menopausia. La disminución del flujo afecta fonéticamente y dificulta la deglución de grandes porciones de alimentos. Puede ser producto del envejecimiento o por medicamentos (antihipertensivos, anticolinérgicos, antiparkinsonianos, psicotrópicos y sedantes). También existen cambios morfológicos glandulares, cuyo tejido es reemplazado por tejido adiposo y conectivo. Por lo tanto, la disminución del flujo puede verse afectados por

diferentes motivos y es necesario indagar para diagnosticar la causa de la hipofunción salival.

E.- Los dientes: se ven afectados en el tamaño, posición, forma y color debido a modificaciones propias de los tejidos dentarios (por aumento o disminución de sustancias inorgánicas y orgánicas, esclerosamiento, neo formación tisular, etc.) y por acción del medio bucal (atrición, erosión, caries, pérdida de dientes, enfermedad periodontal y otros). El desgaste o pérdida dentaria afectará la dimensión vertical (19).

F.- El periodonto: puede reaccionar al proceso de envejecimiento de 2 formas: si existe poca higiene bucal el acúmulo de placas dentobacterianas provoca gingivitis y con el tiempo, en los pacientes susceptibles, retracción gingival a nivel de cuello del diente, descubriendo el cemento, y, por lo tanto, disminuye la resistencia a las caries (19). En las encías ocurre la pérdida del punteado, aspecto fibroso, delgadez o falta de la capa queratinizada (19).

G.- En la mucosa bucal: existe atrofia de epitelio, disminución de la queratinización, disminución de la cantidad de células en tejido conectivo, aumento de sustancias intercelular y descenso del consumo de oxígeno. Asimismo, la falta de elasticidad, junto con la resequedad y la atrofia, tienden a causar la hiperqueratosis. Experimenta cambios relacionados con factores locales adquiridos a lo largo de la vida como la dieta, el hábito de fumar, el alcoholismo y la prótesis, volviéndose más delgada, lisa y seca, tornándose permeable a sustancias nocivas y más propensas a daños mecánicos (15, 19, 20).

H.- En los labios: es muy común observar queilitis angular, relacionada por deficiencias de vitaminas del complejo B y pérdida de la dimensión vertical.

I.- En el hueso alveolar: presenta remodelación constante en relación a las fuerzas oclusales. Al reducirse las fuerzas oclusales, el hueso alveolar es reabsorbido, disminuyendo su altura y el grosor de las trabéculas. También es posible encontrar un adelgazamiento de la cortical con incremento de la porosidad, produciéndose esclerosis ósea, consecuencia de una mayor mineralización de la estructura ósea, lo cual incrementa la dureza y disminuye la elasticidad, aumentando la probabilidad de fractura. Esto explica el relativo aumento de la densidad radiográfica en los pacientes de edad avanzada (15, 18, 21, 22).

Otra de las enfermedades que afectan la calidad de vida de las personas es la presencia de caries (principalmente caries radicular): los restos radiculares con focos infecciosos, la enfermedad periodontal manifestada en gingivitis y periodontitis, la xerostomía, la polimedicación y sus efectos secundarios, las lesiones orales de tipo viral, además de otras lesiones que se encuentran clasificadas en el grupo de las lesiones precancerosas (16).

Es importante recordar que cada persona es un individuo con sus propias circunstancias particulares, razón por la que los cambios bucales descritos pueden estar presentes o no durante el envejecimiento, lo que depende de diversos factores genéticos: hereditarios y orgánicos y ambientales, nutricionales, económicos y sociales (17).

Las enfermedades orales intervienen en la calidad de vida, mermando aspectos del diario vivir, como lo son: función masticatoria y fonoarticular, apariencia física, relaciones interpersonales e incluso oportunidades de trabajo (23).

Uno de los primeros instrumentos desarrollados para evaluar la salud oral, fue el GOHAI. Este instrumento permite evaluar la autopercepción de salud oral,

así como el impacto de las enfermedades bucales y de los problemas psicosociales asociados a este tema (24).

La importancia del índice GOHAI radica en que es fácilmente aplicable y permite evaluar la autopercepción de salud oral, así como el impacto de las enfermedades bucales y de los problemas psicosociales asociados a este campo. Asimismo, puede ser aplicado a ensayos clínicos, al análisis costo-utilidad de los tratamientos y a las auditorías de servicios de salud (24).

El fundamento principal para el desarrollo del GOHAI, se basa en que la salud oral se define como “la ausencia de dolor e infección compatible con una dentición funcional y cómoda que permita al individuo continuar en su rol social” (25). Este instrumento consiste en una encuesta de 12 preguntas acotadas que debe ser contestada de forma íntegra.

Los problemas a evaluar se dividen en 3 dimensiones: 1.- *Función Física* que influye al comer, hablar y deglutir; 2.- *Función Psicosocial* incluyendo preocupación por su salud oral, insatisfacción con la apariencia, autoconciencia acerca de la salud oral y dificultad en el contacto social debido a problemas orales; 3.- *Dolor e incomodidad* incluyendo el uso de medicamentos para aliviar el dolor en la cavidad oral. Los sujetos responden si tienen algunos de los problemas en los 3 últimos meses, codificado como, 0 = nunca, 1= rara vez, 2 = a veces, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo y 5 = siempre. Se calcula una suma simple de las respuestas de cada sujeto, dando un rango de 0 a 60, el valor más alto indica la mejor autopercepción de la salud oral. Cabe señalar que este índice no reemplaza el examen clínico ni el diagnóstico específico de las patologías orales, sin embargo, permite entregar una aproximación del estado de la salud oral (24).

HIPÓTESIS

Los Adultos Mayores que reciben un tratamiento odontológico rehabilitador protésico reportan una buena calidad de vida.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Conocer la percepción de la calidad de vida en pacientes adultos mayores que recibieron atención odontológica en el campo clínico Macul de la UFT, durante los años 2014 y 2015.

Objetivos específicos:

- 1.- Conocer la percepción de calidad de vida en relación a la salud oral según género y grupo etario.
- 2.- Relacionar la percepción de calidad de vida de los pacientes rehabilitados protésicamente y su tipo de rehabilitación (solo superior, solo inferior o ambas).
- 3.- Relacionar la calidad de vida con el tipo de rehabilitación y el género en pacientes rehabilitados en el campo clínico Macul durante los años 2014-2015.

Las medidas de calidad de vida relacionadas con la salud ofrecen al clínico nueva información sobre cómo actúan en la práctica ciertos tratamientos.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño

El diseño corresponde a un estudio de tipo transversal.

Universo

La población estudiada corresponde a un total de 133 pacientes que recibieron tratamiento de rehabilitación protésica en el Campo Clínico Macul durante los años 2014-2015 y que fueron tratados en la Unidad Docente Asistencial Odontogeriatría por las especialistas Doctoras Elizabeth Tapia Carvajal y Miriam Rosas.

Tamaño de la Muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se estimó un 95% de confiabilidad con un error del 5% y se corrigió a muestra de población finita Cochran 1977. La muestra está constituida por 79 individuos adultos mayores de 60 años de edad, autovalentes, hombres y mujeres desdentados parciales o totales (26). Esta muestra se obtuvo conforme a los criterios de inclusión, explicados más adelante, en el periodo definidos para la aplicación de la encuesta. Así se obtuvo 79 de los 133 que se citaron a control.

Todos los pacientes incluidos en la muestra son adultos mayores que recibieron tratamiento rehabilitador protésico por parte de la Unidad Docente Asistencial Odontogeriatría en el campo clínico Macul durante los años 2014-2015.

Criterios de Elegibilidad

Criterios de inclusión: la encuesta será aplicada a los adultos mayores de 60 años, autovalentes, con capacidad física y/o mental para responder el cuestionario auto administrado, que hayan finalizado el tratamiento rehabilitador protésico definitivo en la Unidad Docente Asistencial de Odontogeriatría dentro de los años señalados y que aceptaron contestar la encuesta, previa firma de consentimiento informado.

Criterios de exclusión: no serán considerados dentro del estudio los Adultos Mayores que: se rehúsan a participar voluntariamente, poseen trastornos cognitivos o físicos que les impiden responder la encuesta y, por último, aquellos que no se encuentren presentes el día en que ésta se lleve a cabo.

Variables

Variables dependientes

1. Percepción de calidad de vida

Definición Conceptual: La percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses (OMS). (27)

Definición Operacional: Nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida. (27)

Variables Independientes

1. Uso de Prótesis Removible

Definición Conceptual: Uso de aparato protésico removible que reemplaza artificialmente dientes en un paciente edéntulo parcial o total de una o ambas arcadas.

Definición Operacional: Paciente que usa o no usa prótesis removible.

2. Ubicación de Prótesis Removible en boca

Definición Conceptual: Paciente portador de aparato protésico en uno o ambos maxilares.

Definición Operacional: Ubicación del aparato protésico en boca; maxilar inferior, superior o ambos.

3. Sexo

4. Edad

Variables	Definición	Dimensión	Indicador
Calidad de Vida	Percepción que el individuo tiene del grado de disfrute de su vida.	- Función Física - Función Psicosocial. - Dolor e incomodidad	Buena: 57 a 60 = 1 Regular: 51 a 56 = 2 Mala: menor a 50 = 0
Uso de Prótesis Removible	Paciente portador de un aparato removible en su boca.	- No usa - Si usa	No = 0 Si = 1
Ubicación de la prótesis removible en boca	Paciente portador de aparato protésico en uno o ambos maxilares.	- Maxilar Superior - Maxilar inferior. - Ambos maxilares.	Maxilar Superior = 1 Maxilar inferior = 2 Ambos Maxilares = 3
Sexo	Conjunto de seres que tiene uno o varios caracteres comunes.	- Hombre - Mujer	Hombre = 0 Mujer = 1
Edad	Tiempo en años vividos por el individuo.	- Estratificada	60-69=1 70-79=2 80 y más=3

Técnica de Recolección de Datos

Para obtener la información necesaria para medir la calidad de vida se utilizará como instrumento de recolección de datos el índice de Salud Oral Geriátrico, GOHAI por sus siglas en inglés (Geriatric Oral Health Assessment Index). Este tiene la característica de sugerir problemas de salud oral en base a la autopercepción del paciente, con una alta sensibilidad y especificidad para obtener información en relación con síntomas orales, problemas físicos y psicosociales asociados (28).

Como fundamento para el desarrollo del GOHAI la salud oral fue definida como la ausencia de dolor e infección compatible con una dentición funcional y cómoda que permita al individuo continuar en su rol social (24).

Este instrumento consiste en un cuestionario compacto de solo 12 preguntas (Anexo I). Para evaluar los problemas relacionados con la salud bucal se propusieron tres dimensiones: 1) función física que influye en comer, hablar, deglutir; 2) función psicosocial incluyendo preocupación por su salud oral, insatisfacción con la apariencia, autoconciencia acerca de la salud oral y dificultad en el contacto social debido a problemas orales; 3) dolor e incomodidad incluyendo el uso de medicamentos para aliviar el dolor en la cavidad oral (24). El formato de respuesta es de tipo Likert, los sujetos responden si ellos han experimentado alguno de los doce problemas en los últimos tres meses, codificando como, 0 = nunca, 1 = rara vez, 2 = a veces, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo, 5 = siempre. Se calcula una sumatoria simple de las respuestas para cada sujeto, dando un rango entre 0 y 60, el valor más alto indica la mejor autopercepción de la salud oral (10), la cual fue catalogada como, “Buena” (57 a 60 puntos), “Regular” (51 a 56 puntos) y “Mala” (53 puntos o menos), indicando problemas en la salud oral (31).

Los ítems 3, 5 y 7 tienen una valoración inversa al resto de los ítems: siempre=5; frecuentemente=4; algunas veces=3; rara vez=2; nunca=1; conversión que se realiza al momento del análisis. (14)

Las preguntas (1, 2, 3 y 4 de este cuestionario) corresponden a la dimensión Física/Funcional, con respecto a dimensión Psicosocial/Psicológica las preguntas que exploran esta dimensión son la 6, 7, 9,10 y 11. Finalmente, con respecto a la dimensión Dolor/Incomodidad las preguntas que la evalúan, son la 8, y 12 (14).

Para poder realizar la investigación y lograr obtener la información necesaria, se solicitó autorización por medio de carta formal de solicitud de datos estadísticos con lo que se pudo definir el universo y la muestra. Los pacientes serán citados a su control protésico de rutina, donde se les consultará si desean participar en el presente estudio con previa firma de consentimiento informado. La fase de recolección de datos será realizada por Ignacio Foix Costa y Luis Felipe Montero Lepori en el campo clínico Macul UFT en la misma instancia. Posteriormente, los datos obtenidos serán tabulados en una planilla Excel para ser analizados.

Aspecto ético

Para preservar los aspectos éticos del estudio, se utilizó el consentimiento informado en donde se explican los objetivos del estudio, asegurando la confidencialidad de los datos entregados por los pacientes. Esta investigación fue enviada al comité de bioética de la UFT para su aprobación previa a la realización del estudio.

Plan estadístico

Los datos que serán obtenidos con las encuestas realizadas serán registrados en una planilla Excel confeccionada para el estudio que comprende todas las variables a estudiar. Se realizará un análisis de tipo descriptivo de los datos obtenidos con las encuestas, calculando la media, proporciones y desviación estándar.

Para relacionar los resultados de calidad de vida obtenidos con el uso de prótesis removible primero se verificó la normalidad de los datos mediante el test de Shapiro-Wilk para posteriormente elegir una prueba paramétrica (T-Student), con el fin de observar diferencias en la percepción positiva y negativa de la calidad de vida según sexo, edad y uso de prótesis removible.

CRONOGRAMA

Actividad	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero
Presentación del protocolo de investigación					
Construcción del marco teórico					
Aplicación de la encuesta					
Análisis e interpretación de resultados					
Tabulación y resultados					
Presentación y entrega de proyecto de tesis					

RESULTADOS

1.- Características de la muestra estudiada.

La muestra del estudio corresponde a 79 adultos mayores (60 años de edad) que ingresaron a rehabilitación protésica en el Campo Clínico Macul perteneciente a la Universidad Finis Terrae durante los años 2014 a 2015, donde el 61% corresponden a mujeres y un 39% a hombres. La edad media de la muestra fue de 71,42 años entre rangos de 60 a 92 años. La mayor proporción se concentró en el grupo de 70 a 79 años (49,4%).

De la población estudiada, el 100% utiliza prótesis removible en alguna de sus arcadas, siendo mayor la proporción de individuos con prótesis en ambas arcadas (64,6%) y menor los que dicen usar sólo en la arcada inferior (5,1%)

Tabla Nº1.- Características de la muestra estudiada.

Variables	Dimensiones	Porcentaje (%)
Sexo	Masculino	39
	Femenino	61
Grupo de Edad	60 a 69 años	35,4
	70 a 79 años	49,4
	80 y más	15,2
Uso de Prótesis	No usa	0
	Usa	100
Ubicación en la arcada	Maxilar superior	30,3
	Maxilar inferior	5,1
	Ambos maxilares	64,6

2.- Calidad de vida relacionada con la salud oral.

En la medición de la calidad de vida relacionada con salud oral, se observó que un 34,2% de los adultos mayores encuestados manifiestan percibir una mala calidad de vida (puntaje inferior a 50 puntos), un 36,7% percibe una calidad de vida regular (puntaje entre 51 y 56 puntos), y un 29.1% una calidad de vida buena (puntaje 57 a 60 puntos). El valor de la media del índice GOHAI fue de 50.4, siendo 49.3 (D.E. 9,6) para mujeres y 52 (D.E. 9,3) para hombres.

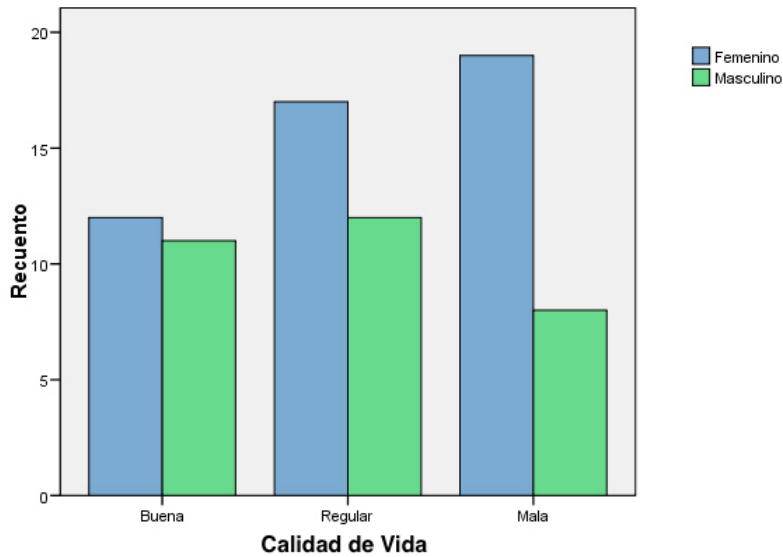
Tabla N°2.- Distribución porcentual de la percepción de la calidad de vida en la muestra.

Variable	Indicador	Total
Calidad de Vida	Buena	23 (29,1%)
	Regular	29 (36,7%)
	Mala	27 (34,2%)

Tabla N°3.- Media de la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral en la muestra estudiada, según sexo, grupo de edad y ubicación de prótesis en las arcadas.

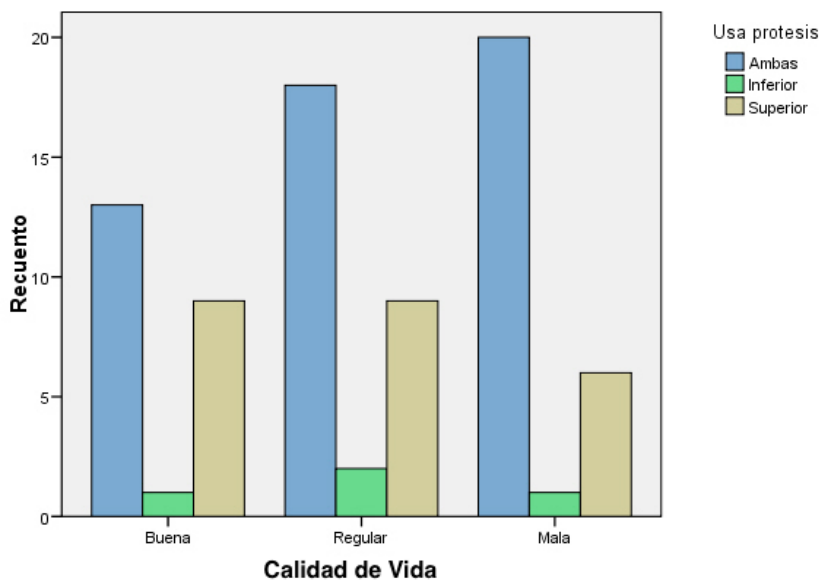
Variable	Dimensión	Valor	D.E.
GOHAI según sexo	Masculino	52	9,3
	Femenino	49,3	9,6
GOHAI por grupo de edad.	60 a 69 años	49,8	8,7
	70 a 79 años	50,4	11
	80 años y más	51,8	6,4
GOHAI según ubicación de prótesis en las arcadas	Maxilar Superior	52.4	7,9
	Maxilar Inferior	53	5,6
	Ambos maxilares	49.2	10,4

Gráfico N°1.- Percepción de Calidad de Vida según Sexo.



Se observa que proporcionalmente las mujeres reportan una peor calidad de vida respecto a los hombres.

Gráfico N°2.- Percepción de Calidad de Vida según ubicación de prótesis en las arcadas.



El análisis general de la encuesta muestra una tendencia de empeoramiento de la calidad de vida con el uso de ambas prótesis en boca. Al observar que existe una proporción de personas reportando mala calidad de vida

usando ambas prótesis, en comparación a tratamientos con solo inferior o solo superior que se mantienen estables.

Tabla N°4.- Media de la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral en la muestra estudiada, según sexo y tipo de rehabilitación. Participantes hombres no reportaron uso exclusivo de prótesis inferior.

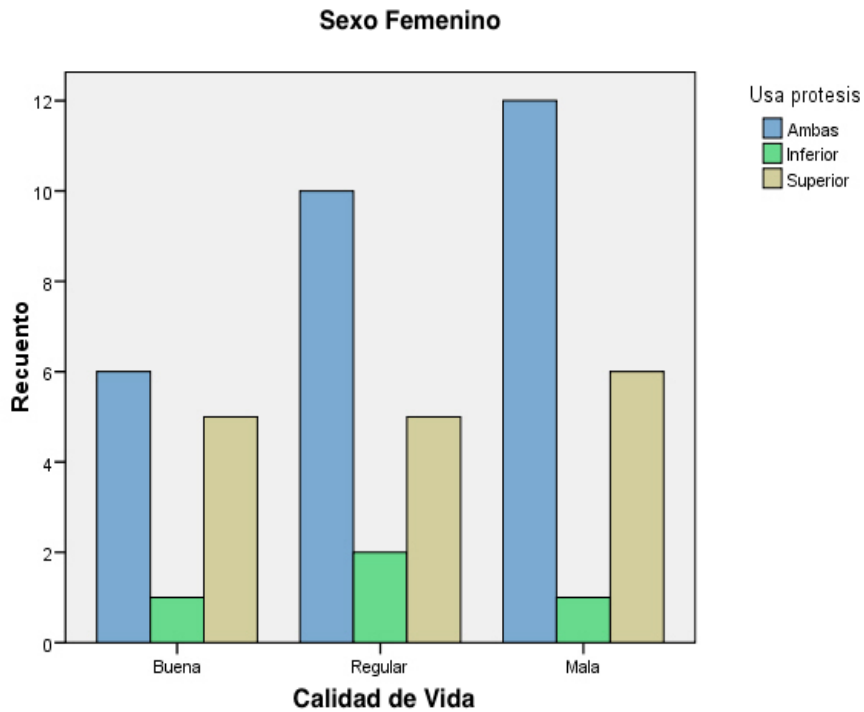
Género	Dimensión	Valor	D.E.
Masculino	Maxilar superior	56,3	3,5
	Ambos Maxilares	50,5	10,2
Femenino	Maxilar Superior	50,5	8,8
	Maxilar Inferior	53	5,6
	Ambos maxilares	48,2	10,5

Tabla N°5.- Percepción de Calidad de Vida según sexo y ubicación de prótesis en las arcadas.

			Usa prótesis			
			Ambas	Inferior	Superior	
Femenino	Buena	Recuento	6	1	5	
		% del total	12,5%	2,1%	10,4%	
	Regular	Recuento	10	2	5	
		% del total	20,8%	4,2%	10,4%	
	Mala	Recuento	12	1	6	
		% del total	25,0%	2,1%	12,5%	
	Total	Recuento	28	4	16	
		% del total	58,3%	8,3%	33,3%	
		Buena	Recuento	7		4
			% del total	22,6%		12,9%
Regular		Recuento	8		4	

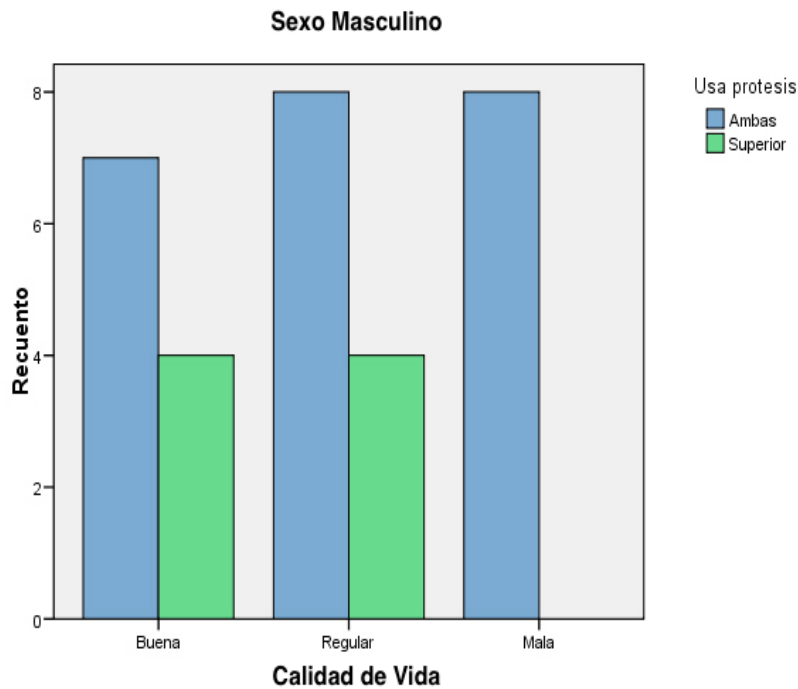
Masculino		% del total	25,8%		12,9%
	Mala	Recuento	8		0
		% del total	25,8%		,0%
	Total	Recuento	23		8
		% del total	74,2%		25,8%

Gráfico N°3.- Percepción de calidad de vida del sexo Femenino según ubicación de las prótesis en las arcadas.



No existe diferencia en la percepción de calidad de vida en relación a sexo, sin embargo, se repite condicional número de prótesis presentes en boca.

Gráfico N°4.- Percepción de calidad de vida del sexo Masculino según ubicación de las prótesis en las arcadas.



Se puede observar que en los hombres la percepción de calidad de vida es buena, cuando sólo se utiliza la Prótesis Superior, alterando la percepción cuando se utilizan ambas prótesis.

3.- Evaluación de función Física, Psicosocial, Dolor e Incomodidad.

3.1.- Función Física

La dimensión física/funcional es evaluada en las preguntas 1, 2, 3 y 4 del instrumento, donde se obtuvo una media de 3,88 (D.E. 1,36). En las preguntas 3 y 4 se observa la media más alta.

En relación a las preguntas de esta dimensión, se destaca un 14% de los encuestados siempre presentan limitaciones en el tipo o cantidad de alimentos que ingieren debido a problemas con sus dientes o prótesis. El 27% siente

incomodidad al cortar o masticar algunos alimentos, tales como la carne o las manzanas. Un 84% reporta que siempre es capaz de tragar sin dificultades y solo el 5% refiere que sus dientes o sus prótesis dentales no le permiten hablar del modo que quisiera hacerlo.

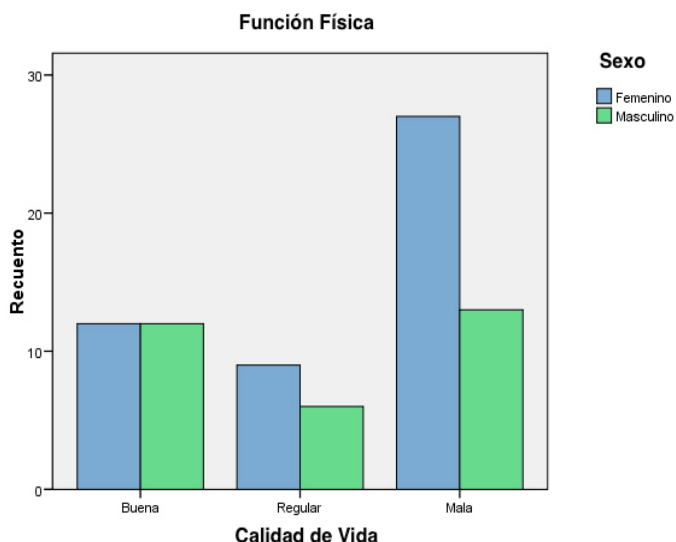
Tabla N°6.- Dimensión Función Física de la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral en la muestra estudiada.

Preguntas Función Física	Media	D.E.	Porcentaje
1.- ¿Limita el tipo o la cantidad de alimentos que come debido a problemas con sus dientes o prótesis?	3,59	1,54	14% siempre
2.- ¿Se siente incómodo al cortar o masticar algunos tipos de alimentos, tales como la carne o las manzanas?	3,03	1,56	27% siempre
3.- ¿Es capaz de tragar sin dificultades?	4,54	1,15	84% siempre
4.- ¿Sus dientes o prótesis dentales no le permiten hablar del modo que quisiera hacerlo?	4,34	1,19	5% siempre
Dimensión Función Física.	3,88	1,36	

Tabla N°7.- Percepción de Calidad de Vida relacionada con Función Física y Sexo.

		Sexo			Total
			F	M	
Función Física	Buena	Recuento	12	12	24
		% del total	15,2%	15,2%	30,4%
	Regular	Recuento	9	6	15
		% del total	11,4%	7,6%	19,0%
	Mala	Recuento	27	13	40
		% del total	34,2%	16,5%	50,6%
	Total	Recuento	48	31	79
		% del total	60,8%	39,2%	100,0

Gráfico N°5.- Percepción de Calidad de Vida relacionada con Función Física y Sexo.

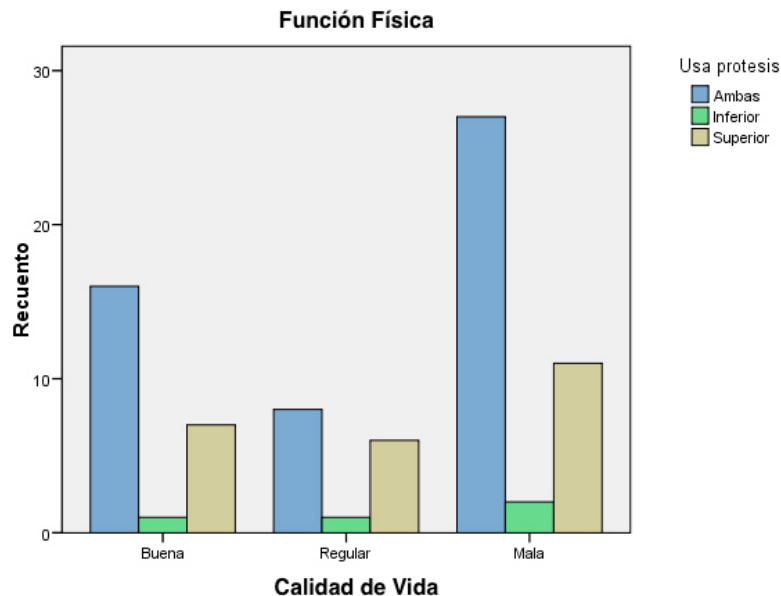


Al resultado obtenido de la encuesta, se concluye que los que refieren Buena Calidad de Vida no presentan diferencias significativas entre hombres y mujeres, sin embargo, al observar a los que registran mala calidad de vida se observa que son más las mujeres (24.1%) que los hombres (10.1%).

Tabla N°8.- Percepción de calidad de vida según Función Física y ubicación de las prótesis en las arcadas.

		Usa prótesis				Total
		Ambas	Inferior	Superior		
Función Física	Buena	Recuento	16	1	7	24
		% del total	20,3%	1,3%	8,9%	30,4%
	Regular	Recuento	8	1	6	15
		% del total	10,1%	1,3%	7,6%	19,0%
	Mala	Recuento	27	2	11	40
		% del total	34,2%	2,5%	13,9%	50,6%
Total		Recuento	51	4	24	79
		% del total	64,6%	5,1%	30,4%	100,0%

Gráfico N°6.- Percepción de Calidad de vida según Función Física y ubicación de las prótesis en las arcadas.



Se observa que la capacidad física de la cavidad bucal reporta menor capacidad funcional, cuando existe presencia de ambas prótesis, mejorando su percepción cuando solo se utiliza un aditamento protésico.

3.2.- Función Psicosocial.

La dimensión psicosocial/psicológica es evaluada por las preguntas 6, 7, 9, 10 y 11 de este instrumento obteniendo una media de 4.34 (D.E. 1.24). En las preguntas 6 y 7 se observa la media más alta.

Esta dimensión describe que tan solo el 9% de los encuestados siempre limita sus contactos con la gente debido a las condiciones de sus dientes o prótesis dentales. El 77% reporta sentirse conforme o feliz por cómo se ven sus dientes o prótesis dentales. El 9% de los encuestados se siente inquieto o preocupado por cómo se ven sus dientes, encías o prótesis dentales. Un 8% se siente ansioso o nervioso debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales y el 10% de los participantes se siente incómodo al comer frente a otras

personas debido al estado en que se encuentran sus dientes o aparatos protésicos.

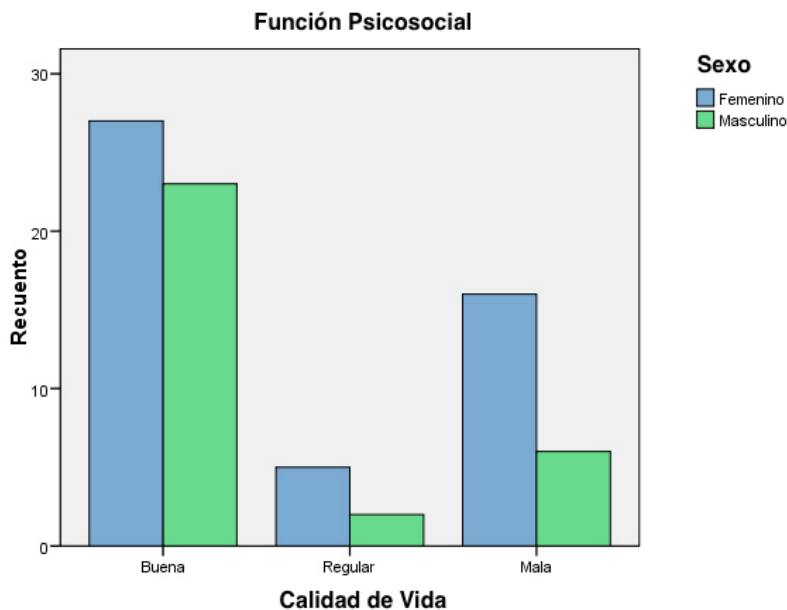
Tabla N°9.- Dimensión Función Psicosocial de la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral en la muestra estudiada.

Preguntas Función Psicosocial	Media	D.E.	Porcentaje
6.- ¿Limita sus contactos con gente debido a las condiciones de sus dientes o prótesis dentales?	4,63	0,98	4% siempre
7.- ¿Se siente conforme o feliz por cómo se ven sus dientes, encías o aparatos protésicos?	4,37	1,29	77% siempre
9.- ¿Se siente inquieto o preocupado por cómo se ven sus dientes, encías o prótesis dentales?	4,34	1,30	9% siempre
10.- ¿Se siente ansioso o nervioso debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	4,22	1,29	8% siempre
11.- ¿Se siente incómodo al comer frente a otras personas debido al estado en que se encuentran sus dientes o aparatos protésicos?	4,15	1,36	10% siempre
Dimensión Función Psicosocial	4,34	1,24	

Tabla N°10.- Percepción de Calidad de Vida relacionada con Función Psicosocial y Sexo.

		Sexo			Total
			Femenino	Masculino	
Función Psicosocial	Buena	Recuento	27	23	50
		% del total	34,2%	29,1%	63,3%
	Regular	Recuento	5	2	7
		% del total	6,3%	2,5%	8,9%
	Mala	Recuento	16	6	22
		% del total	20,3%	7,6%	27,8%
	Total	Recuento	48	31	79
		% del total	60,8%	39,2%	100,0%

Gráfico N°7.- Percepción de Calidad de Vida relacionada con Función Psicosocial y Sexo.

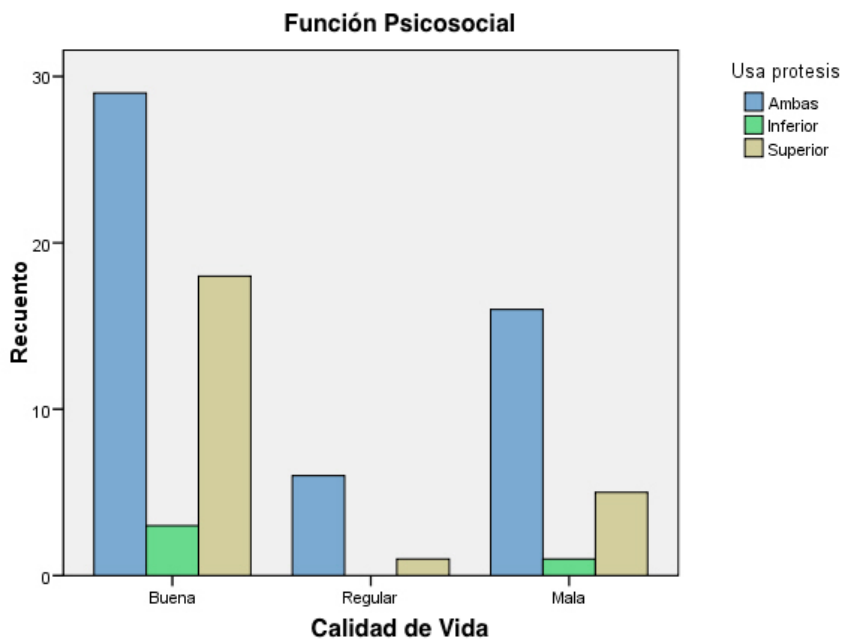


En este gráfico se observa que la función psicosocial reporta una tendencia a una buena calidad de vida. Cabe destacar que esta se ve más afectada proporcionalmente en las mujeres que en los hombres.

Tabla N°11.- Percepción de calidad de vida según Función Psicosocial y ubicación de las prótesis en las arcadas.

		Usa prótesis				
			Ambas	Inferior	Superior	Total
Función Psicosocial	Buena	Recuento	29	3	18	50
		% del total	36,7%	3,8%	22,8%	63,3%
	Regular	Recuento	6	0	1	7
		% del total	7,6%	,0%	1,3%	8,9%
	Mala	Recuento	16	1	5	22
		% del total	20,3%	1,3%	6,3%	27,8%
Total		Recuento	51	4	24	79
		% del total	64,6%	5,1%	30,4%	100,0%

Gráfico N°8.- Percepción de calidad de vida según Función Psicosocial y ubicación de las prótesis en las arcadas.



Cuando se preguntó la calidad de vida asociada a la capacidad Psicosocial de los participantes estos refieren que ésta, es mejor cuando cuentan con ambos

aditamentos protésicos, a diferencia de los observado en la dimensión funcional y física.

3.3.- Función Dolor e Incomodidad

La dimensión dolor/incomodidad es evaluada en las preguntas 5, 8 y 12 de este instrumento obteniendo una media de 4,45 (D.E. 1,03). En la pregunta 8 se observa la media más alta.

En relación a las preguntas de esta dimensión, se puede destacar que un 55% de los encuestados manifiesta que sus dientes o prótesis le permiten comer siempre cualquier alimento sin sentir molestias o dolor. Solo un 3% usa siempre algún medicamento para aliviar dolores o molestias en su boca y un 4% de los encuestados reporta sentir siempre sus dientes o encías sensibles al calor, frío o a lo dulce.

Tabla N°12.- Dimensión dolor e incomodidad de la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral en la muestra estudiada.

Preguntas Función Dolor	Media	D.E.	Porcentaje
5.- ¿Sus dientes o prótesis le permiten comer cualquier alimento sin sentir molestias o dolor?	4,00	1,25	53% siempre
8.- ¿Usa algún medicamento para aliviar dolores o molestias en su boca?	4,82	0,75	3% siempre
12.- ¿Siente sus dientes o encías sensibles al calor, al frío o a lo dulce?	4,38	1,1	4% siempre
Dimensión Función Dolor	4,4	1,03	

Tabla N°13.- Percepción de Calidad de Vida relacionada con Función Dolor e Incomodidad.

		Sexo			
			Femenino	Masculino	
Función Dolor e Incomodidad	Buena	Recuento	22	21	43
		% del total	27,8%	26,6%	54,4%
	Regular	Recuento	14	7	21
		% del total	17,7%	8,9%	26,6%
	Mala	Recuento	12	3	15
		% del total	15,2%	3,8%	19,0%
Total		Recuento	48	31	79
		% del total	60,8%	39,2%	100,0%

Aquí podemos observar que en general se reportan buenos resultados en relación al Dolor e incomodidad del paciente. Las mujeres se ven proporcionalmente más afectadas que los hombres.

DISCUSIÓN

La tendencia al envejecimiento de la población mundial ha deparado un nuevo desafío para los profesionales de la salud. La gente está envejeciendo y aumentando su expectativa de vida y no por eso su calidad de vida ha mejorado.

Se ha demostrado que la mayoría de los adultos mayores tienen problemas de masticación, dolor, dificultades al comer, y problemas en las relaciones sociales a causa de los trastornos bucales y esto influye directamente en la calidad de vida de los individuos.

El uso del GOHAI, como material de apoyo para determinar el nivel de percepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral de pacientes adultos mayores es de vital importancia ya que facilita la determinación y los resultados cuantificables de esta. Además, es el primer instrumento utilizado para evaluar la salud oral desde el punto de vista funcional. Según Atchison y Dolan en 1990, la salud oral fue definida como la ausencia de dolor e infección compatible con una dentición funcional y cómoda que permita al individuo continuar en su rol social (29, 31).

Con respecto a la calidad de vida medida a través del índice GOHAI, en este estudio se observó un 34.2% de pacientes con reportes de mala calidad de vida, siendo el mayor grupo con una calidad de vida moderada, reportando un 36.7% de las personas encuestadas y un 29.1% reporta buena calidad de vida. La media del GOHAI fue de 50.4; las mujeres reportaron un puntaje GOHAI de 49.3 y los hombres de 52.

Investigaciones realizadas por Otero y Toro en el año 2013, en Chile, en un estudio previo al ingreso de los pacientes a rehabilitación, también en el campo clínico odontológico Macul el año 2013-2014 reportaron a un 70% de los pacientes con una mala percepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral,

siendo un 44.51 el valor de la media de GOHAI. Los valores del GOHAI también fueron menores en mujeres (43.42) que en hombres (46.61) (15).

Lo anterior podría ser debido a que los pacientes aún no habían ingresado a rehabilitación, en comparación con nuestra investigación donde los pacientes todos se encontraban de alta odontológica con rehabilitación protésica.

Los resultados de Otero y Toro son similares a los que reporta Moya y cols. quienes en su estudio realizado en Chile (2012) en adultos mayores que asisten a centros de salud pública del área oriente de Santiago de Chile, reportaron una media con misma encuesta GOHAI de 48.15. Según las categorías establecidas para este estudio, un 76,6% de los adultos mayores estudiados percibe como mala su calidad de vida relacionada con la salud oral (29).

Al comparar el presente estudio con el realizado por Moya y Cols. se observa que los resultados son similares al observar la calidad de vida asociado a salud bucal, aun cuando estos ya han recibido su tratamiento protésico (29). Es importante mencionar que nuestro estudio realizó una distribución de los datos de manera distinta siguiendo el criterio de los autores Atchinson KA, A. Dolan (31), definiendo 3 grupos, asignando valores a la calidad de vida como buenos (entre 57-60), regulares (51-56) y malos (<50), a diferencia de Moya y Cols. en donde solo se asignó valor bueno a puntajes mayores a 57 y mala calidad de vida a valores < 57 (31) (29).

Otro estudio realizado en Colombia (2012) por Díaz C y cols. presenta resultados similares, donde un 74,1% manifestó un alto impacto de la salud bucal sobre su calidad de vida. Sólo el 16,6% reportó una percepción baja y 9,7% moderada. En este mismo estudio las dimensiones registradas con mayor impacto fueron el área psicosocial, seguido de la variable dolor e incomodidad y finalmente limitación funcional (25).

En México (2011) Silva Porto Milstein y cols, reportan un 84% de los trabajadores con mala calidad de vida valorada por el índice GOHAI (14).

En este estudio, la función física fue el área más afectada de las 3 áreas a evaluar, con un promedio de preguntas de 3.88 de 5 que es el máximo, siendo la pregunta en relación a la incomodidad al cortar o masticar alimentos tales como manzanas o carne la más afectada (3.03), seguido de la función psicosocial con un promedio de 4.34, con la pregunta más afectada (4.15) en relación a la incomodidad de comer frente a otras personas y finalmente la función de dolor e incomodidad fue la menos afectada de todas, con una media de 4.45 siendo la pregunta más afectada en relación a que si sus prótesis o dientes le permiten comer alimentos sin sentir dolor, con una media de 4.00.

La dimensión dolor e incomodidad nos reporta resultados no correlativos, por lo que se sugiere hacer esta investigación con más participantes, para ver si el número de participantes alteró la correlación.

En Chile (2006) Pennacchiotti V. sus resultados muestran un alto porcentaje de pacientes con mala percepción de su salud oral (75,2%), moderada (15.4%) y buena sólo un 9.4%. En cuanto al índice GOHAI y el uso o no de prótesis dental observado en este estudio, (no usa 47.88 y usa 43.81) Pennacchiotti V. determinó que a medida que la autopercepción de salud oral es mejor, es más frecuente el uso de prótesis permanente (siempre) y cuando existe una mala autopercepción de la salud oral el porcentaje de individuos que no tiene prótesis es mayor (30).

Creemos que hay que estandarizar los valores de la encuesta GOHAI para futuros estudios, ya que existen autores que asignan distintos valores para medir la calidad de vida. Algunos estudios reportan solo buena y mala calidad de vida (29), mientras que otros estudios asignan valores a los puntajes como buena, regular y mala calidad de vida (31). Esto lleva a variaciones significativas en los

resultados finales y hace muy difícil hacer una comparación acertada en los diferentes tipos de investigaciones.

CONCLUSIÓN

Se tiene que entender calidad de vida como una amalgama entre varios factores que conllevan entre sí a la salud física y mental. Esta es la percepción del individuo sobre la posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.

Con este trabajo decidimos investigar cómo se relaciona la calidad de vida y la salud oral. Para ello se utilizó GOHAI, instrumento que mide la percepción de la calidad de vida en relación a la salud oral de forma cuantificable.

No existe una diferencia significativa en las variables definidas y estudiadas para expresar una buena calidad de vida, independientemente de si era de mayor o menor en edad, si usaba prótesis superior, inferior o ambas o si era hombre o mujer.

La dimensión dolor e incomodidad nos reporta resultados que no son correlativos, por lo que se sugiere hacer esta investigación con más participantes, para ver si el número de participantes alteró la correlación.

Se sugiere controlar estos pacientes en el tiempo y realizar sus controles periódicos al año y volver a aplicar la encuesta GOHAI, de manera que pueda ser medible un deterioro de esta calidad de vida con la pérdida de efectividad de los aparatos protésicos y poder hacer una relación entre ambas variables.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Berkey D, Berg R. Geriatric oral health issues in the United States. *Int Dent J.* 2001;51(3 suppl):254-64.
- 2.- Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile; 2003.
- 3.- Petersen PE. The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century-- the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003; 31 (S1): 3-23.
- 4.- Locker D. Self-esteem and socioeconomic disparities in self-perceived oral health. *J public Health Dent.* 2009; 69(1):1-8.
- 5.- Ministerio de Salud. Guía clínica: Salud Oral Integral para el Adulto de 60 años. Serie guías clínicas MINSAL [revista en internet] 2010 [fecha de consulta: 7 de diciembre 2015]; vol. 2: [118, 11] Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7221747c2c9484b7e04001011f0141a4.pdf>
- 6.- World Health Organization Measuring Quality of Life. Programme on Mental Health - WHO, 1997. [fecha de consulta: 7 de diciembre 2015] Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- 7.- Bungay KM, Ware JE. Medición y Control de la calidad de vida relacionada con la salud. New England Medical Center: Upjohn Laboratories; 1998.
- 8.- Botero DMB, Merchá PE. Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Adultos en Adultos Mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud.* 2007 Ene–Dic; (12): 11–24.

- 9.- Locker D, Quiñonez C. To what extent do oral disorders compromise the quality of life? Community Dent. Oral Epidemiol. 2011; 39(1):3-11.
- 10.- Sanders A, Slade GD, Sungwoo L & Reisine S. Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. community dent oral epidemiology. 2009 April; 37 (2): 171-181.
- 11.- Slade GD. Measuring Oral Health and Quality of Life. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology; 1997.
- 12.- INE. Instituto Nacional de estadísticas: Censo 2012. Resultados XVIII Censo De Población 2012. Chile: INE; 2012.
- 13.- Ramos Díaz M, Hidalgo Hidalgo S, Rodríguez Rodríguez M, Lorenzo González G, Díaz Gómez SM. Alteraciones bucales en pacientes geriátricos rehabilitados con prótesis parciales. Revista Archivo Médico de Camagüey [revista en Internet]. 2014 [citado 2016 Mar 8];9(5): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/2939>
- 14.- Silva IM, Tijerina GL, Ramos PE. Calidad de vida y necesidad prótesis Bucal de los trabajadores de la empresa siderúrgica Altos Hornos De México. Rev. Salud pública y nutrición. 2002 Oct-Dic; 12(4):32-38.
- 15.- Sáez Carriera R, Carmona M, Jiménez Quintana Z, Alfaro X. Cambios bucales en el adulto mayor. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 2015 Dic 09]; 44(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400011&lng=es
- 16.- Otero J, Toro C. Calidad de vida relacionada con la salud oral en pacientes que ingresaron a rehabilitación protésica en el campo clínico Macul, año 2013 -

2014. Tesis para optar al título de Cirujano Dentista. Santiago, Chile: Facultad de Odontología de la Universidad Finis Terrae 2014

- 17.- Ortega Velazco D. Envejecimiento oral. En: Bollón Fernández, P, Velazco Ortega D. Odontoloestomatología geriátrica: la atención odontológica integral del paciente de edad avanzada. Madrid: Coordinación Editorial IMC; 1996. pp.159, 164-6
- 18.- Bradhey JA. Radiological investigation into age changes interior dental artery. Brit Oral Surg 1995; 13:82-90.
- 19.- Sharry J. Prótesis de dentadura completa: serie III. Vol 24. La Habana: Científico Técnica, 1990.
- 20.- Havelle CIB, Foster TD. A cross sectional study into ages changes of the human dental arch. Arch Oral Biol 1969; (1):632-48.
- 21.- Winkler S. El paciente geriátrico de prótesis total. En: Bulton Fernández, Velasco Ortega. Odontoestomatología geriátrica: la atención odontológica integral. Madrid: Convención Editorial I. M. 1996. pp. 632-48.
- 22.- Restsch A, Mojan P. The orodental situation of aged patients hospitalized at the Hospital Geriatric of Genova. Schweiz Monastsscir Zahnmed 1995;105(12):1523-8.
- 23.- Gift HC, Redford M. Oral health and the quality of life. Clin Geriatr Med. 8: 673-83, 1992.
- 24.- Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Revista Dental de Chile. 2005; 96(2):28-35.

- 25.- Díaz S, Arrieta K, Ramos K. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. Rev clín med fam. 2012; 5 (1): 9-16.
- 26.- Villarroel L. Métodos Bioestadísticos. Santiago, Chile: Ediciones UC 2013.
- 27.- Urzúa MA, Navarrete M. Calidad de Vida en Adultos Mayores: Análisis factoriales de las Versiones Abreviadas del WHOQoL-Old en población chilena. rev Med chile. 2013; 141: 28-33.
- 28.- Misrachi LC, Ponce EM, Sepúlveda SH. Influencia de la Rehabilitación Protésica en la Salud Oral del Adulto Mayor. Revista Dental de Chile. 2004; 95(3):3-10.
- 29.- Moya P, Chappuzeau E, Caro JC, Monsalves MJ. Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. Rev Estomatol Herediana. 2012 oct-dic; 22(4):197-202.
- 30.- Pennacchiotti G. Factores que influyen en el uso de prótesis removible en Adultos Mayores recién rehabilitados. Trabajo de investigación requisito para optar al título de cirujano dentista. Santiago Chile: Universidad de Chile, 2006.
- 31.- Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. J Dent Educ. 1990 Nov;54(11):680-7.

Anexo 1

Sexo: Masculino ____ Femenino ____ Edad: ____ años

Uso de prótesis dental: Si ____ No ____

Si su respuesta es sí:

Prótesis superior ____ Prótesis inferior ____ Ambas ____

Indice de Salud Oral Geriátrico (GOHAD)

Preguntas	Siempre	A menudo	A veces	Rara vez	Nunca
En los últimos 3 meses...					
1.- ¿Limita el tipo o la cantidad de alimentos que come debido a problemas con sus dientes o prótesis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.- ¿Se siente incómodo al cortar o masticar algunos tipos de alimentos, tales como la carne o las manzanas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.- ¿Es capaz de tragar sin dificultades?	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
4.- ¿Sus dientes o sus prótesis dentales no le permiten hablar del modo que quisiera hacerlo?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5.- ¿Sus dientes o prótesis le permiten comer cualquier alimento sin sentir molestias o dolor?	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
6.- ¿Limita sus contactos con la gente debido a las condiciones de sus dientes o prótesis dentales?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7.- ¿Se siente conforme o feliz por como se ven sus dientes, encías o aparatos protésicos?	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
8.- ¿Usa algún medicamento para aliviar dolores o molestias en su boca?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9.- ¿Se siente inquieto o preocupado por como se ven sus dientes, encías o prótesis dentales?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10.- ¿Se siente ansioso o nervioso debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11.- ¿Se siente incómodo al comer frente a otras personas debido al estado en que se encuentran sus dientes o aparatos protésicos?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12.- ¿Siente sus dientes o encías sensibles al calor, el frío o lo dulce?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Anexo 2

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Estudio: Salud oral y calidad de vida en pacientes que finalizaron tratamiento de rehabilitación protésica. Campo odontológico Macul 2014-2015.

Investigador Responsable: Ignacio Foix Costa (cel.: 99493486 / mail: i.foix89@gmail.com), Luis Felipe Montero Lepori (cel.: 85713759/ mail: luifemont89@gmail.com)

Unidad Académica: Facultad Odontología Universidad Finis Terrae.

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar, -o no- en una investigación, y, si es el caso, para autorizar el uso de muestras humanas o información personal.

Lea cuidadosamente este documento, puede hacer todas las preguntas que necesite al investigador y tomarse el tiempo necesario para decidir.

Usted ha sido invitado/invitada a participar en este estudio porque pertenece a un grupo de Adultos Mayores que recibió tratamiento rehabilitador protésico.

El objetivo de este estudio es conocer la percepción de la calidad de vida en pacientes adultos mayores que recibieron atención odontológica en el campo clínico Macul de la UFT, durante los años 2014 y 2015.

Para llevar a cabo este estudio, es necesario realizar una breve encuesta de 12 preguntas, en la cual usted deberá responder si ha experimentado alguno de los problemas señalados en los últimos 3 meses. Junto a otras 134 personas a las que hemos recurrido para realizar este estudio, solicitamos que nos autorice utilizar la información obtenida en la encuesta.

Las muestras obtenidas serán usadas únicamente para el propósito de esta investigación. Si en el futuro son usadas para propósitos diferentes a los de esta investigación, se le solicitará un nuevo consentimiento.

Usted no se beneficiará por participar en esta investigación de salud. Sin embargo, la información que se obtendrá gracias a su participación será de utilidad para conocer más acerca de los problemas de salud oral en adultos mayores.

Esta investigación no conlleva riesgos para usted y su identidad mantendrá en forma confidencial.

Es posible que los resultados obtenidos sean presentados en revistas y conferencias médicas, sin embargo, su nombre no será conocido.

Luego de haber entendido el propósito de este estudio y para qué se requiere, se debe informar que su participación en esta investigación es completamente voluntaria.

Usted tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento y retirarse de esta investigación en el momento que lo estime conveniente. Al hacerlo, usted no pierde ningún derecho que le asiste como paciente de esta institución y no se verá afectada la calidad de la atención médica que merece.

Si usted retira su consentimiento, por motivos de seguridad puede ser necesario que analicemos sus datos obtenidos hasta ese momento. Esto lo haremos asegurando su confidencialidad.

Si tiene preguntas acerca de esta investigación médica puede contactar o llamar a Ignacio Foix Costa o a Luis Felipe Montero Lepori, investigadores responsables del estudio, a los teléfonos señalados al inicio de este documento.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética Científico de la Universidad Finis Terrae. Si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en una investigación médica, usted puede escribir al correo electrónico: cec@uft.cl del Comité Ético Científico, para que el presidente, Dr. Patricio Ventura-Juncá lo derive a la persona más adecuada.

- Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficio y los derechos que me asisten y que puedo retirar de ella en el momento que lo desee.

- Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado/forzada a hacerlo.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista.
- Se me ha informado que tengo el derecho de reevaluar mi participación en esta investigación según mi parecer y en cualquier momento que lo desee.
- Al momento de la firma se me entrega una copia firmada de este documento.

Firmas:

Nombre del Participante: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre del Investigador: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Director de la Institución o su Delegado: _____

Firma: _____

Fecha: _____