



UNIVERSIDAD FINIS TERRAE  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

**ESTADO DE SALUD BUCAL Y PERCEPCION DE CALIDAD DE  
VIDA DEL ADULTO MAYOR DE LA RESIDENCIA ESPAÑOLA DE  
LA COMUNA DE LAS CONDES, AÑO 2016**

YASMIN JADUE JADUE

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

Profesor Guía: Dr. Juan Carlos Caro Casali

Santiago, Chile

2017

## **INDICE**

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEORICO	3
1.1 Contexto Histórico	3
1.2 Geriatria y Odontogeriatría	6
1.3 Calidad de Vida	9
1.3.1 Determinantes de la calidad de vida en el Adulto Mayor	11
1.3.2 Calidad de vida en Relación a Salud (CVRS)	12
OBJETIVO	18
2.1 Objetivo General	18
2.2 Objetivos Específicos	18
MATERIAL Y MÉTODO	19
RESULTADO	22
DISCUSION	26
CONCLUSIONES	28
BIBLIOGRAFIA	29

## INTRODUCCION

En Chile, las personas viven, en promedio, 10 años más que en 1920. Actualmente, 2.005.684 personas en Chile tienen más de 60 años. De ellos, el 56% son mujeres y el 44% hombres. <sup>(1, 2)</sup>

Chile está en un proceso de transición demográfica hacia el envejecimiento. Según el censo 2012, nuestro país tiene 2.409.312 personas con más de 60 años, lo que corresponde a un 14% de la población comparado con el censo del 2002, que tenía solo un 11% de adultos mayores. Este proceso de envejecimiento representará a futuro un gran impacto en sectores específicos de la estructura y tejido social del país. <sup>(1)</sup>

En los adultos mayores la demanda de salud general y oral ha presentado un incremento progresivo, siendo la percepción de su salud un factor importante al momento de dar cuenta de su calidad de vida. Es de conocimiento general que las alteraciones bucales afectan de forma significativa su bienestar y satisfacción, lo que tiene un efecto directo sobre su autoestima y salud mental, lo que podría llevarlos a estados depresivos, por lo que las enfermedades de la cavidad oral no solo tienen consecuencias locales, sino que comprometen también al buen desarrollo de funciones vitales como, comer, deglutir y hablar entre otras. <sup>(3)</sup>

En Chile, la atención de salud oral en el adulto de 60 años fue considerada dentro de la reforma de salud a través del Ges de 60 años, sin embargo, existe un importante grupo, que son todos aquellos pacientes institucionalizados, que no pueden acudir a estos centros de atención dental, ya sea por falta de transporte o por otras razones y que por lo mismo quedan sin poder recibir esta prestación.

El objetivo de esta investigación es conocer la percepción de calidad de vida relacionada con la salud bucal en pacientes pertenecientes a la Residencia Española del adulto mayor de la comuna de las Condes, del año 2016.

## MARCO TEORICO

### 1.1 Contexto Histórico

En el mundo la población en el año 2005 era de 2.936,607 millones de personas mayores de 65 años equivalente al 7% de la población mundial, de los cuales 1.386,537 millones (5%) viven en países en desarrollo, rompiendo el mito de que ésta era una característica poblacional de los países ricos según el PRB (Population Referente Bureau). <sup>(4)</sup>

Según proyecciones de las Naciones Unidas, para mediados de este siglo América Latina y el Caribe tendrán 112 habitantes de 60 años de edad o mayores por cada 100 habitantes de 15 años o menores, y en América del Norte esta razón (índice de envejecimiento) será de 148 habitantes de 60 años o mayores por cada 100 habitantes de 15 años o menores. <sup>(5)</sup>

A medida que se avanza en el tiempo, el envejecimiento poblacional va en aumento repercutiendo en todos los aspectos de la vida: la familia, la economía, los servicios de salud y el tejido social en general. La longevidad les brinda a las familias el beneficio de un largo contacto entre miembros de tres o cuatro generaciones, obligando a las sociedades a modificar el ciclo del trabajo y la jubilación y a las instituciones a invertir lo necesario para dotar a los proveedores de servicios sociales y de atención sanitaria de conocimientos y aptitudes que les permitan prestar asistencia a lo largo de la vida entera. <sup>(5)</sup>

La característica demográfica que trae consigo el envejecimiento es aumentar la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad, aumentando la proporción de personas mayores de 60 años más rápidamente que cualquier otro grupo etario de casi todo el mundo, a lo que Chile, no ha sido la excepción. <sup>(6)</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud en el año 2002 existían en el mundo 600 millones de personas mayores de 60 años, cifra que se duplicaría en el año 2025 y para el 2050 podrían llegar a los dos billones, <sup>(1, 7)</sup> lo que se debe a las altas tasas de natalidad y de mortalidad, lo que se traduce en bajo crecimiento demográfico y a la disminución de las tasas de natalidad y de mortalidad, afectando el crecimiento demográfico el que sigue manteniéndose bajo. <sup>(1,7,8)</sup>

Chile con respecto a Latinoamérica, ha experimentado una transición demográfica hacia el envejecimiento, así lo demuestran los datos del censo realizados en el año 2002, de una población total de 15.116.435 habitantes los mayores de 60 años conforman el 11,4% de la población, lo que correspondería a 1.717.478 habitantes, en comparación al censo de 1992, en donde se observó un crecimiento de 1.6%, con una proyección para el año 2025 en que los adultos mayores conformen el 18% de la población. En 100 años, la población de mayores de 60 años creció 7.5 veces y se espera que para el 2034 la cantidad de Adultos Mayores igualará a los menores de 15 años. <sup>(8)</sup>

La CELADE proyecta que para el 2025, la población adulta crecería un 130%. En relación a las proyecciones para la población mayor de 75 años, esta experimentaría un crecimiento de 2% a 4% desde el año 2000 al 2025 mientras que en Chile esa población incrementaría en un 250% por lo que 1/3 de la población será adulta. <sup>(9,10)</sup>

La población de 65 años o más estimada al 30 de junio de 2012 es 1.659.670 habitantes, la Región Metropolitana cuenta con el mayor número de adultos mayores del país. Dentro de la región, la comuna de Ñuñoa es la que presenta más adultos mayores. <sup>(11)</sup>

Actualmente, existen en Chile 2,6 millones de personas mayores de 60 años, más del 15% de la población, con una esperanza de vida que llega hoy a los 79 años

promedio. Para 2025 se espera que la población sobre 60 años llegue al 20%, superando en porcentaje a la población menor de 15 años. <sup>(12)</sup>

Se estima que la población de adultos mayores al 2020 en Chile será de 3.2 millones de habitantes. <sup>(13)</sup>

Este considerable aumento de la población adulta mayor se debe principalmente al mejoramiento de las condiciones de vida y al aumento de la expectativa de vida.

<sup>(13)</sup> Y esto también obliga a las instituciones a invertir lo necesario para dotar a los proveedores de servicios sociales y de atención sanitaria de conocimientos y aptitudes que les permitan prestar asistencia a lo largo de la vida entera. <sup>(10)</sup>

En la actualidad, son muchas las personas en el mundo que dedican su esfuerzo y estudio a lo que podría denominarse como la nueva cultura de la longevidad. En realidad, es el intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales, en razón a que el avance social está orientado hacia esa dirección, buscando así un modelo de envejecimiento competente en un sentido útil, productivo, capaz de fortalecer desde un punto de vista genérico de la salud su calidad de vida. <sup>(4)</sup>

De acuerdo a las revisiones teóricas, la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores se ha estudiado utilizando medidas de resultado y estadísticas correspondientes a la morbilidad y la expectativa de vida, no obstante, se desconocen otros aspectos involucrados en ésta, como la percepción sobre su salud, el conocimiento de las redes de apoyo social, la protección social, los servicios de salud y sobre todo se sabe muy poco acerca de estos temas en relación a los pacientes institucionalizados en establecimientos de larga estadía. <sup>(7)</sup>

Actualmente hay muy poca información acerca de estos centros para adultos mayores. En la región metropolitana contamos con 449 establecimientos de larga estadía que cuentan con autorización de la Seremi de salud y con resolución

sanitaria (con fines de lucro y sin fines de lucro), según el último catastro del Senama. <sup>(14)</sup>

## 1.2 Geriatria y Odontogeriatría

El proceso del envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población y tiene repercusiones significativas en el volumen y distribución de la carga de la enfermedad y en la calidad de vida, <sup>(4)</sup> repercutiendo en el área de la salud, por lo que la odontología no queda ajena a ello.

Los adultos mayores son el grupo más dañado en su salud bucal por no haber recibido durante su vida suficientes medidas de prevención o tratamientos adecuados y oportunos para su salud bucal, por lo que presentan múltiples secuelas como: falta de piezas dentarias, caries, enfermedades gingivales y periodontales e infecciones de la cavidad bucal, además de manifestaciones orales de enfermedades sistémicas. <sup>(11)</sup>

Dentro de las enfermedades sistémicas que pueden afectar al adulto mayor hay dos que debemos considerar por su relación con la salud oral del adulto, la Diabetes Mellitus y la Hipertensión. <sup>(10)</sup> Un estudio realizado en Brasil determinó que el 67,9% de los pacientes con HTA y DM presentaba placa bacteriana y el 58,7% sangrado gingival. Se verificó una correlación positiva entre el número de pérdidas dentarias, la hipertensión arterial y diabetes mellitus con un resultado estadísticamente significativo ( $p \geq 0,015$ ). <sup>(15)</sup>

Los pacientes diabéticos tienen más riesgo de sufrir enfermedad periodontal crónica, debido a cambios vasculares, disfunción neutrófila y alteración en el mecanismo del colágeno, por lo que la atención dental de manera preventiva y permanente es crucial para prevenir el incremento de las pérdidas dentarias. <sup>(16)</sup>

El impacto negativo de la infección oral es que los microorganismos y sus productos entran en la circulación sanguínea. Bacteriemias transitorias ocurren frecuentemente en incidentes como cortes de piel, durante el uso de hilo dental y en el cepillado. Las bacteriemias de origen dental están condicionadas por la severidad de la inflamación gingival (mayor inflamación, bacteriemia más grave), por lo tanto, el mejor método para prevenirlas es mantener la salud periodontal. <sup>(56)</sup> La vulnerabilidad de los adultos mayores determinada por su mayor frecuencia de enfermedades de carácter crónico degenerativo, menor nivel de educación y menos recursos económicos debido a sus bajas pensiones, hacen que la satisfacción de sus necesidades de salud, sean uno de los problemas que afecten en mayor medida su calidad de vida. <sup>(17)</sup>

Frente a esta situación, se hace necesario realizar estudios que no sólo estén centrados en la morbilidad, los factores de riesgos y la prevalencia de enfermedades crónicas en personas adultas mayores, sino orientadas a la calidad del envejecimiento y al bienestar psicológico del adulto mayor, en otras palabras, un énfasis en la disminución de la situación de vulnerabilidad a la que se ven expuestos tal como el impacto que vivencia el adulto mayor en su calidad de vida producto de los eventos que se desarrollan en el proceso de envejecimiento. <sup>(13)</sup>

Estudios indican que la calidad de vida del adulto mayor se ve influenciada por el estado de su salud bucal. La habilidad masticatoria y el estado de la dentición juegan un rol muy importante en la ingestión de alimentos y en la percepción de fenómenos orales asociados. <sup>(16,18,19)</sup>

El riesgo de mal nutrición en los adultos mayores está relacionado con cambios fisiológicos propios del envejecimiento, factores sociales y económicos, condición dental, y la interacción de drogas con los nutrientes. <sup>(20, 21)</sup>



La condición dental del adulto mayor tiene gran impacto en la selección de los alimentos y por ende en su condición nutricional. Las personas con impedimentos dentales severos, especialmente los portadores de prótesis completas seleccionan su dieta comprometiendo su nutrición natural, una de las principales razones de este cambio es el compromiso en la función sensorial oral. Las diferencias en la frecuencia de ingestión dependen de la integridad del aparato masticatorio. <sup>(20, 21)</sup>

En el grupo de adultos de 35-44 años un 20% conserva su dentadura completa mientras que este porcentaje baja a un 1% en los adultos de 65 a 74 años. <sup>(13)</sup> La población de 35 a 44 años tiene un promedio de 6,5 dientes perdidos mientras en la población de 65 a 74 años este promedio es de 15,8. <sup>(22)</sup>

En Chile cerca de un 25% de los individuos mayores de 50 años son desdentados totales y se observa una alta prevalencia de lesiones de la mucosa oral y enfermedad periodontal. <sup>(18)</sup>

En nuestro país se han generado políticas públicas en salud para enfrentar el envejecimiento de la población como son las Garantías Explícitas en Salud, cuyo objetivo es asegurar el acceso, calidad, oportunidad y protección financiera para salud oral integral del adulto de 60 años. <sup>(23,24)</sup>

Desde el 31 de enero de 2007 el Ministerio de Salud (MINSAL) implementó el programa de salud oral integral del adulto de 60 años, el cual consiste en educar, prevenir, recuperar, y rehabilitar la salud bucal del adulto de 60 años. El principal objetivo es mejorar la calidad de vida de los adultos de 60 años al momento de iniciar una nueva etapa de su vida. <sup>(25)</sup>

La salud oral pasa a ser un pilar fundamental en los adultos mayores, dado que las caries aparecen como uno de los factores determinantes de la enfermedad en los adultos mayores. La falta de salud oral además de afectar el aspecto estético y por ende la autoestima, cobra relevancia fundamental en el estado nutricional y de salud de los adultos mayores. Además, el uso de prótesis dentales o la presencia de caries pueden constituir focos de infecciones respiratorias. Por lo que al mejorar la salud dental se ayuda a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. <sup>(26)</sup>

### 1.3 Calidad de Vida

El concepto de calidad de vida fue utilizado por primera vez por el presidente de los Estados Unidos Lyndon Jonson en 1964 al declarar acerca de los planes de salud. Se popularizó en los años 50 por un economista norteamericano, en estudios de opinión pública impuestos por la crisis económica derivada de la II Guerra Mundial relacionados con el análisis sobre los consumidores. La calidad de vida (CV) equivale a la calidad de nuestro envejecimiento; esta depende entre varias cosas de las condiciones en que vivimos, nuestras actitudes y nuestras formas de comportarnos. <sup>(4)</sup> Es un término emergente, para mejorar la situación de grupos humanos sometidos a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. <sup>(18)</sup>

Es un concepto eminentemente evaluador o valorativo capaz de abarcar muchos fenómenos que los que caben en cualquier especialidad o rama de las ciencias, es decir, las definiciones sobre las que se sustentan las investigaciones son múltiples y según el contexto del cual parte su valoración. <sup>(4)</sup>

La calidad de vida de un individuo se determina a través de cuantas y cuáles son las necesidades que tiene o no satisfechas y en qué grado; cuantas y cuáles de sus aspiraciones personales son factibles de ser realizadas. <sup>(27, 28)</sup>

Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de calidad varían en función de la etapa evolutiva, es decir, que la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad. En la tercera edad, los estudios han prestado especial atención a la influencia que tiene sobre la calidad de vida, las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física, y los servicios que reciben las personas mayores. <sup>(4)</sup>

La Calidad de vida (CV) en adultos mayores involucra la relación estrecha entre años de vida saludable y la esperanza de vida, en tanto, se puede expresar como la relación inversa entre CV y expectativa de incapacidad (a mayor calidad de vida menor discapacidad). <sup>(4)</sup>

Una de las más aceptadas definiciones de calidad de vida es la de la Organización Mundial de la Salud, que define la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su 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, esto involucra la salud física, psicológica, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la forma en que se desenvuelven con su entorno. <sup>(4)</sup>

Este concepto es multidimensional, dado que involucra tanto aspectos personales como ambientales, dentro de estos encontramos salud, autonomía, independencia, estilos de vida, vivienda, satisfacción académica o laboral, redes de apoyo, situación económica, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad y contaminación ambiental, entre otros factores que influyen sobre el desarrollo humano de determinada comunidad.

Debido a que este concepto se basa en mediciones con una carga variable de subjetividad, se requieren de métodos de evaluación válidos, reproducibles y fiables, como cuestionarios y encuestas, para así realizar una evaluación precisa de esta.

Según el estudio realizado por González el año 2002, se estableció que los estudios de calidad de vida permiten abordar la causalidad de la salud y enfermedad, al estudiar la calidad de las condiciones de la vida diaria de las personas, ayudando, por tanto, a intervenir sobre el riesgo y grado de vulnerabilidad ante las patologías. <sup>(29)</sup>

Al utilizar el concepto de calidad de vida, se valoran las condiciones de vida de las personas y comunidades, estimando el grado de progreso alcanzado. Además, ayuda a seleccionar las formas de interacción humana y con el medio ambiente más favorables y adecuada que permitan a la sociedad acercarse progresivamente a una existencia más equitativa, libre, saludable, moral, digna y feliz. Por lo que este concepto pasa a ser un factor constitutivo del desarrollo humano y social. Con el que se puede estimar el grado de progreso alcanzado. <sup>(29)</sup>

### 1.3 1 Determinantes de la calidad de vida en el Adulto Mayor

Durante las últimas décadas, diversos autores han investigado sobre los factores de la vida que son considerados importantes para la calidad de vida de los adultos mayores, concluyendo, que las variables más significativas resultaron: las relaciones familiares y apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica. <sup>(4)</sup>

No obstante, la gran variabilidad entre poblaciones y los aspectos subjetivos, hay algunos factores que permanecen constantes, entre ellos el soporte social, como un elemento que favorece la calidad de vida independiente de la fuente de donde provenga.

Encontrándose que la calidad de vida en general puede variar de acuerdo a la edad, el sexo, la condición de salud y la residencia; aunque los factores socioeconómicos y la escolaridad son elementos de importancia, aunque no son del todo determinantes para la calidad de vida de los ancianos. <sup>(11)</sup> Aspectos relacionados con la salud; cualquier enfermedad en general afecta la calidad de vida, y en mayor medida los problemas de salud mental: desordenes de ansiedad, depresivos y afectivos. <sup>(4)</sup>

### 1.3 2 Calidad de vida en Relación a Salud (CVRS)

Los autores Patrick y Erickson definen la CVRS como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. Para Schumaker y Naughton es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. Shwartzmann L y col., consideran la calidad de vida como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la persona y su medio ambiente. <sup>(4)</sup>

Este concepto, en una persona enferma, es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido, y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad. Este resultado se mide en la percepción del grado de bienestar físico, psíquico y social, y en la evaluación general de la vida que hace el paciente, teniendo en cuenta los cambios que estas situaciones pueden producir en el sistema de valores, creencias y expectativas. <sup>(4)</sup>

La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

<sup>(4)</sup>

La calidad de vida relacionada con la salud, es el que lo concibe como la capacidad que tiene el individuo para realizar aquellas actividades importantes relativas al componente funcional, afectivo y social, los cuales están influenciadas por la percepción subjetiva. Es claro que calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social, así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas.

La presencia de enfermedades crónico-degenerativas y las patologías orales, como las caries y las periodontopatías, repercuten en su bienestar físico, psicológico y social, <sup>(30)</sup> afectando su calidad de vida.

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud incorpora esencialmente la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable, y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud. <sup>(4)</sup>

La boca es parte del sistema estomatognático, el que es definido como el grupo de órganos que ayudan a la masticación, deglución y fonación, compuesto por músculos, lengua, órganos dentarios, huesos y articulaciones. Por esto, cualquier ausencia o deterioro de las piezas dentarias podrían llegar a producir algún trastorno psicológico o deterioro de la autoestima. <sup>(13)</sup> Ha sido vastamente establecido que una buena salud bucal es crítica para un adecuado mantenimiento de la salud general de las personas mayores. <sup>(31)</sup>

Las patologías bucales más prevalentes en el mundo, así como en nuestro país, son la caries dental, las enfermedades gingivales y periodontales y las anomalías dento-maxilares. Éstas se inician desde los primeros años de vida y presentan un importante incremento con la edad. <sup>(32)</sup>

Las enfermedades orales influyen en la calidad de vida afectando diversos aspectos del diario vivir, como son: la función fono-articular y masticatoria, la apariencia física, las relaciones interpersonales e incluso las oportunidades de trabajo. <sup>(4)</sup>

Una de las consecuencias de la deficiente salud bucodental es la pérdida de los dientes naturales lo que generalmente conlleva a que el adulto mayor realice una selección de los alimentos, evitando los que son ricos en proteína y fibra favoreciendo los de consistencia blanda y azucarados, alterando como consecuencia el estado nutricional de los adultos mayores. <sup>(33)</sup> Considerando que la pérdida de dientes puede afectar ciertas funciones como la masticación y fonación, esta condición afecta también la capacidad de interactuar en sociedad, condición que incrementa aún más la necesidad de rehabilitar las piezas perdidas, aún más cuando el edentulismo es total, ya que una buena condición dentaria tiene un significado psicológico importante en la formación del psiquismo humano. <sup>(34,35)</sup>

El aspecto de mayor relevancia para las mujeres en su salud dental es la confianza y autovaloración, todos factores de gran importancia en la percepción de la calidad de vida relacionada con salud oral. <sup>(26)</sup>

En un estudio realizado por Locker y Clarke en una población de más de 50 años de edad, se estableció una relación entre aquellos que declararon tener una pobre salud oral y una menor satisfacción en sus vidas y mayores niveles de stress, con respecto a aquellos que declararon tener una salud oral favorable. <sup>(36)</sup>

El estado de salud oral tiene repercusiones en la salud general del individuo. Se ha demostrado la asociación entre la autovaloración de la salud oral y la calidad de vida general en adultos y adultos mayores. <sup>(33)</sup>

En odontología ha existido una gran proliferación de instrumentos y escalas en búsqueda de evaluar lo que ha sido llamado Salud Oral relacionada a calidad de Vida (OHRQoL).<sup>(37)</sup>

Slade y Spencer desarrollaron en el año 1994 el cuestionario: “Oral Health Impact Profile” (OHIP), y con este lograron capturar y jerarquizar los impactos orales según las pautas del marco conceptual de Locker (1998). El cual obtiene información de siete dimensiones: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social y minusvalía.<sup>(24,38)</sup>

Estas se encuentran organizadas jerárquicamente, según aumenta su complejidad, midiendo los efectos negativos que tiene la salud bucal sobre las actividades de la vida diaria y roles sociales. Este ha sido considerado uno de los más completos y avanzados hasta ahora y ha sido ampliamente utilizado en muchos países y en una serie de estudios epidemiológicos.<sup>(24,38)</sup>

En Chile esta encuesta se validó el año 2006, en un rango etario entre los 12 y 21 años. Pero resulta que hay ítems del OHIP-49 original que resultan ser irrelevantes para adolescentes, como son el uso de prótesis, salud general e incapacidad funcional. Por lo que resulta ser una de las situaciones más exigentes del instrumento, dando resultados que testifican la utilidad de este mediante su fiabilidad.<sup>(39)</sup> Debido a esto, el instrumento ya fue validado en población adulta mayor chilena y se obtuvo la misma fiabilidad que en otros países. Se obtuvo una consistencia interna a través del  $\alpha$  de Cronbach de 0,877. Se determinó una alta confiabilidad del instrumento OHIP-14 Sp mediante el  $\alpha$  de Cronbach ( $\alpha = 0,877$ ).<sup>(40)</sup>

Su mayor desventaja, es que, al ser un instrumento tan extenso, requiere de gran cantidad de tiempo para completar este cuestionario y esto ha sido un obstáculo para su mayor utilización en el campo clínico.



Es así que se desarrolló la versión OHIP-14, obtenido a través de un análisis regresivo, seleccionando dos preguntas por dimensión para obtener 14 preguntas, cuya ventaja es ser un instrumento abreviado más específico, manteniendo la fiabilidad. Esta versión recientemente se ha traducido a varios idiomas y se ha sometido a pruebas de propiedades psicométricas. <sup>(41,42)</sup>

Este a pesar de ser una versión acotada, demostró tener una alta fiabilidad, ser sensible a los cambios y tener coherencia apropiada entre las diferentes culturas en las que ha sido aplicado. Esto ha sido demostrado mediante el proceso de validación llevado a cabo en diferentes países con sus respectivas adaptaciones lingüísticas y culturales, reconociéndolo como uno de los instrumentos más internacionalizados del cual se ha reconocido su idoneidad para describir, discriminar y evaluar el bienestar bucal. <sup>(43,44,45,46,47,48,49,50,51,52)</sup>

En un estudio realizado por Henríquez Simoni, en una población de Brasil, se determinó que los mayores problemas relatados por los individuos que perdieron sus dientes fueron de naturaleza funcional y social, tales como: la pregunta sobre la incomodidad para comer o el sentimiento de vergüenza del individuo por causa de los problemas con sus dientes o su dentadura, causando fuerte impacto en la calidad de vida. La prevalencia del edentulismo parcial fue mayor que la del edentulismo total. A pesar de eso, al estudiar la asociación entre el tipo de desdentado con cada uno de los dominios del cuestionario OHIP- 14 (perfil de impacto de salud oral abreviado), los impactos negativos fueron mayores en los individuos que eran desdentados totales. <sup>(35)</sup>

Los odontólogos han sido instruidos para diagnosticar y rehabilitar enfermedades como la caries, enfermedades periodontales y otras más y existen varios índices que se utilizan para describir la prevalencia de estas enfermedades. Sin embargo, estas mediciones objetivas, no indican el impacto de estas enfermedades en el

bienestar psicosocial, más bien solo reflejan el punto final de estas enfermedades.  
(26)

Estos, son los encargados de la rehabilitación protésica, devolviendo la funcionalidad y la estética, por lo cual es de gran importancia que estos tengan conocimiento de la importancia que tiene para el paciente, no solo a nivel funcional, sino que también le otorga confianza y permite poder relacionarse con su entorno, favoreciendo así la Calidad de Vida de los adultos mayores. (33)

## **OBJETIVOS**

### a) 2.1 Objetivo General

Conocer el estado de salud bucal y percepción de calidad de vida relacionada a salud bucal en los adultos mayores de la Residencia Española, comuna de Las Condes, año 2016.

### b) 2.2 Objetivos Específicos:

- 1) Describir características sociodemográficas y de salud general en los adultos mayores según sexo, edad y enfermedades crónicas.
- 2) Determinar estado de salud bucal en los adultos mayores según ausencia de piezas dentarias, uso de prótesis, y ubicación en la arcada.
- 3) Determinar percepción de calidad de vida en los adultos mayores.

## **MATERIAL Y METODO**

### **3.1 Diseño del estudio:**

Estudio descriptivo diseño transversal

### **3.2 Universo y muestra:**

El universo correspondió a un total de 95 pacientes institucionalizados del Hogar Español, los cuales son pacientes regulares del centro dental del Hogar Español.

El tamaño muestral fue calculado utilizando una calculadora de tamaño muestral <sup>(53)</sup> con un nivel de confianza del 95%, con un margen de error del 5% y una prevalencia del 63% <sup>(54)</sup>. La muestra correspondió a 77 adultos mayores.

### **3.3 Tipo de muestreo:**

La selección de los participantes se realizó a través de un muestreo probabilístico aleatorio simple. Se codificaron las fichas y se realizó el sorteo en una tómbola, de esta forma se eligieron 77 participantes que aceptaron participar en el estudio.

#### Criterio de elegibilidad

-Criterios de inclusión: Residentes del Hogar Español, autovalentes y que acepten participar en el estudio.

-Criterios de exclusión: Residentes que no se encuentren presentes el día en que se realizó la encuesta.

### 3.4 Variables:

Variables	Definición	Dimensión	Indicador
Sexo	Conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres en comunes	*Femenino *Masculino	Mujer=1 Hombre=2
Edad	Tiempo en años vividos por el individuo	*Estratificada	70-79=1 80 y más=2
Presencia de Enfermedades crónicas	Diagnóstico médico de patologías de tipo crónicas como DM y HTA.	*Presenta registro de patología crónica *No presenta registro de patología crónica	Registro en ficha Clínica: *No registra= 1 *Si registra=2
Ausencia de Piezas dentarias	Ausencia o la pérdida total o parcial de piezas dentales	*Presenta ausencia de más de dos piezas dentarias *No presenta ausencia de piezas dentarias	Presenta más de dos piezas perdidas=1 No presenta más de dos piezas perdidas=2
Uso de la prótesis removible en boca	Paciente portador de un aparato removible en uno o ambos maxilares.	*No Usa *Si Usa	Si=1 No=2
Ubicación de la prótesis removible en boca	Paciente portador de un aparato removible en el maxilar superior o inferior o ambos.	*Maxilar superior *Maxilar inferior *Ambos maxilares	*Maxilar superior=1 *Maxilar inferior=2 *Ambos maxilares=3
Calidad de vida	Percepción que el individuo tiene del grado de disfrute de su vida asociado a su salud dental	*Limitación funcional *Dolor Físico *Malestar Psicológico *Discapacidad social *Minusvalía	*Bueno= 1-18=1 *Regular= 19-32=2 *Malo= 38-56=0

### 3.5 Técnicas de recolección de datos:

El primer paso consistió en solicitar autorización al comité de ética de la Universidad Finis Terrae por medio de una carta formal. Una vez autorizada, se realizó la solicitud formal al Hogar Español (Anexo 4) para poder realizar el estudio y así poder acceder a las fichas clínicas de los participantes del estudio.

Una vez seleccionados a los participantes se aplicó la encuesta validada “**OHIP-14Sp**”. Este instrumento consta de 14 preguntas, permitiendo conocer la percepción de calidad de vida relacionada con la salud bucal al medir 5 ámbitos: limitaciones funcionales, dolor físico, malestar psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social y minusvalía. (Anexo 1) Esta encuesta fue validada por el equipo de geriatría de la Universidad de Talca, en Chile en una población adulta mayor. <sup>(56,57)</sup>

Posteriormente, se aplicó un cuestionario con 10 preguntas para levantar información de las variables sociodemográficas y odontológicas: sexo, edad, nivel educacional, presencia de patologías crónicas, ausencia de piezas dentarias, uso de prótesis dental, instrucción de higiene oral por parte de un odontólogo y las visitas al dentista durante el año último. Este instrumento fue elaborado por el investigador.

Previamente a la aplicación de los instrumentos se les consultó si estaban de acuerdo en formar parte del estudio con previa firma de consentimiento informado. Una vez firmado el consentimiento, se aplicó por los investigadores la encuesta y el cuestionario OHIP-14. Para mantener en el anonimato sus nombres los cuestionarios fueron foliados (Anexo 3).

### **3.6 Análisis e interpretación de datos:**

Los datos obtenidos se registraron en una planilla Excel confeccionada para el estudio con todas las variables a estudiar. Posteriormente se estimó la ocurrencia de los niveles de percepción de calidad de vida relacionada con la salud bucal mediante la encuesta OHIP -14sp. La cual presenta su propia definición de resultados.

La encuesta presenta una categorización en sus resultados que pueden ser:

1.- Bueno= 1-18 puntos, 2.- Regular: 19 -38 puntos, 3.- Malo: 38 -56.

Para su cuantificación se usa un formato de tipo Likert (0 = nunca, 1 = rara vez, 2 = a veces, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo, 5 = siempre).

Una vez concluida la digitalización de la información, se realizó un análisis de tipo descriptivo de los datos obtenidos calculando la media y proporciones. Posteriormente los datos fueron presentados en tablas.

## RESULTADOS

**Tabla N°1:**

**Distribución de la muestra según sexo. Hogar Español, 2016**

<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Femenino	53	68,83%
Masculino	24	31,17%
Total	77	100%

Tabla 1. La muestra correspondió a 77 personas, de las cuales el 68,83% son mujeres y el 31,17% son hombres.

**Tabla N°2:**

**Distribución de la muestra según edad. Hogar Español, 2016.**

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
70-79	70	90,91%
80 y más	7	9,09%
Total	77	100%

Tabla 2. En relación al rango etario, el 90% se encontraban en el estrato etario de 70 a 79 años, con una media de edad de 74 años.



**Tabla N°3:**

**Distribución de la muestra según presencia de patologías crónicas.  
Hogar Español, 2016.**

<b>Presencia de Patologías crónicas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
DM	13	16,88%
HTA	29	37,66%
AMBAS	23	29,87%
Otras	5	6,49%
NINGUNA	7	9,09%
Total	77	100%

Tabla 3. En relación a la presencia de patologías crónicas, un 37,66% presenta HTA, un 29,87% presenta HTA y DM y un 16,88% del grupo presenta DM.

**Tabla N°4:**

**Distribución de la muestra según ausencia de piezas dentarias.  
Hogar Español, 2016.**

<b>Ausencia de piezas dentarias</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	73	94,81%
No	4	5,19%
Total	77	100%

Tabla 4. La muestra corresponde a 77 persona de las cuales un 94,81% presenta ausencia de piezas dentarias.

**Tabla N°5:**

**Distribución de la muestra según uso de prótesis. Hogar Español, 2016.**

<b>Uso de prótesis</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	63	81,82%
No	14	18,18%
Total	77	100%

Tabla 5. La muestra corresponde a 77 persona de las cuales un 81,82% usa prótesis.

**Tabla N°6:**

**Distribución de la muestra según Ubicación de la prótesis. Hogar Español, 2016.**

<b>Ubicación de la prótesis</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Maxilar superior	40	51,95%
Maxilar inferior	20	25,97%
Ambas	13	16,88%
No usa	4	5,19%
Total	77	100%

Tabla 6. La muestra corresponde a 77 personas, de las cuales un 51,95% usa solo prótesis superior y un 25,97% usa solo prótesis inferior.

En relación a la calidad de vida relacionada con la salud bucal, el 100% de los participantes presentó buena calidad de vida.

## **DISCUSION**

Los problemas que afectan la salud bucal de los adultos mayores cobran importancia por el impacto que tienen en la calidad de vida, así como también por la complejidad de estos problemas, en donde se requiere de una atención odontológica de especialidad, la cual es más escasa y costosa.

Los adultos mayores constituyen un grupo vulnerable por ser susceptibles a trastornos bucodentales. Cuando un individuo envejece, su capacidad física disminuye, lo que afecta la capacidad de mantener sus dientes.

El Ges incorporó la atención de salud oral a los adultos de 60 años dentro de sus garantías, sin embargo, estas garantías explícitas de salud dejan de lado a un importante grupo, que son todos los pacientes institucionalizados, que no pueden acudir a estos centros para tratar sus afecciones dentales y que, por lo tanto, quedan sin poder recibir esta prestación. Actualmente en la región metropolitana contamos con 449 establecimientos de larga estadía.

La percepción de calidad asociada a salud bucal de vida en los adultos mayores estudiados fue buena, independiente del sexo o rango etario al que pertenecieron. Con resultados muy diferentes a los estudios previos revisados, probablemente son varias las posibles razones, dentro de las cuales se podría mencionar una situación que se relaciona con el estrato socioeconómico alto al que pertenecen, además viven en una residencia que cuenta con una dentista de planta y un equipo médico que cuida constantemente su salud, por lo que cualquier afección se le trata a la brevedad, además presentan buenos índices de escolaridad, algunos incluso profesionales. También se pudo determinar por sus relatos que sus mayores problemas son de tipo sociales, siendo pacientes muy abandonados y muy poco visitados por sus parientes, por lo que su salud dental podría pasar a un segundo plano.

El número de sujetos estudiados y la muestra proporcionaron datos básicos y las tendencias con respecto al estudio de percepción de calidad de vida relacionada con salud bucal en sujetos adultos mayores, pero es limitado en la generalización y las posibles inferencias que pueden surgir sobre toda esta población.

Las investigaciones realizadas sobre salud oral en los adultos mayores en Chile indican que la salud oral de esta población es muy deficiente mostrando que, entre un 35% y un 50% presentan ausencia completa de sus piezas dentarias y el resto, se encuentra parcialmente desdentados. Sin embargo, datos obtenidos en este estudio acerca de los adultos mayores del hogar español demuestran que el 94,81% presenta piezas dentarias perdidas y que tan solo el 1 % de la población es desdentada total. Quizás esto puede deberse al tamaño de la muestra.

La implementación de programas de salud oral para el adulto mayor forma parte de la respuesta a la creciente demanda en salud oral de esta población y a la importancia asignada al cambio epidemiológico que está viviendo el país.

Los adultos mayores son especialmente vulnerables y que presentan mayor riesgo de enfermar, mayor frecuencia de enfermedades de carácter degenerativo y crónico, menor nivel de instrucción y menores recursos que el resto de la población, factores que pueden afectar de variadas formas su calidad de vida. Sin embargo, la población estudiada presenta buena calidad de vida relacionada con salud dental, probablemente debido a que los sujetos de este estudio forman parte de la minoría que tiene los recursos suficientes para costear dicha residencia, la que tiene un valor mensual de \$1.500.000 y que además es la única en Chile que cuenta con una dentista de planta.

Los estudios de Araya y cols. relatan que las patologías sistémicas más prevalentes en el adulto mayor son la Hipertensión y Diabetes Mellitus, en una proporción de 55% y 25% respectivamente. Otros estudios realizados en Costa Rica indican que el 59% de la población adulta presenta HTA siendo mayor entre las mujeres que los hombres. Datos similares a los encontrados en este estudio, que muestran que un 37,66% de la muestra presentó HTA y un 16,88% presentó DM.

La Encuesta Nacional de Salud 2003, informa que menos del 1% de la población mayor de 60 años tiene todos sus dientes y que la tercera parte de ellos es desdentada total. Sin embargo, en este estudio un 5,19% presentó su dentadura completa, probablemente debido a que esta investigación se realizó en una población que cuenta con mayores recursos económicos que el general de esta población y quizás tuvo mayor acceso a tratamientos dentales.

Según un estudio realizado en la Encuesta Nacional de Salud en Chile 2003, del total de la población mayor de 65 años, el 37,1% usa prótesis en ambos maxilares: el 25,3% porta prótesis solo del maxilar superior y solo el 0,8% usa prótesis en el maxilar inferior. En la población estudiada solo un 16,88% usaba prótesis en ambos maxilares. Sin embargo, un 51,95% presentó prótesis superior y un 25,97% presentó prótesis inferiores. Quizás como esta población tiene mayores recursos económicos tiene mayores posibilidades de realizarse tratamientos rehabilitadores. Los que además se realizan en el centro dental de la residencia donde viven.

Por último, cabe destacar que el envejecimiento poblacional es un tema relevante en nuestro país, con el paso de los años, los cambios morfológicos y funcionales favorecen la pérdida de piezas dentarias aumentando el uso de prótesis removibles. La función que cumple el odontólogo en la prevención y el tratamiento precoz de enfermedades es vital para tener una población con mejor percepción de calidad de vida.

## CONCLUSIONES

Cabe destacar que actualmente se han implementado programas para el Adulto mayor en cuanto a salud oral, pero estos en su juventud, no tuvieron medidas públicas de promoción y prevención o acceso a programas que cubrieran tratamientos odontológicos adecuados. Por lo que se sugiere implementar medidas educativas, preventivas y de promoción en edades anteriores, ya que el deterioro de salud bucal en los adultos mayores se denota bastante avanzado. Sin embargo, estos pacientes presentaron mejor calidad de vida asociada a salud dental que el general de adultos mayores de nuestro país, probablemente porque al tener mayores recursos económicos tuvieron mayor acceso a tratamientos dentales.

Es necesario mencionar que esta residencia cuenta con un dentista de planta que ha trabajado por más de 18 años en este lugar, y que permanentemente realiza medidas de promoción y prevención en salud oral, motivando y educando tanto a sus pacientes como a las enfermeras que ahí trabajan en cuanto a instrucciones y cuidados de higiene oral.

En Chile son escasos los estudios multicéntricos de prevalencia y seguimiento de salud oral y calidad de vida en sujetos Adultos mayores y sería recomendable que los siguientes estudios abarcaran muestras con un mayor número de sujetos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. INE. Instituto Nacional de Estadísticas: Censo 2012. Resultados XVII Censo de población 2012. Chile: INE; 2012.
2. Ministerio de Salud. Guía clínica Salud Oral Integral del Adulto de 60 años. Santiago: Minsal; 2007.
3. 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.
4. MINSAL. Subsecretaría de Salud pública. Decreto n°44, promulgado el 09 de enero de 2007 y publicado el 31 de enero de 2007, modificado el 1 de julio de 2010.
5. MINSAL. Ley 19966, promulgada el 25 de agosto de 2004 y publicada oficialmente el 3 de septiembre de 2004.
6. 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.
7. INE. Estadísticas Vitales, informe anual. Santiago: Instituto Nacional de Estadísticas; 2005.
8. Berkey D. Geriatric oral health issues in the United States. *Int Dent J.* 2001; 51(3suppl):254.
9. Locker D, Allen F. What do measures of oral health-related quality of life measure? *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007; 35: 401-411.
10. Meneses EJ. Salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores. España: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Odontología. Departamento de estomatología: 2010.
11. INE. Chile y los adultos mayores. Impacto en la sociedad del 2000. Santiago: Instituto Nacional de Estadísticas y comité nacional del adulto mayor; 1999.

12. 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.
13. Hernández de Ramos, M. Rehabilitación Oral para el paciente Gerátrico. Colombia: Facultad de Odontología, Universidad de Colombia. 2001.
14. Meneses EJ. Salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores. España: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Odontología. Departamento de estomatología; 2010.
15. Saez R, Carmona M, Jimenez Q, Alfaro X. Cambios bucales en el adulto mayor. Rev. Cubana Estomatol (revista en internet). 2007; 44(4) (citado 2014 Jul 21) Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s003475072007000400011&ing=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s003475072007000400011&ing=es).
16. Forttes P. Las personas mayores en Chile. In: C Massad editor. Senama: Santiago: Maval; 2009. pp.156.
17. González Pérez U. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. Revista Cubana de Salud Pública. 2002; 28:157-175.
18. Forttes P. Las personas mayores en Chile. In: C Massad editor. Senama: Santiago: Maval; 2009. pp.156.
19. Velarde-Jurado EaA-Fc. Evaluación de la calidad de vida. Salud pública Mex. 2002; 44(4):349-361.
20. Schwartzman L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos Conceptuales. Ciencia y enfermería. 2003; 9:9-21.
21. Harju P, Lahti S, Hausen H. Oral Health impact among adult Finnis – a pilot study. J Dent Res.2002. Acceso: 25 Noviembre, 2011. Aavailable from:  
[http://iadr.confex.com/iadr/2002SanDiego/techprogram/abstract\\_13025.htm](http://iadr.confex.com/iadr/2002SanDiego/techprogram/abstract_13025.htm).
22. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 1997b;. 25(4):284-290.



23. Oliveira BH. Psychometric properties of the brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005; 33(4):307.
24. Papagiannopoulou V. Validation of a greek version of the oral health impact profile (OHIP-14) for use among adults. *Health And Quality Of Lif Outcomes.* 2012;10(7).
25. Rener-sitar K. Psychometric properties of croatian and Slovenian short form of oralhealth impact profile questuinnaires. *Croat Med J.* 2008; 49(4):536.
26. Locker D. Using subjective oral health status indicators to screen for dental care needs in older adults. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1996; 24(6):398.
27. Streiner D, Norman G. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use.* Oxford: Open University Press; 1989.
28. Fuentes F. Validacion del instrumento acotado ohip-14 Sp en adultos mayores chilenos. Universidad de Talca. 2012. [citado: 2014 julio 2015]. Disponible en:  
[http://dspace.utalca.cl/bitstream/1950/9348/2/fuentes\\_varela.pdf](http://dspace.utalca.cl/bitstream/1950/9348/2/fuentes_varela.pdf)
29. INE. Actualización 2002-2012 y proyección de población 2013-2020, septiembre 2014. Santiago: Instituto nacional de Estadísticas; 2014.
30. Olmos P, Piovesan S, Musto M, Lorenzo S, Álvarez R, & Massa F. Caries dental. La enfermedad oral más prevalente: Primer Estudio poblacional en jóvenes y adultos uruguayos del interior del país. *Odontoestomatología,* 2013; 15(SPE): 26-34.
31. SENAMA. Catastro Nacional de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores de SENAMA. Santiago: Ministerio Secretaría General Presidencia de la Nación; 2012.
32. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the world Health Organization.* September 2005; 83 (9): 644-645.

33. Velazquez-Olmedo LB, Ortiz-Barrios LB, Cervantes-Velazquez A, Cárdenas-Bahena A, Sanchez-García S. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014; 52(4):448-56.
34. Hebling E, Pereira A. Oral health- related quality of life: a critical appraisal of assessment tools used in elderly people. Gerodontology. 2007; 24:151-161.
35. Simoni JCC, Soares G, Hordonho PM, Moura C, Santos E, De Souza R. Impacto del edentulismo en la calidad de vida de individuos brasileños. Acta Odontol Venez. 2010; 51(3).
36. Locker D, Clarke M, Payme B. Selfperceived oral health status, psychological wellbeing, and life satisfaction in an older adult population. J Dent Res. 2000; 79(4): 970-975.
37. McGrath C, Bedi R. The importance of oral health to older people's quality of life. Gerodontology. 1999; 16(1): 59-63.
38. Rener-sitar K. Psychometric properties of croatian and Slovenian short form of oralhealth impact profile questuinnaires. Croat Med J. 2008; 49(4):536.
39. Cohen LK. The emergency field of oral health- related quality of life outcomes research. In: Measuring oral health and quality of life. Edited by: Slade GD. University of north Carolina: Chapell Hill: University of North Carolina, Dental Ecology. 1997. pp 1-10.
40. Bae KH, Kim KH, Jung SH, Park DY. Validation of the Korean version of the oral health impact among the Korean elderly. Community Dent Oral Epidemiol. 2007; 35(1):73-9.
41. Lopez R, Baelum V. Spanish Version of the Oral Health Impact Profile (OHIP -Sp). BMC Oral Health. 2006; 6(1):11.
42. León S, Abala C. Validación del instrumento de evaluación de Salud Oral asociada a la calidad de vida "OHIP-49" en AM chilenos. Tesis para optar al grado de Magister en Envejecimiento y Calidad de Vida. Santiago: INTA, Universidad de Chile; 2012.

43. Harju P, Lahti S, Hausen H. Oral Health impact among adult Finns – a pilot study. *J Dent Res.* 2002. Acceso: 25 Noviembre, 2011. Available from: [http://iadr.confex.com/iadr/2002SanDiego/techprogram/abstract\\_13025.htm](http://iadr.confex.com/iadr/2002SanDiego/techprogram/abstract_13025.htm).
44. Larsson P, List T, Lundstrom I, Marcusson A, Ohrbach R. Reliability and validity of a Swedish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-S). *Acta Odontol Scand.* 2004; 62: 147-52.
45. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology.* 1997b;. 25(4):284-290.
46. Allen PF. An assesment of sensitivity to change of the Oral Health Impact Profile in a clinical trial. *Community dentistry and oral epidemiology.* 2001; 29(3):175-182.
47. Allison P. A cross-cultural study of oral health values. *J Dent Res.* 1999; 78(2):643.
48. Castrejón-Pérez RC, Borges-Yáñez SA. Derivation of a short form of the Oral Health Impact profile in Spanish (OHIP-EE-14). *Gerodontology.* 2012; (29): 155 - 8.
49. John MT. German Short Forms of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006; 34(4):277.
50. Kotzer RD. Oral health-related quality of life in an aging Canadian population. *Health Qual Life Outcomes.* 2012; 10(50).
51. Montero-Martín J. Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2009; 14(1):E44.
52. Oliveira BH. Psychometric properties of the brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005; 33(4):307.
53. Figueiredo MC, Barbará LS, Missel MH, Santos MM, Vacca V. Relación entre enfermedades crónicas y salud-enfermedad bucal en adultos brasileiros de bajo nivel socioeconómico. *Odontoestomatología.* 2013, 15(21):20-29.
54. Bettina A. Importancia de la salud oral y su conexión con la salud general. *Biomedicina.* 2006; 2(3):246-251.