



UNIVERSIDAD FINIS TERRAE  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ORAL EN  
ADULTOS DE 60 AÑOS INGRESADOS POR GES.  
CESFAM VITACURA. AÑOS 2013 - 2014**

OSCAR ASMURÚ SUAZO  
PAULINA GÓMEZ PAVEZ

Tesis presentada a la Facultad de Odontología de la Universidad Finis Terrae,  
para optar al grado de Licenciado en Odontología.

Profesor Guía: Dra. Patricia Moya Rivera

Santiago, Chile  
2015

## ÍNDICE

|  |            |
|--|------------|
| <b>RESUMEN .....</b>   | <b>iii</b> |
| <b>INTRODUCCIÓN .....</b>  | <b>1</b>   |
| <b>1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....</b>  | <b>2</b>   |
| 1.1 Salud oral en la población adulto mayor.....   | 3          |
| 1.2. GES y Atención Integral al adulto de 60:.....   | 4          |
| 1.3. Evaluación del Estado de la Salud Oral.....   | 5          |
| <b>2. DISEÑO TEÓRICO .....</b>   | <b>8</b>   |
| 2.1 Objetivos.....   | 8          |
| 2.1.1 Objetivo general:.....   | 8          |
| 2.1.2 Objetivos específicos: .....   | 8          |
| <b>3. DISEÑO METODOLÓGICO.....</b>   | <b>9</b>   |
| 3.1. Material y Método .....   | 9          |
| 3.1.1 Diseño de investigación : .....  | 9          |
| 3.1.2 Universo:.....   | 9          |
| 3.1.3 Muestra: .....   | 9          |
| 3.2 Recolección de datos: .....  | 12         |
| 3.2.1 Contacto con el centro de salud.....   | 12         |
| 3.2.2 Instrumento de medición:.....  | 12         |
| 3.3 Procedimiento de aplicación del instrumento: .....   | 13         |
| 3.4 Plan estadístico: .....  | 14         |
| 3.5 Cronograma (Carta Gantt).....  | 14         |
| 3.6 Aspectos éticos a considerar.....  | 14         |
| <b>4. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS .....</b>   | <b>15</b>  |
| 4.1 Descripción de la muestra estudiada.....   | 15         |
| 4.2 Calidad de vida relacionada con salud oral .....   | 15         |
| 4.3 Uso y necesidad de prótesis dental.....  | 16         |
| 4.4 Relación entre calidad de vida y sexo, uso y necesidad de rehabilitación<br>protésica..... | 18         |
| <b>DISCUSIÓN .....</b>   | <b>19</b>  |
| <b>CONCLUSIONES .....</b>  | <b>22</b>  |
| <b>RECOMENDACIONES .....</b>   | <b>23</b>  |
| <b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>  | <b>24</b>  |
| <b>ANEXOS.....</b>   | <b>29</b>  |

## RESUMEN

**Introducción:** Mejorar la calidad de vida es uno de los objetivos del Programa de Garantías Explicitas en Salud (GES) “Salud Oral Integral en Adulto 60 Años”. Si bien los cambios demográficos revelan un envejecimiento poblacional, no existe suficiente información sobre como afecta la necesidad de rehabilitación protésica en la calidad de vida de este grupo.

**Objetivo:** Conocer la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos de 60 años ingresados por GES “Atención odontológica integral” en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Vitacura, durante el año 2013-2014.

**Metodología:** Estudio transversal en una muestra de 102 adultos de 60 años ingresados por GES Salud Oral Integral durante los años 2013-2014. Se evaluó la calidad de vida mediante el Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), instrumento validado para medir calidad de vida relacionada con la salud oral. Se fundamenta en que la salud oral fue definida como ausencia de dolor e infección compatible con una dentición funcional y cómoda que permita al individuo continuar en su rol social. Se relacionó la calidad de vida con sexo, uso y necesidad de rehabilitación protésica. El análisis estadístico se realizó en STATA 12.0.

**Resultados:** Un 4,90% de la muestra consideró buena su calidad de vida relacionada con la salud oral. La media del GOHAI fue 38.55 (DS 10,92) sin presentar diferencias estadísticamente significativas por sexo; sin embargo el valor disminuye cuando existe necesidad de rehabilitación protésica ( $p < 0.05$ ). Un 67,65% es portador de prótesis removible y más de la mitad en ambos maxilares. Un 92,16% de la muestra necesita rehabilitación protésica.

**Conclusiones:** Los adultos de 60 años ingresados por GES presentan un importante deterioro de su salud oral concordante con la mala percepción de su calidad de vida.

## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas la población chilena ha experimentado una rápida transición demográfica hacia el envejecimiento, producto del aumento progresivo de la población adulta mayor (2,7% de promedio entre 1992 y 2002) <sup>(1)</sup>. El Censo 2012, indica que los adultos mayores de 60 años representan un 14.5% de la población (2.409.312 habitantes) y el Índice de Envejecimiento según el censo del 2012 es de 67.1 (hay 67.1 personas de 60 años o mas por cada 100 menores de 15 años) <sup>(2)</sup>. Se proyecta que al año 2025 este grupo etáreo constituirá el 18% de la población chilena (3.000.000 habitantes) <sup>(3)</sup>.

El aumento de la esperanza de vida al nacer no significa que la calidad de vida del adulto mayor sea mejor, entendiéndose como calidad de vida a “La combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores como aspiraciones y expectativas personales” <sup>(4)</sup>. El envejecimiento es en si mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital <sup>(5)</sup>.

Estudios demuestran que la salud oral influye directamente en la calidad de vida del adulto mayor <sup>(6)</sup> siendo significativa para el país. Según la Encuesta Nacional de Salud (2003), reportó que menos del 1% de la población de 65 y más años presenta todos sus dientes y que la tercera parte de ellos es desdentado total <sup>(7)</sup>.

Chile, se ve enfrentado a un problema de salud oral frente al adulto mayor, por existir un elevado porcentaje de adultos mayores que evalúa como mala su salud oral, sin embargo después de un tratamiento de rehabilitación protésica reportan mejoría en su percepción <sup>(8)</sup>. El MINSAL ha implementado, desde el año 2000 un programa de atención integral en salud, considerando la atención odontológica para adultos de 60 años beneficiarios del sistema público.

Este objetivo del estudio fue conocer la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos de 60 años ingresados a atención odontológica integral por Garantía Explicita en Salud (GES) durante los años 2013 y 2014.

## 1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Si bien no existe acuerdo acerca de la definición del concepto de calidad de vida relacionada con salud (CVRS), la mayoría de los autores coinciden en que es un concepto subjetivo y multidimensional, por lo tanto, consideran que la salud no implica sólo la ausencia de enfermedad, sino que también se asocia a otros factores <sup>(9)</sup>.

El concepto de calidad de vida se basa en una sensación de bienestar que integra las percepciones subjetivas y personales del “sentirse bien” <sup>(10,11)</sup>. El origen de este concepto se debe remontar al año 1948 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como el completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad <sup>(9,10)</sup>. Sin embargo, pacientes con las mismas condiciones en cuanto al diagnóstico y momento evolutivo, pueden tener percepciones distintas de su estado de salud. A raíz de esto, desde la década de 1980, se presenta la necesidad de definir y estudiar la CVRS.

La definición más útil es la que Shumaker y Naughton propusieron, unificando las previamente existentes, y que conceptualizó la CVRS como: «...la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permite realizar las actividades que le son importantes, y que afectan a su estado general de bienestar”.

Las dimensiones más importantes que incluye esta definición de CVRS son el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal, y el bienestar emocional. Esta definición parte de la percepción que tiene el individuo sobre su estado de salud-enfermedad y es utilizada con frecuencia como sinónimo del concepto de salud auto percibida, que ha demostrado ser útil como predictor de la mortalidad <sup>(9)</sup>.

El estado de salud-enfermedad se concibe a partir de la percepción subjetiva del individuo, que se encuentra inmerso en un sistema de valores, creencias y

costumbres, desde donde se proyectan de forma particular los objetivos, las expectativas y las preocupaciones. El concepto de salud en adultos no sólo considera los aspectos físicos, psicológicos y sociales, sino también la habilidad de realizar actividades apropiadas para su edad <sup>(10)</sup>.

### **1.1 Salud oral en la población adulto mayor**

En general, las investigaciones sobre salud bucal en los adultos mayores chilenos, indican que la salud oral de este grupo etáreo es muy deficiente. Estudios realizados en diversas regiones del país en adultos mayores de nivel socioeconómico bajo, señalan que entre 35% y 50% de este grupo son desdentados totales, siendo el resto, parcialmente desdentados <sup>(12)</sup>. En cuanto a las condiciones periodontales, se ha observado que un 100% de los individuos mayores de 65 años presenta enfermedad periodontal, siendo mayor en prevalencia y severidad que en países desarrollados como Alemania y Estados Unidos <sup>(13,14)</sup>. El sistema estomatognático realiza funciones orgánicas importantes y sus alteraciones, principalmente la pérdida de piezas dentarias, afectan las dimensiones física, psíquica y social de la calidad de vida de los individuos.

La falta de dientes influye negativamente sobre la estética facial y el lenguaje oral, todo lo cual afecta su autoestima y salud mental, contribuyendo a aumentar estados depresivos.

Diversos estudios sugieren que las alteraciones bucales tienen un significativo efecto en el bienestar y satisfacción de los individuos, influyendo en su calidad de vida, incluso si presentan trastornos físicos y/o mentales. De este modo, el cuidado apropiado de la salud oral sería un factor importante para mejorar la calidad de vida. Varias investigaciones han señalado que los tratamientos protésicos realizados impactan positivamente la percepción de la salud oral sobre todo en los casos en que la prótesis es soportada por un mínimo de dos implantes óseo integrados <sup>(12)</sup>.

Es un hecho que para este grupo etéreo la percepción de su salud bucal es un factor importante al momento de dar cuenta de su calidad de vida . Sin embargo, esta percepción se ve afectada tanto por el nivel socioeconómico como por el género <sup>(12)</sup>.

El aspecto de mayor relevancia en que interviene la salud bucal para los hombres, es la alimentación, mientras que para las mujeres es la confianza y auto valoración, todos estos factores son de gran importancia en la percepción de la calidad de vida relacionada a salud oral.

### **1.2. GES y Atención Integral al adulto de 60:**

Desde el año 1995 el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) toma la iniciativa para enfrentar el problema de salud, que se presenta en la población chilena e implementa el programa de salud del adulto mayor <sup>(15)</sup> siendo la atención primaria la solución. Los objetivos principales de este programa son mantener y recuperar la autonomía, disminuir la mortalidad por causas prevenibles, incentivar acciones en las áreas de promoción, prevención y atención curativa. Los beneficiarios de dicho programa son todas aquellas personas mayores de 60 años inscritas en los consultorios de atención primaria o que sean beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Ya en el año 2000, el Ministerio de Salud implementa para la población de adultos mayores, de 60 años beneficiarios del GES, quienes tendrán acceso al tratamiento odontológico integral (Anexo 1). La solicitud de atención odontológica debe realizarse mientras el beneficiario tenga 60 años. El inicio de tratamiento no debe superar los 90 días desde la solicitud de atención y el alta se otorga cuando se han completado los procedimientos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que requiere el individuo.

La rehabilitación oral del adulto mayor en el ámbito público, se basa en la confección de prótesis dentales removibles, parciales o totales, ya sea para reemplazar un tratamiento previo en malas condiciones o para sustituir

inicialmente las piezas dentarias perdidas <sup>(16)</sup> por enfermedad periodontal o caries causadas por los deficientes conocimientos acerca de higiene oral y protésica <sup>(17,18,19)</sup>.

La rehabilitación no incluye un control post-tratamiento una vez que el paciente ha recibido el alta, por lo tanto no se evalúa el éxito o fracaso de éste a largo plazo, ni existe información acerca de la cantidad de pacientes que repite el tratamiento año tras año <sup>(20)</sup>.

Todo paciente adulto de 60 años que ingresa a tratamiento debe recibir:

A. Examen de salud bucal con todos sus componentes:

En esta etapa de la atención se solicitarán los exámenes complementarios que sean necesarios: Exámenes de Laboratorio, Radiografías, etc. También es fundamental la anamnesis, examen Físico extra oral e intraoral

B. Educación de la Salud Bucal: incluye temas como malos hábitos, bruxismo, juego y limpieza de prótesis.

C. Diagnóstico y Etapificación: Con todos los antecedentes recogidos, tanto clínicos como radiográficos se hará el diagnóstico del paciente. Se analizarán factores médicos, psicológicos, tolerancia, motivación del paciente y su capacidad para mantener el tratamiento una vez terminado.

### **1.3. Evaluación del Estado de la Salud Oral**

Para medir el estado de salud oral, se han creado numerosos instrumentos. El más usado es el Índice de Salud Oral Geriátrico GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index) <sup>(21)</sup>. Este índice tiene la característica de haber sido uno de los primeros elaborados y diseñado para reportar los problemas de salud oral en base a la autopercepción del paciente, demostrando tener una alta sensibilidad y especificidad para recoger información con relación a síntomas bucales y a los problemas físicos y psicosociales asociados.



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 <sup>(22)</sup>.

Este instrumento consiste en un cuestionario compacto de sólo 12 preguntas (Anexo 2), lo que aumenta la probabilidad de que sea contestado en forma completa. 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.

Ha sido validado en el estudio de salud oral en distintas etnias, dentro de ellas la hispana <sup>(21)</sup>. La literatura contiene ejemplos que demuestran una buena correlación del GOHAI con parámetros clínicos objetivos de salud oral <sup>(22)</sup>. Además se ha determinado su sensibilidad para reflejar la mejoría en la salud oral en adultos mayores que han recibido atención odontológica en un periodo de seguimiento de 24 meses <sup>(23)</sup>, y se ha estudiado la evolución del GOHAI en el tiempo en una población de adultos mayores <sup>(24)</sup>.

Misrachi, L y Ponce, E al aplicar el test GOHAI <sup>(25)</sup> concluyen que quienes declaran usar siempre su o sus prótesis reportan mejoría en su estado de salud oral y quienes declaran no usarlas o usarlas sólo a veces, presentan baja proporción en la mejoría de su salud oral, e incluso variaciones negativas. El tratamiento protésico no puede alcanzar un impacto positivo en la salud oral de los adultos mayores si no se consideran los factores que expliquen la frecuencia de uso de las prótesis.

Ponce, M y Rodríguez, E al aplicar el test GOHAI <sup>(26)</sup>, concluyen que quienes usan a veces la prótesis inferior y siempre la superior mejoran significativamente la percepción de su salud oral, lo que también sucede en el grupo de adultos mayores que usan siempre ambas prótesis; quienes usan la prótesis superior siempre, pero que no se hicieron tratamiento rehabilitador inferior también mejoran su percepción de salud oral.

Investigaciones internacionales, utilizando otros instrumentos específicos de salud oral, como son el (Oral Health Impact Profile) OHIP-20 y el OHQoL-UK (W), han determinado que la percepción de la salud oral mejora con todos los tratamientos protésicos realizados <sup>(27,28,29)</sup>.

Moya P, Chappuzeau E. <sup>(30)</sup> realizó un estudio en relación a la situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores pertenecientes al sector oriente de Santiago; en donde la calidad de vida relacionada con la salud oral fue de 48,15 (D.E. 9,83) de media del puntaje del índice GOHAI, en donde el valor mínimo fue de 15 y el máximo de 60. Un 76,6% de los adultos mayores estudiados percibe como mala su calidad de vida relacionada con la salud oral (puntuación < 57), sin observarse diferencias estadísticamente significativas para las variables: sexo, edad, estado civil, nivel educacional y situación laboral. Sin embargo estas diferencias son significativas para las variables uso, tipo, necesidad de prótesis removible. En cuanto a la situación protésica un 59,5% usa prótesis removible en el maxilar superior y un 40,3% en el inferior. Al estudiar el tipo de prótesis dental se observó que para el maxilar superior, un 40,3% usa prótesis parcial removible y un 19,2% usa prótesis total. En el maxilar inferior el 32,1% usa prótesis parcial removible y un 8,2% prótesis total. En relación a la necesidad de rehabilitación con prótesis removible, para el maxilar superior el 34,2% necesita prótesis removible de tipo parcial y un 4,21% de tipo total. Para el maxilar inferior, un 57,4% necesita prótesis removible de tipo parcial y un 1,8% necesita prótesis total <sup>(30)</sup>.

## **2. DISEÑO TEÓRICO**

### **2.1 Objetivos**

#### **2.1.1 Objetivo general:**

Conocer la calidad de vida de la salud oral en adultos de 60 años ingresados por GES “Atención odontológica integral” en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Vitacura, durante el año 2013-2014.

#### **2.1.2 Objetivos específicos:**

- a. Determinar la calidad de vida de la salud oral en el adulto de 60 años ingresados al tratamiento odontológico integral por GES.
- b. Determinar uso y necesidad de rehabilitación protésica en adultos de 60 años ingresados a GES.
- c. Comparar la calidad de vida según sexo, uso y necesidad de rehabilitación protésico

### **3. DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Material y Método**

##### **3.1.1 Diseño de investigación :**

El diseño del estudio fue observacional, transversal; se midió la calidad de vida relacionada con la salud oral en el adulto de 60 años ingresado a la atención odontológica integral por GES en un centro de salud familiar.

##### **3.1.2 Universo:**

El universo estuvo constituido por todos los adultos con 60 años cumplidos que estaban inscritos en el CESFAM Vitacura. Los registros de FONASA indicaron que durante los años 2013 al 2014 estaban inscritos 236 beneficiarios validados en el sistema con esa edad.

##### **3.1.3 Muestra:**

Los participantes para este estudio fueron adultos con 60 años cumplidos, de ambos sexos, autovalentes, que solicitaron voluntariamente hacer uso del derecho a la garantía explícita GES “Atención Odontológica Integral” en el centro de salud, y que contestaron la encuesta GOHAI al ingreso del tratamiento.

Para determinar el tamaño de la muestra se consideró como referencia la prevalencia de adultos mayores con buena percepción de calidad de vida relacionada con salud oral reportada por Moya y cols.<sup>(30)</sup> , cuyo valor fue de 13.4%, con un nivel de confiabilidad del 95% y un 5% de estimación del error. El tamaño mínimo de la muestra fue de 102 adultos.

Se establecieron como criterios de:

- **Inclusión:**

- Adultos de 60 años ingresados por GES que respondieron en forma completa el cuestionario GOHAI.

- **Exclusión:**

- Adultos que presentaron algún tipo de deterioro cognitivo que les impide responder la encuesta.

### 3.1.4 Variables:

Las variables que fueron estudiadas y su operacionalización se describen en el cuadro nº 1

Cuadro Nº 1. Variables.

| <b>Variable</b>   | <b>Definición Conceptual</b>  | <b>Dimensiones</b>  | <b>Indicador Definición Operacional</b>                     | <b>Instrumento de Recolección</b>                                       |
|---|---|---|---|---|
| Calidad de vida de Salud Oral al ingreso a tratamiento odontológico integral por GES. | La combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores como aspiraciones y expectativas personales. | Buena = valor igual o mayor a 57<br><br>Moderada = valor entre 51 y 56<br><br>Mala = valor igual o menor a 50   | - Buena (1)<br><br>- Moderado (2)<br><br>- Mala (3)         | Encuesta auto reportada:<br><br>Índice de Salud oral Geriatrico "GOHAI" |
| Uso de prótesis removible.  | Paciente portador de un aparato removible en su boca.   | Si, usa prótesis removible<br><br>No usa, prótesis removible  | - Si ( 1 )<br><br>- No( 0)                                  | Ficha clínica   |
| Necesidad de prótesis removible.  | Paciente necesita prótesis removible.   | Necesita una prótesis removible.<br><br>Necesita ambas prótesis removible<br><br>No necesita prótesis removible | - Solo una ( 1 )<br><br>- Ambas ( 2 )<br><br>- Ninguna ( 0) | Ficha clínica   |

### **3.2 Recolección de datos:**

#### **3.2.1 Contacto con el centro de salud.**

Se tomó contacto con la directora del Centro de Salud Familiar de Vitacura y con la encargada del Programa Odontológico mediante una carta, solicitando autorización para realizar el estudio “Calidad de vida de salud oral en adultos de 60 años al ingreso de la atención odontológica integral por GES” (anexo 4). En ella se informó la naturaleza de éste estudio, sus objetivos y requisitos para su realización.

#### **3.2.2 Instrumento de medición:**

El instrumento utilizado en este estudio es el Índice de Salud Oral Geriátrico, GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index), cuestionario que fue desarrollado para medir la calidad de vida en relación a la salud oral. Este cuestionario permite medir los problemas funcionales orales reportados por los pacientes y evalúa el impacto psicosocial asociado al estado de salud oral de los adultos mayores. Dolan T. concluye que GOHAI es sensible para detectar la influencia de los tratamientos dentales en la percepción del paciente sobre su salud oral <sup>(31)</sup>.

Este instrumento de medición está estructurado como un cuestionario formado por 12 preguntas que puede ser auto administrada o aplicado por un entrevistador entrenado. 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.

Las preguntas aplicadas presentan una diferencia en la dirección de su planteamiento. Así, 3 de las preguntas se asocian a una mejor salud oral cuando la respuesta es siempre, mientras que en las 9 restantes la respuesta mejor puntuada es nunca.

Se calcula una sumatoria simple de las respuestas para cada sujeto, dando un rango entre 0 y 60, donde el puntaje máximo es 60, que indica la mejor autopercepción de la salud oral.

La mejor auto percepción de la salud oral se encuentra entre los puntaje 57 a 60 (*bueno*). Un puntaje entre 51 y 56 se considera moderado (*regular*) y menos de 50 se considerada puntaje bajo (*malo*), indicando problemas de salud oral. Este instrumento posee una duración de aplicación promedio de 5-8 minutos <sup>(26)</sup>.

Es importante considerar que sus autores enfatizan que este índice no reemplaza el examen clínico ni el diagnóstico específico de las patologías orales, pero entrega una aproximación del estado de la salud bucal y es muy útil para guiar la derivación oportuna de los pacientes <sup>(21)</sup>.

Los datos referente a sexo, uso y necesidad de prótesis fueron extraídos del registro existente en la ficha clínica al ingreso a tratamiento GES.

### **3.3 Procedimiento de aplicación del instrumento:**

El procedimiento para la aplicación del instrumento fue el siguiente: El adulto de 60 años que solicitó atención dental por GES, en la primera consulta y previo al examen clínico dental de ingreso, se le explicó en el box y en forma individual en que consistía el cuestionario GOHAI y se le solicitó responder voluntariamente el instrumento. La duración fue aproximadamente 10 minutos, tiempo estipulado para la aplicación del GOHAI.

Además, se explicó verbalmente al paciente los objetivos del estudio y se solicitó, de forma voluntaria su participación. La inclusión al estudio requiere expresar su consentimiento a través de su firma en un documento de consentimiento informado (Anexo 3), donde por escrito se explica en que consiste el estudio y sus objetivos, dejando en claro que la no participación en el estudio, no tiene ninguna repercusión en su tratamiento odontológico.

La encuesta GOHAI se aplicó al momento del ingreso GES, es decir antes de



iniciar el tratamiento odontológico integral.

### 3.4 Plan estadístico:

Los datos entregados por el GOHAI fueron traspasados a una planilla Excel. Se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiada, calculó de media, Desviación Estándar (D.E), distribución de frecuencia relativa (porcentaje) e intervalo de confianza al 95% (IC: 95%).

Para determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativa en los resultados observados en la calidad de vida según sexo, uso y necesidad de rehabilitación, se utilizó la prueba estadística chi cuadrado en el análisis, considerando el valor  $p < 0,05$  para la significación estadística.

### 3.5 Cronograma (Carta Gantt)

| Actividades                      | Enero 2015 | Marzo 2015 | Abril 2015 | Mayo 2015 | Junio 2015 |
|----------------------------------|------------|------------|------------|-----------|------------|
| Aprobación del protocolo         |            |            |            |           |            |
| Elaboración de marco teórico     |            |            |            |           |            |
| Envío cartas al comité de ética. |            |            |            |           |            |
| Registro en planilla Excel       |            |            |            |           |            |
| Análisis de resultados.          |            |            |            |           |            |
| Discusión y conclusión           |            |            |            |           |            |
| Presentación de trabajo final    |            |            |            |           |            |

### 3.6 Aspectos éticos a considerar

El estudio cuenta con la aprobación del comité de bioética de la Universidad Finis Terrae y con la firma de un documento de consentimiento informado donde el paciente expresa libre y voluntariamente su disposición a participar en el estudio. (ANEXO 3). Para resguardar la confidencialidad de los datos, se trabajo las fichas clínicas y el cuestionario GOHAI con números foliados.

## 4. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

### 4.1 Descripción de la muestra estudiada

La muestra estuvo constituida por 102 adultos de 60 años ingresados por GES en el CESFAM Vitacura entre los años 2013 y 2014; de los cuales el 90,2% fueron del sexo femenino. (Ver tabla 1)

**Tabla N°1: Distribución porcentual de la muestra por sexo.**

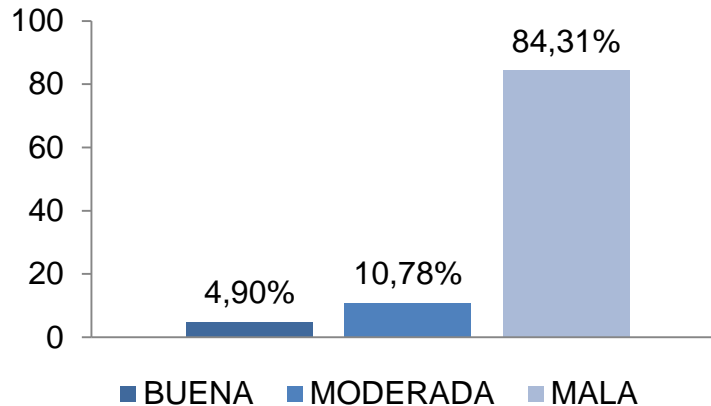
| Sexo      | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Masculino | 10         | 9,8        |
| Femenino  | 92         | 90,2       |
| Total     | 102        | 100        |

### 4.2 Calidad de vida relacionada con salud oral

La calidad de vida fue medida por el instrumento GOHAI, observando que del total de la muestra estudiada, un 84,31% de los adultos percibe como mala su calidad de vida, un 10,78% moderada y sólo un 4,90% como buena. (Ver gráfico 1)

Además, se determinó el valor medio del puntaje obtenido en el cuestionario GOHAI, siendo de 38.55 ( DE:10.92); Este valor fue levemente mayor en hombres (GOHAI de 42.1; D.E 10.51), sin embargo, estas diferencias por sexo no son estadísticamente significativas ( $p=0.77$ ) . (Ver tabla 2)

**Gráfico N°1: Distribución porcentual de la percepción de la calidad de vida relacionada con salud oral en adultos de 60 años ingresados al GES. Vitacura , año 2013-2014.**



**Tabla N°2: Estadígrafos del valor GOHAI en la muestra estudiada, según sexo. Vitacura , año 2013-2014.**

| GOHAI     | Obs. | Media | D.E   | IC:95%        |
|-----------|------|-------|-------|---------------|
| Masculino | 10   | 42.1  | 10.51 | 34.57 : 49.52 |
| Femenino  | 92   | 39.28 | 10.98 | 37.00 : 41.55 |
| Total     | 102  | 38.55 | 10.92 | 37.41 : 41.70 |

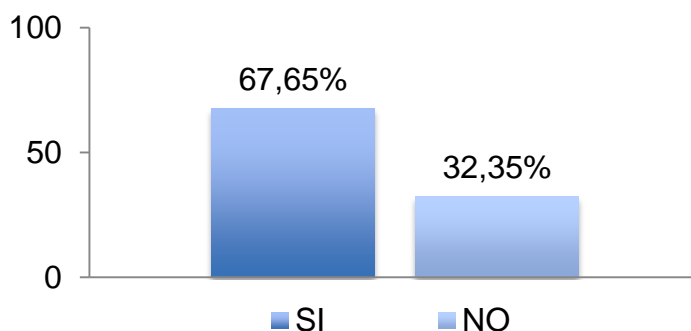
**p = 0.77**

#### **4.3 Uso y necesidad de prótesis dental.**

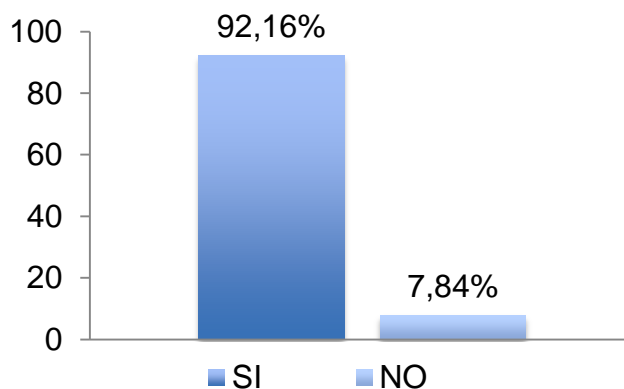
Otra variable estudiada fue el uso de prótesis removible en los adultos de 60 años al ingreso a GES. En este estudio se observó que un 67,65% era portador de prótesis removible. (Ver gráfico 2)

Al momento del ingreso GES un 92,16% de la muestra estudiada necesitaba rehabilitación protésica, mientras que solo un 7,84% no la necesita. (Ver gráfico 3)

**Gráfico N°2: Distribución porcentual de la muestra según uso de prótesis removible. Vitacura , año 2013-2014.**



**Gráfico N°3: Distribución porcentual de la muestra según necesidad de rehabilitación protésica al ingreso GES. Vitacura , año 2013-2014.**



#### 4.4 Relación entre calidad de vida y sexo, uso y necesidad de rehabilitación protésica.

Al estudiar la relación entre la percepción de la calidad de vida y sexo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas. Los resultados observados interpretan que, tanto hombres como mujeres consideran en mayor proporción que perciben como mala su calidad de vida, sin ser estas diferencias estadísticamente significativas. En relación al uso de prótesis dental, se observó que los adultos portadores de prótesis dental al ingreso en el GES, alrededor del 87% percibe como mala su calidad que vida, similar al adulto que no usan prótesis (79%) Las diferencias observadas no son estadísticamente significativas. Situación diferente se observó en relación a la necesidad de rehabilitación protésica. Los resultados obtenidos indican que existen diferencias estadísticamente significativas entre los que refieren necesitar rehabilitación protésica y los que no en cuanto a como perciben su calidad de vida. (Ver tabla 3)

**Tabla N°3: Relación entre calidad de vida según sexo, uso y necesidad de rehabilitación protésica en la muestra estudiada. Vitacura , año 2013-2014.**

| Calidad de vida       |           | Buena<br>nº (%) | Moderada<br>nº (%) | Mala<br>nº (%) | Total<br>nº (%) | p<br>valor* |
|-----------------------|-----------|-----------------|--------------------|----------------|-----------------|-------------|
| Sexo                  | Masculino | 1<br>10,00      | 0<br>0,00          | 9<br>90,00     | 10<br>100       | 0,401       |
|                       | Femenino  | 4<br>4,35       | 11<br>11,96        | 77<br>83,70    | 92<br>100       |             |
| Uso de prótesis       | SI        | 3<br>4,35       | 6<br>8,7           | 60<br>86,96    | 69<br>100       | 0,556       |
|                       | NO        | 2<br>6,06       | 5<br>15,15         | 26<br>78,79    | 33<br>100       |             |
| Necesidad de prótesis | SI        | 4<br>4,26       | 8<br>8,51          | 82<br>87,23    | 94<br>100       | 0,019*      |
|                       | NO        | 1<br>12,50      | 3<br>37,50         | 4<br>50,00     | 8<br>100        |             |

\* p < 0,05 estadísticamente significativo.

## DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue conocer la calidad de vida relacionada con salud oral en adultos de 60 años ingresados por GES en el Centro de Salud Familiar de Vitacura.

Diversos estudios refieren que la salud oral influye directamente en la calidad de vida del adulto mayor y a la vez existe una elevada proporción de adultos mayores que percibe como mala su salud oral. <sup>(6, 8, 12, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30)</sup>

La percepción de la calidad de vida relacionada con salud oral fue medida en los adultos con la aplicación del cuestionario GOHAI, cuya puntuación oscila entre 0 y 60 puntos, siendo 60 el puntaje con mejor percepción.

Al comparar los resultados del puntaje medio obtenido con el cuestionario GOHAI en adultos de 60 años, (38,55; D.E 10.92), éste valor fue menor al reportado en el estudio de Moya y cols. <sup>(30)</sup> realizado en el 2012, en una población de adultos mayores, cuyo valor medio fue de 48,15 y también menor al estudio de Atchison y Dolan <sup>(36)</sup> en el 1990, cuyo valor fue de 52,5 puntos. Es importante destacar que ambos estudios fueron realizados en poblaciones que incluyeron adultos con edades mayores a 65 años, y sin embargo la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral fue relativamente mejor.

La versión alemana del GOHAI realizada por Alexander Hassel et al.(2008), determinó en sus resultados una media del GOHAI de 56, para quienes reportaron tener satisfacción con el estado de su boca y una media de 44, para quienes no estaban satisfechos de su condición bucal. <sup>(37)</sup>

En Japón, el estudio de Naito et al. (2006) en 175 participantes cuya media de edad fue de 70 años, reveló que quienes valoraban su salud bucal como muy buena, tenían una media en el GOHAI de 57,9 puntos, mientras que los que la peor la valoraban su puntuación alcanzaba 38,7. <sup>(38)</sup>

Othman et al. (2006), aplicaron la versión del GOHAI en Malasia, a una muestra de 189 sujetos mayores de 60 años de edad. En sus resultados se encontraron valores del GOHAI de 46,2 puntos de media general.<sup>(39)</sup> En países como Arabia Saudita, Atich MA (2008), ha realizado validaciones similares, donde en una población de adultos mayores, se han obtenido resultados del GOHAI de 32,1 puntos de media<sup>(40)</sup>, siendo estos valores más similares a los encontrados en este estudio.

En este estudio, un 84,31% de los adultos percibe como mala su calidad de vida, un 10,78% moderada y sólo un 4,90% como buena; siendo mejores los resultados que reporta el estudio de Meneses EJ (2010) donde la muestra estudiada refiere que un 24% tienen una calidad de vida buena, 44% reconocen estar en unas condiciones regular y solo el 31% califican su situación bucodental como mala.<sup>(33)</sup>

En relación a la proporción de adultos que usan y tienen necesidad de prótesis removible, los resultados refieren que el 67,65% era portador de prótesis removible y un 92,16% tiene necesidad de rehabilitación protésica. Estos valores son inferiores al comparar con el estudio de Moya y cols, en cambio son más elevados que lo reportado por el estudio de Meneses EJ (2010), ya que un 62% de los pacientes encuestados utiliza prótesis y un 74 % tenían necesidad de rehabilitación protésica.<sup>(33)</sup>

Da Silva y Castellanos Fernández (2001), en su estudio concluyen la necesidad de uso de prótesis dental en el 44,8% de la muestra examinada; siendo datos muy inferiores a los obtenidos en este estudio.<sup>(34)</sup> Sin embargo Sandra Pinzón y Victoria Zunzunegui (1999), registran una necesidad general de prótesis removible del 67%, valor inferior al comparar con este estudio.<sup>(35)</sup>

Investigaciones internacionales<sup>(27,28,29)</sup>, utilizando otros instrumentos específicos de salud oral como son el Oral Health Impact Profile (OHIP-20) y el OHQoL-UK (W), han determinado que la percepción de la salud oral mejora con todos los

tratamientos protésicos realizados. Esta información no es concordante con lo observado en este estudio, ya que tanto adultos portadores como no portadores de prótesis removibles, perciben en mayor proporción como mala su calidad de vida.

A nivel nacional, los resultados de este estudio concuerdan con Misrachi, L y Ponce, E <sup>(25)</sup> y Ponce, M y Rodríguez, E al aplicar el test GOHAI <sup>(26)</sup>, llegan a la conclusión que el solo hecho de usar prótesis removible no genera un cambio en la calidad de vida de los pacientes sino que el cambio esta en el como se adaptan estas personas a estos aparatos protésicos y cuanto tiempo las utilizan, es decir poder lograr un seguimientos de estos pacientes y ver si generan cambios a lo largo del tiempo.



## **CONCLUSIONES**

Los adultos mayores son un grupo de especial interés para la salud pública debido a la vulnerabilidad de su estado de salud. La percepción de la calidad de vida de los adultos es un indicador que debería ser medido antes de iniciar cualquier tratamiento médico u odontológico.

La importancia que el adulto le asigna a la salud oral a través de la percepción de la calidad de vida es un tema que requiere ser analizado por el odontólogo previo a iniciar un tratamiento rehabilitador. Los resultados de la mala percepción son abrumadores y decisivos para la toma de decisiones en lo que respecta a la salud oral.

El ser portador de aparato protésico no influye en la mejor percepción de la calidad de vida, sin embargo la necesidad de rehabilitación protésica es una variable que modifica significativamente su percepción de la calidad de vida.

Los adultos ingresados a GES 60 años presentaban un importante deterioro de su salud oral que se manifiesta por una elevada prevalencia de necesidad de rehabilitación protésica, concordante con la mala percepción de su calidad de vida

## **RECOMENDACIONES**

La rehabilitación del GES de 60 años no incluye un control post-tratamiento a a mediano plazo y después de recibir el alta integral, por lo tanto no se evalúa el éxito o fracaso de éste, ni existe información acerca de la satisfacción con el tratamiento otorgado. Esto genera la interrogante de conocer si esta prestación genera algún cambio a nivel de la calidad de vida o solo se esta rehabilitando sin pensar en un cambio a nivel de la persona.

Es muy importante seguir la línea de investigación de este estudio y conocer si existe un cambio después de haber recibido su tratamiento GES. Esto ayudaría a establecer si el GES esta cumpliendo una de sus metas expuestas como lo es el mejorar la calidad de vida de las personas; hecho que hasta la fecha no tiene estudios que lo puedan demostrar.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- (1) INE. Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad, total país 1950- 2050. Chile: Dpto. de Estadísticas Demográficas y Sociales, INE; 1995.
- (2) INE. Índice General: Censo 2012. Resultados. Vol. 1 población- país-región. Stgo. Chile: INE; Mar 2013.
- (3) INE. Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad, total país 1950- 2050. Chile: Dpto. de Estadísticas Demográficas y Sociales, INE; 1995.
- (4) Felce D y Perry J. Quality of life: it is definition and measurement. Research in developmental disability. 1995; 16(1):51-74.
- (5) Espinosa E, Libreros M. Modelo Básico para el Mejoramiento de la Calidad de Vida del Viejo Recluso Durante su Permanencia en la Cárcel del Distrito Judicial de Cali. Santiago de Cali. Tesis de grado Gerontología. Valle, Colombia: Universidad de San Buenaventura; 1995.
- (6) Montes J. Impacto de la salud oral en la calidad de vida del adulto mayor. Revista dental de Chile. 2001; 92(3):31
- (7) Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral para Adultos de 60 años. Santiago: Minsal; 2007.
- (8) Misrachi C, Ponce M, Sepúlveda H. Influencia de la Rehabilitación Protésica en la Salud Oral del Adulto Mayor. Revista dental de Chile. 2004; 95(3):3-10
- (9) Salinas P, Farías A, González X, Rodríguez C. Calidad de vida relacionada en salud: concepto y evaluación en paciente con ventilación mecánica no invasiva. (citado 15 Noviembre 2013). Disponible en <http://www.neumologia-pediatria.cl/PDF/20083%28sup1%29/CalidadVida.pdf>
- (10) Pane S, Solans M, Gaité L, Serra-Sutton V, Estrada D & Rajmil L. Instrumentos de calidad de vida relacionada con salud en la edad pediátrica.

Revisión sistemática de la literatura: actualización. Cantabria: Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Márquez de Valdecilla, Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas; 2006.

- (11) Rajmil L, Estrada D, Herdman M, Serra-Sutton V & Alonso J. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. Gaceta Sanitaria. 2001; 15: 34-43.
- (12) Misrachi C, Ponce M, Sepúlveda H. Influencia de la Rehabilitación Protésica en la Salud Oral del Adulto Mayor. Revista Dental De Chile. 2004; 95(3):3-10.
- (13) Soto, R. et al. Estado de la Salud Bucal y Nutricional de Adultos Mayores. Geriatrika. 1994; 2:35-8.
- (14) Gamonal J. Prevalencia de Enfermedades Periodontales y de Caries Dental en la Población de 35-44 y de 65-74 años de nivel socioeconómico bajo y medio bajo de la Región Metropolitana, y determinación de los recursos humanos necesarios para su tratamiento. Revista Facultad de Odontología Universidad de Chile. 1996; 14(1): 7-56.
- (15) Ministerio de Salud de Chile. Programas de personas, Adulto Mayor. (citado 30 Marzo 2014). Disponible en:  
[http://web.minsal.cl/SALUD\\_DEL\\_ADULTO\\_MAYOR](http://web.minsal.cl/SALUD_DEL_ADULTO_MAYOR)
- (16) Barrientos M, Peric K, Sepulveda R, Von Martens. ¿En Consultorios? Implantes y Prótesis Removible en la Tercera Edad. Rev Tecnología Dental. 2002; 25(5): 71-79.
- (17) Misrachi C, Lamadrid S. Salud Oral y Conductas Asociadas en Adultos Mayores de Bajos Recursos. Cuadernos Médico Sociales. 1997; XXXVIII (4): 79-86.

- (18) Misrachi C, Sepulveda H, Lamadrid S. Situación Protésica y Conductas asociadas en Adultos Mayores de nivel Socioeconómico Medio-alto y Bajo. Rev Dent de Chile. 2002; 9381: 10-16.
- (19) Lamadrid S, Misrachi C. Percepciones y Actitudes hacia la Atención Dental de Adultos mayores de Bajos Recursos. Rev Dental de Chile.1999; 90 (2):3-8.
- (20) Barrientos M, Peric K, Sepulveda R, Von Marttens. ¿En Consultorios? Implantes y Prótesis Removible en la Tercera Edad. Rev Tecnología Dental. 2002; 25(5): 71-79.
- (21) Atchinson KA, Der-Martirosian C, Gift HC. Components of self-reported oral health and general health in racial and ethnic groups. J. Public health Dent. 1998; 58(4):301-8.
- (22) Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Revista Dental de Chile. 2005;198(8):489-93.
- (23) Slade GD, Spencer AJ. Social impact of oral disease among older adults. Aust Dent J. 1994; 39(6):358-64.
- (24) Dolan TA, Peek CW, Stuck AE, Beck JC. Three year changes in global oral health rating by elderly dentate adults. Community Dent Oral Epidemiol. 1998; 26:62-9.
- (25) Misrachi L, Ponce M. Influencia de la Rehabilitación Protésica en la Salud Oral del Adulto Mayor. Trabajo de investigación. Revista Dental de Chile. 2004; 95 (3):3-10.
- (26) Ponce M. Influencia de la rehabilitación oral en la salud mental y calidad de vida del senescente. Trabajo de Investigación para optar al título de Cirujano Dentista. Santiago, Chile: Biblioteca digital de la Universidad de Chile. Facultad de Odontología, Universidad de Chile; 2003.

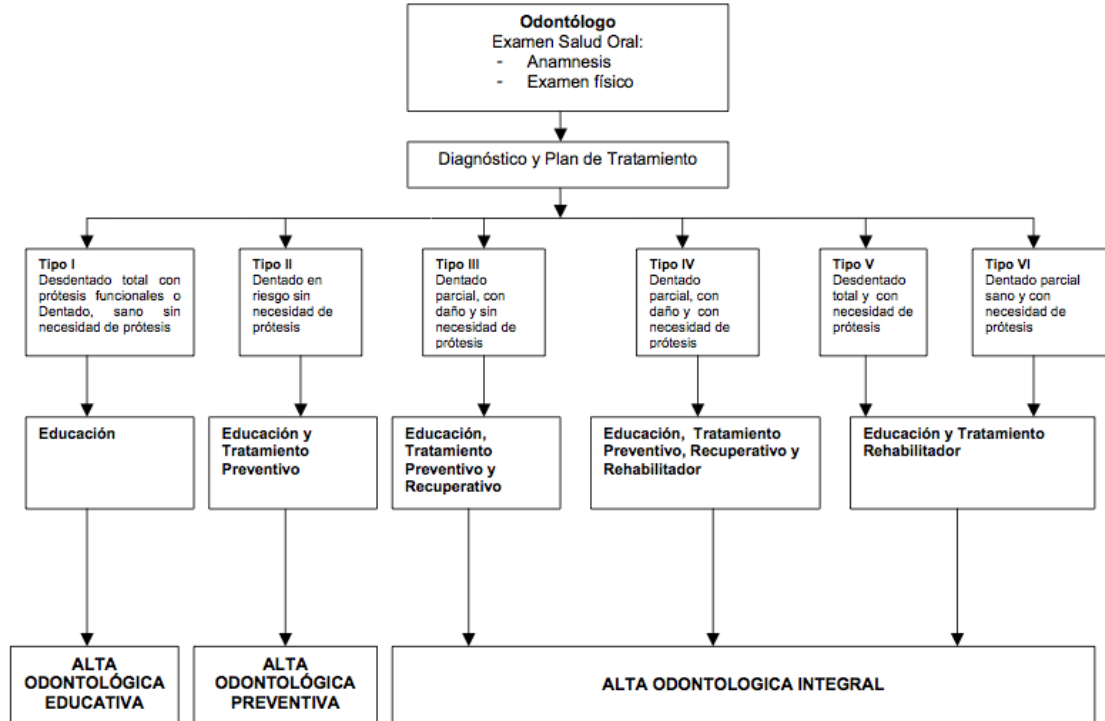
- (27) Heydecke G, et al. Oral and General Health-related Quality of life with Conventional and Implant Dentures. *Community oral dent epidemiol.* Jun 2003; 31(3):161-8.
- (28) Mcgrath C, Bedi R. Can dentures improve the quality of life of those who have experienced considerable tooth loss? *Journal Dent.* 2001; 29 (4):243-6.
- (29) Reiset, et al. Impact of dental condition on patients quality of life. *Community dent oral epidemiol*, 1989; 17:7 -10.
- (30) Moya P, Chapuzzeau E, Caro JC, Monsalves MJ. Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. *Rev Estomatol Herediana.* 2012; 22(4):197-202.
- (31) Dolan TA. The sensitivity of the geriatric oral health assesment index to dental care. *J Dent Educ.* 1997; 61:37-46.
- (32) Martinez Lage JM, Martinez Lage Alvarez P. Concepto, Criterios diagnósticos y visión general de las demencias. En: López Prousa S, Vilata Franch J, Llinás Reglá J. editors. *Manual de demencias.* 2nd.ed. Barcelona, España: Prous Science; 2001; pp. 29-55.
- (33) Meneses Gómez EJ. Salud bucodental y calidad de vida en los mayores. Tesis para optar al grado de Doctor. Madrid; España. Facultad de odontología. Departamento de estomatología IV. Universidad Complutense de Madrid. 2010.
- (34) Silva SRC, Castellanos Fernández RA. Self-perception of oral health status by the elderly. *Rev Saúde Pública.* 2001; 35(4):349-55.
- (35) Pinzon-Pulido SA, Zunzunegui MA. Detección de necesidades de atención bucodental en ancianos mediante la autopercepción de la salud oral. *Rev Mult Gerontol.* 1999; 9:216-24

- (36) Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *Journal of Dental Education*. 1990; 54(11):680-7.
- (37) Hassel AJ, Rolko C, Koke U, Leisen J, Rammelsberg P. A German version of the GOHAI. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008 Feb; 36(1):34-42.
- (38) Naito M, Suzukamo Y, Nakayama T, Hamajima N, Fukuhara S. Linguistic adaptation and validation of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) in an elderly Japanese population. *J Public Health Dent*. 2006 Fall; 66(4):273-5.
- (39) Othman WN, Muttalib KA, Bakri R, Doss JG, Jaafar N, Salleh NC, et al. Validation of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) in the Malay language. *J Public Health Dent*. 2006 Summer; 66(3):199-204.
- (40) Atich MA. Arabic version of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *Gerodontology*. 2008 Mar; 25(1):34-41.

# ANEXOS

## Anexo 1

### FLUJOGRAMA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE ADULTO DE 60 AÑOS





## Anexo 2

Índice de Salud Oral Geriátrico o GOHAI (versión en español recibida de la Dra. Kathryn Atchison y utilizada en investigaciones en población de habla hispana).<sup>(22)</sup>

| <b>Preguntas.<br/>Con qué frecuencia en los tres últimos meses...</b>   | <b>Siempre</b> | <b>A menudo</b> | <b>A veces</b> | <b>Rara vez</b> | <b>Nunca</b> |
|---|----------------|-----------------|----------------|-----------------|--------------|
| 1. ¿Limitó la clase o cantidad de alimentos debido a problemas con sus dientes o prótesis dentales?                     |                |                 |                |                 |              |
| 2. ¿Pudo tragar cómodamente?  |                |                 |                |                 |              |
| 3. ¿Sus dientes o prótesis dentales le impidieron hablar del modo que usted quería?                                     |                |                 |                |                 |              |
| 4. ¿Pudo comer lo que usted quería sin sentir molestias?  |                |                 |                |                 |              |
| 5. ¿Evitó estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes o prótesis dentales?                      |                |                 |                |                 |              |
| 6. ¿Se sintió satisfecho o contento con la apariencia de sus dientes, encías o prótesis dentales?                       |                |                 |                |                 |              |
| 7. ¿Se preocupó o intranquilizó por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?                              |                |                 |                |                 |              |
| 8. ¿Se sintió nervioso o consciente debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?                     |                |                 |                |                 |              |
| 9. ¿Se sintió incómodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales? |                |                 |                |                 |              |
| 10. ¿Evitó reírse o sonreírse debido a que sus dientes o prótesis dentales eran antiestéticas?                          |                |                 |                |                 |              |
| 11. ¿Ha tenido dolor o molestias alrededor de la boca?  |                |                 |                |                 |              |
| 12. ¿Sintió sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces?                                   |                |                 |                |                 |              |

### **Anexo 3**

**Título:** Calidad de vida de salud oral en adultos de 60 años al ingreso de la atención odontológica integral por GES. CESFAM Vitacura-2013 - 2014

**Autor:** Oscar Asmurú S., Paulina Gómez P.

**Docente guía de tesis:** Dra. Patricia Moya

#### **Consentimiento Informado:**

Esta es una invitación para que Usted participe en un importante estudio realizado por la Facultad de Odontología de la Universidad Finis Terrae y el CESFAM Vitacura. Por favor lea cuidadosamente esta información antes de dar su consentimiento voluntario para participar.

Este estudio tiene como objetivo conocer la calidad de vida de salud oral en adultos de 60 años antes de la atención odontológica integral por GES en CESFAM de Vitacura. Para ello se realizará una encuesta breve al iniciar el tratamiento.

Las encuestas indagarán sobre aspectos de su salud, estado emocional y salud bucal con una duración total aproximada de 10 minutos cada una.

Todos los datos aportados al personal del equipo de salud son de naturaleza confidencial y serán utilizados exclusivamente para los fines de este estudio. Usted no recibirá pago económico por su participación en el mismo, no se verá beneficiado por este y tampoco alterará su tratamiento dental al no dar su consentimiento.

Desde ya le agradecemos su colaboración. Usted es libre de no participar o retirarse en cualquier momento del estudio si es que no contesta la segunda encuesta, respetando su decisión.

La persona que suscribe, acepta voluntariamente participar en este estudio y certifica haber leído y comprendido toda la información que se le ha suministrado.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Para cualquier duda, favor de contactar a Oscar Asmurú S., Paulina Gómez P.  
Teléfono de contacto: 92407015 - 95913795

---

#### **Anexo 4:**



Santiago, Junio 2013

Sr.(a)  
Carolina Guadalupe Picón  
Directora  
CESFAM Vitacura  
Presente

Estimado(a)

Como estudiantes de último año de la carrera de odontología de la Universidad Finis Terrae nos dirigimos a usted para solicitar la autorización y realización de nuestra tesis de grado, sobre el tema: “Calidad de vida de salud oral en adultos de 60 años al ingreso de la atención odontológica integral por GES”

Este estudio consistirá en la realización de una encuesta llamada GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index) el cual es un instrumento de medición de calidad de vida en relación con la salud oral; formado por 12 preguntas auto administradas o aplicado por un entrevistador entrenado. Esta encuesta se realizará al momento del ingreso de los pacientes de 60 años al tratamiento GES.

Siendo el objetivo de este estudio “Conocer la calidad de vida de la salud oral en adultos de 60 años ingresados por GES “Atención odontológica integral” en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Vitacura 2013-2014”.

La información recopilada será confidencial, no utilizando nombres de los respectivos pacientes y estos tendrán que acceder de forma voluntaria firmando un consentimiento informado, el cual nos dará la posibilidad de ingresarlos en este estudio.

Sin otro particular, saluda a usted.

Oscar Asmurú S. – Paulina Gómez P.  
Alumnos Facultad de Odontología  
Universidad Finis Terrae