



FACULTAD DE POSGRADOS

“CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES REHABILITADOS CON IMPLANTES  
EN LA UNIVERSIDAD DE LAS AMERICAS, POR LOS ESTUDIANTES DE LA  
ESPECIALIDAD MEDICA EN REHABILITACION ORAL PERIODO 2017-2019”

Autora

Mercy Virginia Mora Rojas

Año  
2020



FACULTAD DE POSGRADOS

“CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES REHABILITADOS CON  
IMPLANTES EN LA UNIVERSIDAD DE LAS AMERICAS, POR LOS  
ESTUDIANTES DE LA ESPECIALIDAD MEDICA EN REHABILITACION ORAL  
PERIODO 2017-2019”

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos  
establecidos para optar por el título de Especialista Médica en Rehabilitación  
Oral

Profesor Guía

Dr. Paul Santiago Santacruz Escobar

Autora

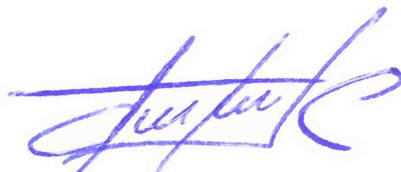
Mercy Virginia Mora Rojas

Año

2020

## DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido el trabajo, Calidad de vida de los pacientes rehabilitados con implantes en la Universidad de las Américas, por los estudiantes de la Especialidad Médica en Rehabilitación Oral periodo 2017-2019, a través de reuniones periódicas con la estudiante Mercy Virginia Mora Rojas, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.




---

Dr. Paul Santiago Santacruz Escobar  
Especialista Médico en Rehabilitación Oral  
CI 0501604763

## DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

“Declaro haber revisado este trabajo, Calidad de vida de los pacientes rehabilitados con implantes en la Universidad de las Américas, por los estudiantes de la Especialidad Médica en Rehabilitación Oral periodo 2017-2019, de Mercy Virginia Mora Rojas, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.



---

Dr. Harold Steve Valladares Paredes  
Especialista en Rehabilitación Oral  
CI 1712965001

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mí autoría que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigente”.



---

Mercy Virginia Mora Rojas  
CI 1104493224

## RESUMEN

El presente trabajo se realizó con la finalidad de conocer la Calidad de vida de los pacientes rehabilitados con implantes en la Universidad de las Américas, por los estudiantes de la Especialidad Médica en Rehabilitación Oral periodo 2017-2019, empleando la encuesta OHIP-14sp en un grupo de 103 pacientes. Al ser indispensable el uso de la historia clínica y de los exámenes complementarios a cada paciente se debería implementar el uso de estas herramientas como el OHIP-14sp que nos van a proporcionar información sobre el estado psicológico y social de cada paciente al finalizar su tratamiento. Entre menos piezas dentales se deban reemplazar existe una mejor calidad de vida del paciente y mientras más piezas se tengan que rehabilitar aumenta la probabilidad de complicaciones. Los resultados obtenidos de las 7 dimensiones de la encuesta se las relaciono con el género, la edad y el tipo de prótesis (implante unitario, prótesis fija sobre implante, sobredentadura sobre implante y prótesis híbrida), realizando el análisis en el programa SPSS15 y usando la prueba de Chi cuadrado de Pearson en las tablas cruzadas obteniendo como resultado que los pacientes que se realizaron rehabilitación sobre implantes mejoran su calidad de vida relacionada con la salud oral, no existiendo diferencia estadísticamente significativa en cuanto al género y causando más satisfacción en pacientes jóvenes.

## **ABSTRACT**

The present work was made with the object of knowing the quality of life that rehabilitated patients with implants have, in Universidad de las Americas by the Medical specialization of Oral Rehabilitation students from the 2017-2019 period, using the survey OHIP-14sp in a group of 103 patients. As the usage of medical records and complementary exams is indispensable in every patient, this tools should be used as the OHIP-14sp, which will provide us information about the social and psychological state of each patient at the ending of their treatment. The less amount of replaced dental pieces, the better life quality the patient will have; while, the more amount of pieces that have to be rehabilitated, the probability of complications increases. The results obtained from the 7 dimensions of the survey have been related to gender, age and the type of prosthesis (unitary implant, fixed prosthesis over implant, over-denture over implant and hybrid prosthesis), doing the analysis in the SPSS15 program and using the Pearson's Chi square test on Crossed tables, obtaining as a result that the rehabilitated patients with implants improve their life quality regarding to oral health, without the existence of significant statistic differences concerning gender and causing more satisfaction in young patients.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco primeramente a Dios, por haberme dado salud y vida para poder culminar una meta anhelada.

A la Universidad de las Américas y a las autoridades de la Carrera de Odontología por haber conseguido realizar una maestría que nos permita a los profesionales poder seguir trabajando y a la vez poder alcanzar un sueño.



## **DEDICATORIA**

A mis padres por ser ese modelo ejemplar de familia y de perseverancia; mil gracias por el apoyo incondicional que siempre me han dado, todos mis logros se los debo a Uds; y espero algún día poder llegar tan lejos como mi querida madre.

A mi hermano Leo, por la ayuda que siempre me ha brindado, por ser ese gran amigo con el que siempre puedo contar, te admiro por tu constancia de siempre alcanzar lo que te propones.

A mi esposo David por estar siempre presente y por cuidar y proteger de nuestra familia, y a mi pedacito de cielo, mi hija Camila, que llegó para demostrarme que la vida es bella pese a todas las complicaciones que pueden existir, ella es y será el motor y la inspiración de mis días y el mejor regalo que Dios me pudo haber dado.

# ÍNDICE

1. CAPITULO I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Formulación del Problema .....	1
1.2 Justificación .....	3
1.3 Objetivos.....	4
1.3.1 Objetivo General.....	4
1.3.2 Objetivos Específicos.....	4
2. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO .....	4
2.1 Causas de la pérdida dental .....	5
2.2 El edentulismo.....	5
2.2.1 Perdida dental y su relación con el factor psicológico.....	7
2.2.2 Perdida dental y su relación con el factor fisiológico.....	8
2.2.3 Perdida dental y su relación con el factor funcional.....	10
2.3 Definición de calidad de vida .....	12
2.3.1 Calidad de vida relacionada con la salud oral.....	12
2.4 Tipos de rehabilitación convencional.....	15
2.4.1 Prótesis fija .....	15
2.4.2 Prótesis removible .....	15
2.5 Rehabilitación sobre implantes .....	16
2.6 Implantoprotesis .....	16
2.6.1 Implante Unitario.....	18
2.6.2 Prótesis fija rehabilitada sobre implante .....	18
2.6.3 Sobre dentadura sobre implante.....	19
2.6.4 Prótesis Híbrida.....	20
2.7 Instrumentos para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral.....	21
2.7.1 OHIP .....	22
2.7.2 OHIP - 14.....	23

3. CAPITULO III. METODOLOGIA.....	25
3.1 Tipo de estudio .....	25
3.2 Universo y Muestra .....	26
3.2.1 Criterios de inclusión.....	26
3.2.2 Criterios de exclusion.....	26
3.3 Descripción del método .....	26
3.3.1 Recolección de la información .....	27
4. CAPITULO IV. RESULTADOS .....	27
4.1 Descripción de la muestra.....	27
4.2 Análisis de las 7 dimensiones .....	31
4.3 Relación de variables por sexo, edad, tipo de tratamiento, analizando cada dimensión como una variable independiente y relacionando la calidad de vida con la salud oral .....	33
4.3.1 Análisis de las dimensiones por género.....	34
4.3.1.1 Análisis de calidad de vida según el género.....	39
4.3.2 Análisis de dimensiones por edades.....	40
4.3.2.1 Análisis de calidad de vida según la edad .....	50
4.3.3 Análisis de dimensiones según el tipo de tratamiento .....	52
4.3.3.1 Análisis de la calidad de vida según el tipo de tratamiento.....	59
5. DISCUSION .....	62
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	65
6.1 Conclusiones.....	65
6.2 Recomendaciones .....	66
REFERENCIAS .....	67
ANEXOS .....	75

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Instrumentos de medición de calidad de vida relacionada con la salud oral.....	22
Tabla 2 Dimensiones de la encuesta Ohip 14-SP.....	25
Tabla 3 Distribución de pacientes según el género.....	27
Tabla 4 Distribución de pacientes según la edad.....	28
Tabla 5 Tipo de tratamiento que se realizó. ....	29
Tabla 6 Calidad de vida relacionada con la salud oral forma general. ....	30
Tabla 7 Evaluación del total de las dimensiones.....	31
Tabla 8 Tabla cruzada, análisis de las dimensiones por género.....	34
Tabla 9 Tabla cruzada, análisis de dimensiones por edades.....	40
Tabla 10 Tabla cruzada, análisis de las dimensiones según el tratamiento.....	52
Tabla 11 Número de implantes y su relación con la calidad de vida. ....	60
Tabla 12 Medidas simétricas.....	61

## INDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Distribución de pacientes según el género.....	28
<i>Figura 2.</i> Distribución de pacientes según la edad.....	29
<i>Figura 3.</i> Tipo de tratamiento que se realizó .....	30
<i>Figura 4.</i> Calidad de vida relacionada con la salud oral forma general. ....	30
<i>Figura 5.</i> Respuesta del total de las dimensiones.....	32
<i>Figura 6.</i> Análisis de D1 según el género.....	35
<i>Figura 7.</i> Análisis de D2 según el género.....	35
<i>Figura 8.</i> Análisis de D3 según el género.....	36
<i>Figura 9.</i> Análisis de D4 según el género.....	36
<i>Figura 10.</i> Análisis de D5 según el género.....	37
<i>Figura 11.</i> Análisis de D6 según el género.....	38
<i>Figura 12.</i> Análisis de D7 según el género.....	38
<i>Figura 13.</i> Análisis de calidad de vida según el género. ....	39
<i>Figura 14.</i> Analisis de la D1 según la edad.....	43
<i>Figura 15.</i> Analisis de la D2 según la edad .....	44
<i>Figura 16.</i> Analisis de la D3 según la edad .....	45
<i>Figura 17.</i> Analisis de la D4 según la edad .....	46
<i>Figura 18.</i> Analisis de la D5 según la edad .....	47
<i>Figura 19.</i> Analisis de la D6 según la edad.....	48
<i>Figura 20.</i> Analisis de la D7 según la edad.....	49
<i>Figura 21.</i> Analisis de calidad de vida según la edad.....	50
<i>Figura 22.</i> Análisis de la D1 según el tipo de tratamiento. ....	54
<i>Figura 23.</i> Análisis de la D2 según el tipo de tratamiento. ....	54
<i>Figura 24.</i> Análisis de la D3 según el tipo de tratamiento. ....	55
<i>Figura 25.</i> Análisis de la D4 según el tipo de tratamiento. ....	56
<i>Figura 26.</i> Análisis de la D5 según el tipo de tratamiento .....	57
<i>Figura 27.</i> Análisis de la D6 según el tipo de tratamiento .....	57
<i>Figura 28.</i> Análisis de la D7 según el tipo de tratamiento .....	58
<i>Figura 29.</i> Análisis de la calidad de vida según el tipo de tratamiento .....	59
<i>Figura 30.</i> Calidad de vida según el número de implantes colocados.....	60

## 1. CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Formulación del Problema

El aumento acelerado de la esperanza de vida exige actividades destinadas a mejorar la calidad de vida principalmente de la población de edad avanzada. En términos generales la calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de las personas; posee aspectos subjetivos y objetivos. Dentro de los aspectos subjetivos está el bienestar físico, psicológico y social y dentro de los aspectos objetivos está el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico, social, la comunidad y la salud objetivamente percibida; el concepto de calidad de vida enfatiza la naturaleza multidimensional del estado de salud y tradicionalmente se ha centrado en tres dimensiones: capacidad funcional, percepciones del bienestar social y estética. (Castillo 2016)

Desde la década de 1970 se han venido diseñando múltiples instrumentos que nos ayudan a evaluar el efecto que tienen las enfermedades bucodentales en la población relacionada con su calidad de vida. Estos instrumentos han sido utilizados para diversos fines como evaluar qué éxito tuvieron los tratamientos dentales realizados, y la satisfacción que tuvo el paciente con el servicio de odontología y la eficacia brindada en los procedimientos realizados; también se usan para comparar diferentes tipos de tratamiento especialmente en la población de adultos mayores edéntulos y en personas que no hacen uso frecuente de los servicios odontológicos. (Montero 2009)

Las causas más comunes de pérdida de dientes son: las enfermedades orales, caries dental y enfermedad periodontal. La mala salud bucal puede significar problemas sociales o financieros. Personas que tienen pérdida de sus piezas dentales o son edéntulos o tienen una prótesis removible tienen una percepción negativa de sí mismos y pueden sentirse diferente de otros. Las personas afectadas a menudo tienen una peor calidad de vida y peor función. La pérdida

de dientes puede compararse con una amputación, y las cavidades en los dientes se perciben como imperfecciones físicas, como si faltara alguna parte del cuerpo. (Rehnqvistn 2010)

La deficiente salud oral afecta los aspectos funcionales, psicológicos y sociales de la vida diaria, y tiene un impacto en la calidad de vida de las personas. Determinar en qué medida influye la salud bucal en la calidad de vida, ha hecho que se desarrollen numerosos cuestionarios que han sido utilizados en pacientes que han sido restaurados con prótesis; el Perfil de Impacto en la Salud Oral (OHIP) es uno de estos instrumentos y se ha usado ampliamente en varios países para estudiar la calidad de vida que está relacionada con la salud oral (CVRSO) y actualmente está considerado como un instrumento completo y avanzado. (León 2014)

El uso de la información dada por el paciente hace que aumente la investigación dental permitiendo la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO), una construcción multidimensional que evalúa el impacto de los problemas orales en la estética subjetiva, bienestar funcional y psicosocial.

Este instrumento fue creado con el objetivo de medir que efecto tienen los trastornos bucodentales en las actividades que desarrollan los pacientes en la vida diaria desde su propia experiencia, basándose en un informe de autopercepción de la disfunción, incomodidad y la inhabilidad atribuida a estas condiciones orales. Lo que evalúa este instrumento no son los aspectos positivos, sino los resultados adversos de los problemas de salud bucal. (Montero 2009)

Con la pérdida de dientes hay un deterioro asociado en la calidad de vida. La vida se vuelve restringida: la existencia de muchas personas con pérdida de dientes se caracteriza por pérdida de autoestima, baja estatus social y deterioro de la función.

El tratamiento de la pérdida de dientes es muy importante para las personas afectadas. De varias maneras, recibir tratamiento para la pérdida de dientes significa un volver al estilo de vida normal y mejorar la calidad de vida. Los pacientes con pérdida de un solo diente pueden ser rehabilitados mediante puentes con soporte dental, puentes unidos con resina o implantes con coronas. La tasa de supervivencia a cinco años para coronas sobre implantes es más del 90 por ciento, para pacientes con pérdida de dientes más extensas. La rehabilitación se puede realizar con prótesis parciales o completas, fijas o removibles retenidas por los dientes naturales restantes, implantes dentales o son soportados directamente por la mucosa oral. Se puede esperar que alrededor del 95 por ciento de los puentes de implantes sobrevivan de 5 a 10 años. (Rehnqvist 2010)

## **1.2 Justificación**

En el área de la odontología, existen varias alternativas de tratamiento que se puede ofrecer a los pacientes que han perdido sus piezas dentales; la innovación en esta área es constante y la gama de materiales que se puede ofertar es amplia, dependiendo de la necesidad de cada paciente. En la actualidad los implantes dentales en la mayoría de los casos son la primera opción de tratamiento.

Al ofrecer tratamientos dentales basados en la colocación de implantes existen algunas alternativas como: implantes unitarios, prótesis fijas sobre implantes, sobredentadura sobre implantes y prótesis híbrida; las mismas que se colocan analizando aspectos previos de cada paciente y el presupuesto que pueda tener éste.

Como lo menciona (Castillo 2016) la calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO), independientemente del tipo de prótesis sobre implante o de su sistema de conexión, va a depender de la cantidad de piezas dentales que haya perdido el paciente; entre menos piezas dentales se deban reemplazar



hay mayor nivel de satisfacción del paciente y mientras más piezas se tengan que rehabilitar aumenta la probabilidad de complicaciones.

La finalidad de esta tesis, es analizar si los pacientes que son Rehabilitados con implantes dentales por los estudiantes de la Especialidad Médica en Rehabilitación Oral en el periodo 2017-2019 en la Universidad de las Américas, tienen una mejor calidad de vida y que tipo de rehabilitación sobre implante es la que tiene mejor aceptación por parte del paciente, mediante la encuesta OHIP-14SP. Información que se obtendrá de manera general y que podría ser usada por futuros profesionales para poder realizar un trabajo investigativo más amplio o podría ser comparado con rehabilitaciones realizadas en otras universidades o en clínicas particulares.

### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar la Calidad de vida de los pacientes rehabilitados con implantes en la Universidad de las Américas, por los Estudiantes de la Especialidad Médica en Rehabilitación oral periodo 2017-2019.

#### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Determinar la calidad de vida de los pacientes rehabilitados con implantes dentales por medio del cuestionario OHIP-14SP.
- Identificar qué tipo de rehabilitación sobre implantes se relacionan con una mejor calidad de vida.

## **2. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

La OMS o conocida como la Organización Mundial de la Salud, ha ejecutado varios trabajos tratando de mejorar la condición oral de los ciudadanos en

diversos países, con el objetivo de reducir el porcentaje de personas edéntulas que existen en la población; pese a todos los esfuerzos que se han realizado la cantidad de pacientes con pérdida dental han aumentado requiriendo rehabilitación oral en su gran mayoría con prótesis totales. En un estudio realizado por (Siqueira 2013), indica que, aunque se ha tratado de mejorar los parámetros de salud oral; la cantidad de pacientes con edentulismo podría aumentar hasta el año 2020, sin existir una disminución relativa en la tasa de edentulismo, esto se debería al aumento que existe de la población adulta mayor. Por estos antecedentes es un reto para los profesionales de la salud oral ya que el principal objetivo que se tiene, es devolver la función masticatoria y estética con diferentes planes de tratamiento mejorando la calidad de vida del paciente. (De Siqueira et al, 2013)

Existen algunos cuestionarios, con preguntas que evalúan la percepción psicosocial y personal del individuo, valorando la calidad de vida o sus componentes, considerando el estado bucodental de las personas que está influenciado por la personalidad, el entorno donde vive y se desarrolla. (Haraldstand et al, 2019)

## **2.1 Causas de la pérdida dental**

La OMS (Organización Mundial de la Salud) ha indicado que, dentro de las enfermedades de la cavidad bucal, la caries dental es considerada como la principal; afecta al 95% de la población y a países desarrollados por lo que se la identifica como la tercera patología mundial, luego tenemos a las enfermedades periodontales; las dos patologías son las más prevalentes y causan la mayor pérdida dental. (Fuente, Sumano, Sifuentes, Zelocatecatl, 2010)

## **2.2 El edentulismo**

Una compleja problemática que se tiene en el área de odontología es el edentulismo ya sea parcial o total; y se la considera como una problemática

compleja porque origina varias alteraciones locales o generales; los pacientes se ven afectados en su autoestima creando insatisfacción del aspecto físico por lo que evitan hablar, o interactúan lo mínimo posible; personas edéntulas que son portadores de prótesis mal adaptadas o confeccionadas; tienen dificultad y cambios en el habla y en la pronunciación; causando afectación en su relación afectiva, laboral y social; limitando su calidad de vida y el trato con sus semejantes, debido a que debe asociar que lleva consigo un aparato artificial. (Romero, 2017)

El edentulismo trae algunas alteraciones como:

**Psicológicas:** efectos psíquicos y cambios conductuales.

**Fisiológicas:** alteración de tejidos duros y tejidos blandos causando alteraciones en la parte estética.

**Funcionales:** modificaciones del habla, problemas en la masticación, alteración de la fonética y deterioro nutricional. (Petridis, 2001)

Muchos adultos desarrollan habilidades necesarias para superar las limitaciones de las prótesis dentales, aceptándolas con el tiempo. Sin embargo, algunos pacientes

con pérdida de dientes naturales, se clasifican como "inadaptados" (Friedman et al. 1988), se han descrito 3 clases de pacientes con dentaduras completas mal adaptadas:

•**clase 1:** pacientes que pueden adaptarse físicamente pero no emocionalmente

•**clase 2:** pacientes que no pueden adaptarse física o emocionalmente

•**clase 3:** pacientes que no pueden y no usan dentaduras postizas, quienes padecen depresión crónica y se aíslan de la sociedad. (Friedman, 1988)

Por estos motivos, cuando se va a rehabilitar a un paciente con algún tipo de prótesis, se debe considerar cuales son las expectativas que tiene, ya que eso va a ser fundamental para el éxito del tratamiento. (Souza, Alessandro y Costa, 2016)

### **2.2.1 Perdida dental y su relación con el factor psicológico**

Dentro de los **efectos psíquicos y cambios conductuales** en las personas con pérdida de sus dientes, y cuando se ve afectado principalmente la estética tenemos de manera primordial la pérdida de la autoestima por la insatisfacción que sienten con su aspecto físico, llegando en algunos casos al punto de evitar el contacto social, es decir, evitan salir de casa, y cuando deben hablar lo hacen lo mínimo posible, demostrando timidez y ansiedad, lo que causa el distanciamiento social (Felton, 2009)

La apariencia puede ser indispensable para los empleadores, ya que aprecian la belleza física y la relacionan con la buena salud la inteligencia y las habilidades sociales. Los pacientes edéntulos se autoaislan del mercado laboral por sus problemas dentales; por lo que tienen menos oportunidades, ya que la sonrisa es la mejor imagen, y permite tener mejores relaciones sociales y productividad. (Gallegos, 2011)

La precariedad dental causa dolor, sufrimiento emocional y el deterioro en las funciones de la cavidad oral; sumado el descuido personal y falta de interés hacen que los pacientes pierdan las ganas de reír generándoles mal humor y depresión; los pacientes geriátricos son los más afectados, teniendo depresiones mínimas como sintomatología leve llegando a cuadros de neurosis como un cuadro más avanzado. Existen pacientes que al ser rehabilitados con algún tipo de prótesis llegamos a satisfacer su requerimiento estético; por el

contrario, otros pacientes consideran que su vida social está comprometida y afectada. Acciones como besar se convertirán en un grave problema, más aún cuando sus relaciones sentimentales y amorosas están empezando y la pareja no tiene conocimiento de la discapacidad oral. (Haraldstad et al, 2019)

### **2.2.2 Pérdida dental y su relación con el factor fisiológico**

La pérdida de piezas dentales, causan alteraciones en la boca y se ve afectada la oclusión generando varios problemas que se van agravando de menor a mayor por ejemplo en pacientes parcialmente edéntulos:

- Al realizar el proceso de masticación, va a existir el impacto de los alimentos contra la encía, causando molestias y daños a los tejidos blandos y duros; dificultando esta función, por lo que tiene que masticar únicamente con el otro lado, provocando el desgaste en las piezas remanentes (Mc Garry et al, 2002).
- Al perder algunas piezas dentales va a existir la ausencia de puntos de contacto, lo que causa movilidad de los dientes adyacentes a los espacios edéntulos; debido a que estas piezas, buscan con quien contactar, dependiendo del caso se inclinan, mesializan, distalizan o se extruyen; cerrando espacios, evitando la buena higienización, causando retención de alimentos, aparición de caries, gingivitis, dificultando la rehabilitación dental; en algunos casos llega a causar periodontitis, movilidad dental, hasta el punto de perder la pieza dental. (Puciato, Borysiuk, Rozpara, 2017)
- Para que el hueso alveolar mantenga su forma y densidad necesita estimulación, la misma que desaparece al no existir una raíz del diente que la transmita, causando problemas a nivel óseo como la pérdida de la anchura del hueso, disminución de la altura y volumen, dejando un reborde alveolar con un aspecto aplanado o cóncavo con desaparición del fondo vestibular. Esta atrofia va en aumento causando dificultades al momento de la rehabilitación ya que se va a tener menos retención y estabilidad de la prótesis, creando en el paciente problemas importantes tanto funcionales

como psicológicos, comprometiendo la habilidad para masticar y hablar. (Vieira, 2014)

Cuando un paciente es edéntulo total en el maxilar superior y parcial en el maxilar inferior conlleva a importantes alteraciones estéticas, por estar comprometido el sector anterior, los mismos que los describió Kelly en el año de 1972 y se los conoce como el síndrome combinado que lleva su nombre. Existe una reabsorción acelerada del hueso, causando que la mandíbula experimente una rotación en sentido anti horario, tratando de reposicionarse respecto al maxilar superior, como consecuencia final va a existir una protrusión del mentón, va a disminuir el tercio inferior de la cara, el labio superior se va a retruir y va a aumentar la anchura de la boca. (Ferrus, 2013)

El hueso base de la mandíbula se va a reabsorber cuando se pierde hueso alveolar causando una disminución del espacio entre la nariz y la barbilla, pérdida del ángulo labiomenta, hundimiento de las líneas de expresión; haciendo que la persona pierda su estética se ven los pómulos más acentuados dando la apariencia de una cara más estrecha y una sonrisa pequeña, también se altera la funcionalidad por la disminución en la altura facial y el colapso de la dimensión vertical; este proceso que al ser natural por el envejecimiento, con la pérdida de las piezas dentales se acelera y causa una apariencia avejentada en las personas. (Vieira, 2014)

Con la disminución de la dimensión vertical la mandíbula se dirige hacia adelante causando una pseudo mal oclusión de clase III, provocando en el mentón un aspecto de prognatismo, las comisuras se caen dando un aspecto de tristeza e infelicidad; estas características son más notorias cuando la persona se encuentra en reposo (Jokstad et al, 2013)

La falta de piezas dentales, también afecta la posición de la articulación témporo mandibular, causando problemas como crepitaciones o chasquidos al momento de la apertura y cierre en algunas ocasiones estas manifestaciones

vienen acompañadas de dolor muscular en la región oral, dolores de cabeza y mareos por la cercanía que tiene la ATM al oído. (Sánchez, Campos, Rosas y Pedraza, 2014)

### **2.2.3 Pérdida dental y su relación con el factor funcional**

Como es de nuestro conocimiento una de las principales funciones de los dientes es la masticación, proceso en el cual los alimentos son fragmentados en partículas pequeñas, facilitando su deglución y posterior absorción en el organismo; en pacientes con pérdida dental va a existir una serie de problemas alterando la condición general de su salud, por la dificultad que tienen al masticar por tal motivo prefieren ingerir alimentos blandos; además porque les toma más tiempo triturar los alimentos y al deglutir son más difíciles de digerir en el estómago y en el intestino por la fragmentación inadecuada, haciendo que estas personas sean más susceptibles a padecer problemas digestivos, como el estreñimiento, impactando su condición de vida y su estado general. De igual manera cuando existe la pérdida de dientes las personas tienen un riesgo elevado de desarrollar carcinoma de células escamosas esofágicas, adenocarcinoma cardiaco gástrico o adenocarcinoma gástrico no cardiaco debido a las alteraciones en la flora bacteriana oral y aumentos posteriores en la producción de carcinógenos como las nitrosaminas, existiendo el riesgo de cáncer en el tracto gastrointestinal superior. (Abnet et al, 2001)

La alimentación siendo una actividad placentera puede influenciar en el estado de ánimo de una persona, y al no poder comer cualquier alimento por la pérdida de dientes, puede alterar su condición emocional y desarrollar un sentimiento negativo hacia la comida. (Emami, De Souza, Kabawat y Feine, 2013)

Los dientes, tienen un componente estético importante en cada persona, dan soporte y estructura a los tejidos duros y blandos de la cara, la falta de éstos, hace que aparezcan las facies típicas de un adulto mayor y que la autoestima

disminuya y evite las relaciones personales. (Preciado, del Rio, Lynch y Castillo, 2013)

A través de la conservación de la salud bucal, la odontología busca mantener la calidad de vida, entendida como “la percepción que el individuo tiene del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como de tejidos duros y blandos de la cavidad bucal, en el desempeño de las actividades de la vida diaria, teniendo en cuenta sus circunstancias presentes y pasadas, sus implicaciones en el cuidado, expectativas y paradigmas, de acuerdo con el sistema de valores de su contexto sociocultural”. (Esquivel y Jiménez, 2008)

El estado de la dentición del adulto mayor o de las personas con pérdida dental repercute en su nutrición, autoestima y en las relaciones con su entorno, su bienestar y su salud en general, favoreciendo la depresión, con repercusiones en la percepción del estado de nutrición y calidad de vida. (Puciato, Borysiuk y Rozpara, 2017)

Se debe rehabilitar funcional y estéticamente la boca de un individuo que ha perdido sus piezas dentarias y todas ellas reponerse (salvo los terceros molares). Pero esto va a depender, de su entorno cultural, su situación económica, su nivel social, y su estado de salud; considerando que el objetivo de toda rehabilitación debe ser mejorar la calidad de vida de los pacientes desde tres puntos de vista:

- **Psicológico:** devolver la sonrisa mejorando la autoestima.
- **Sociológico:** la integración grupal y la presentación en público.
- **Fisiológico:** proporcionar el placer de la comida mejorando la masticación, la digestión, y nutrición. (Mc Garry et al, 2002)



## **2.3 Definición de calidad de vida**

El término “calidad de vida” se refiere a la evaluación de los aspectos de nuestra vida, como por ejemplo el lugar donde vivimos, la forma en como nos comportamos y la satisfacción laboral. (Ferreira et al, 2017)

Un concepto genérico de calidad de vida es la preocupación que tiene cada persona por la modificación y mejora de los atributos en su vida; así como la salud y la enfermedad, el entorno físico, político, moral y social. (Boggatz, 2016)

En 1994, la OMS definió la calidad de vida como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida, dentro del contexto sociocultural y el sistema de valores en el que vive, y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones”, los cuales están relacionados entre sí, de manera compleja, con la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales y las creencias religiosas. (Haraldstand et al, 2019)

Felce y Perry la describen como: “la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales”. (Felce y Perry, 1995)

### **2.3.1 Calidad de vida relacionada con la salud oral**

La mayoría de las veces nos olvidamos de aspectos socioculturales importantes como: comer, hablar y sonreír; estas funciones tienen un impacto transcendental dentro de la sociedad, pero son poco estudiados dentro de las investigaciones que se realizan ya que existe mayor interés en el área de investigación clínica. En este sentido, en las últimas décadas se han ampliado los conceptos subjetivos dentro del área de la odontología. Uno de éstos es el de calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO). (Bellamy y Moreno, 2014)

La OMS al determinar que existe una relación estrecha entre la salud bucal y la calidad de vida de los individuos, la llega a definir como: “La percepción que tiene el individuo del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como con los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal en el desempeño de las actividades diarias, teniendo en cuenta sus circunstancias presentes y pasadas, sus implicaciones en el cuidado, expectativas y paradigmas acorde al sistema de valores dentro del contexto sociocultural”, En este sentido, es imprescindible conocer la calidad de vida de cada individuo, y los factores que pueden contribuir a modificarla ya sea de forma positiva o negativa, tanto en el estado de salud general como en el estado de salud bucal. (Di Maio, 2017)

La relación que tiene la salud oral en la calidad de vida de las personas es tan estrecha que puede llegar a afectar las condiciones biopsicosociales de las personas a causa de patologías como la pérdida dental que es considerada un problema en la salud pública. Y al ser considerada como una deficiencia, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) propuesta por la OMS en 1980 y retomada por el modelo de Locker, el cual contiene tres dimensiones: orgánica, individual y social en 1982 la Organización Mundial de la salud propuso que es necesario conservar al menos 20 dientes bien distribuidos en toda la cavidad oral, para lograr una adecuada funcionalidad; sin embargo, también manifiesta que para lograr una buena salud bucal es necesario luchar y tratar de conservar todas las piezas dentales. (Bellamy y Moreno, 2014)

La calidad de vida relacionada con la salud, incluyen aspectos de nuestras vidas que están dominados o influenciados de modo significativo por la salud personal. La evolución de este concepto de salud ha ido desde la preservación del bienestar biológico a una definición más amplia que incluye el bienestar psíquico y social, lo que hace que los profesionales del campo de la salud otorguen importancia a los efectos que causa una enfermedad y al tratamiento que se debe dar para mejorar la calidad de vida, especialmente cuando la enfermedad que presentan o el tratamiento que se va a sugerir tenga efectos

negativos. Como profesionales de la salud en la anamnesis y en la exploración física que se realiza, pocas veces se consiguen datos útiles que nos sirvan para establecer conclusiones sobre la calidad de vida relacionada con la salud del paciente. Por eso, es necesario utilizar, los cuestionarios estandarizados y que han sido desarrollados científicamente para evaluar de modo confiable y rápido el funcionamiento y el bienestar de las personas. (Gómez et al, 2019)

Con las respuestas que dan los pacientes al realizar estos cuestionarios más la información que se obtiene de la historia clínica y del examen físico, tendremos información útil, cuantificable y completa, facilitando al profesional para poder establecer un diagnóstico, y de esta manera elegir el mejor tratamiento y alcanzar el éxito. En el año de 1989, se realizó un Congreso en los Estados Unidos, donde se decretó que, en ese país para monitorear la eficacia de un tratamiento específico, debían realizar una evaluación personal a cada paciente sobre el estado funcional, el bienestar general, y la satisfacción que tienen con la atención médica recibida. (Ferreira et al, 2017)

La calidad de vida relacionada con la salud oral; puede llegar a modificarse por varios factores determinantes como la edad de la persona, el nivel socioeconómico que presentan y el grado de escolaridad, ya que estos van a estar asociados a la pérdida dental; a la percepción que van a tener ante una rehabilitación, la satisfacción que les va a provocar el tratamiento, la autoestima y la imagen corporal. Por eso las dimensiones que van a determinar y definir este concepto estará asociada a la percepción somática, la funcionalidad física y ocupacional; el estado emocional del paciente y la capacidad que tenga para interactuar con la sociedad (Manterola, Urrutia y Otzen, 2014)

Es un concepto relativamente nuevo que considera la autopercepción del individuo acerca de su salud, y debería ser un componente que se considere al momento del examen clínico odontológico. (Diaz, 2017)

Ha existido un creciente interés en los últimos años en medir los efectos de las condiciones orales y las alternativas terapéuticas en la calidad de vida

relacionada con la salud oral; la misma que puede ser mejorada utilizando rehabilitación prostodóntica en pacientes con edentulismo parcial o total, demostrando que hay mejoras según los puntajes del perfil de impacto en la salud oral (OHIP) y las revisiones sistemáticas previas (Ali et al, 2018)

## **2.4 Tipos de rehabilitación convencional**

Cuando se ha perdido una o varias piezas dentales, estas deben ser remplazadas por algún tipo de tratamiento; para esto tenemos la opción de usar prótesis fijas o removibles. (Scortecci, 2019)

### **2.4.1 Prótesis fija**

En la mayoría de casos y considerando si el paciente cumple con las características clínicas necesarias, este tipo de prótesis sería el tratamiento de primera elección por las ventajas que ofrece a los pacientes, al no ser móvil facilita la adaptación y la estética, aunque dentro de las desventajas es el costo elevado. (Chen, Cai, Yang, Aldhohran y Wang, 2019)

### **2.4.2 Prótesis removable**

Expone algunos problemas como la prevalencia de errores en su elaboración o desajuste de la misma, lo que causa inestabilidad y falta de retención, en algunas ocasiones causa lesiones irritativas en los tejidos blandos, y si no está bien confeccionada con el tiempo causa reabsorción del hueso alveolar e incomodidad para poder realizar adecuadamente funciones básicas como comer, hablar y sonreír. Por eso es necesario elegir correctamente el tipo de rehabilitación debido a que si la prótesis que utiliza el paciente es inadecuada o está mal adaptada va a causar una peor calidad de vida comparado con aquellas personas que utilizan prótesis bien adaptadas. De igual manera si no se elige correctamente el material con el que se debe confeccionar la prótesis y se coloca como una rehabilitación definitiva una prótesis flexible va a causar más reabsorción ósea. (Ferrus, 2013).

## 2.5 Rehabilitación sobre implantes

Los implantes son estructuras cilíndricas o cónicas, que se parecen a un “tornillo”, y van a ser insertados en el hueso maxilar con la finalidad de sustituir a la raíz del diente perdido tratando de corregir la función y estética; todo implante debe estar confeccionado de materiales que sean biocompatibles con los tejidos; por lo general están hechos de titanio puro o aleaciones como titanio-zirconio, los mismos que darán el soporte necesario para la rehabilitación dentaria; se utilizan en pacientes con diferentes tipos de edentulismo. (Bascones y Frías, 2003)

La característica principal que tiene el titanio, es la capacidad de fusionarse íntimamente con el hueso en el momento de que existe la osteointegración, es decir cuando el hueso que tiene el paciente se fusiona completamente con el implante, este proceso dura aproximadamente 2, 4, 6 o más meses, dependiendo de factores como la técnica quirúrgica utilizada, el hueso remanente del paciente ya que debe ser de buena calidad y no debe existir infecciones residuales, el tipo de rehabilitación que se va a realizar, el lugar donde ira colocado el implante ya sea en el maxilar o mandíbula, si se realizó regeneración ósea o no y si se respetó el periodo de integración evitando fuerzas dañinas; una vez comprobado mediante una radiografía que el implante se ha osteointegrado y que los tejidos adyacentes han cicatrizados y no existen sombras radio lúcidas que son signo de infección, es el momento de comenzar el proceso de rehabilitación de el o los implantes. (Melo et al, 2018)

## 2.6 Implantoprotesis

Cuando el paciente es edéntulo bimaxilar y ha sido rehabilitado con prótesis convencionales, la mayoría solo utiliza la prótesis superior ya que es la que proporciona mejor estabilidad y retención, no usan la prótesis inferior ya que en la mayoría de casos no tienen buena adaptación por la reabsorción del reborde residual presentándose generalmente rebordes en tipo de cuchillo; el 7% de las

personas son incapaces de acostumbrarse a sus prótesis y se vuelven “inválidos orales”. El tratamiento para remplazar las piezas dentales se relaciona con la adaptación de las prótesis restableciendo la función del sistema estomatognático. (Liu, Chen, Tsoi y Matinlinna, 2017)

La rehabilitación oral por medio de prótesis soportadas sobre implantes es una alternativa de tratamiento muy usada en los últimos años. Las opciones protésicas con implantes pueden ser fijas o removibles dependiendo de las condiciones de cada paciente. (Jokstad et al, 2013)

Sin embargo, para lograr éxito en el tratamiento con prótesis sobre implantes es fundamental una planificación adecuada, incluyendo la investigación del historial del paciente, indagando exhaustivamente como perdió sus piezas dentales naturales ya que estos diferentes factores etiológicos pueden influir en el pronóstico del tratamiento con implantes, por ejemplo, los pacientes que hayan perdido dientes por enfermedad periodontal pueden presentar un mayor riesgo de desarrollar enfermedades peri-implantarias. (Melo et al, 2018)

En un paciente rehabilitado con prótesis dental removible soportadas por implantes es más fácil colocar otro implante en el caso de requerir más apoyo, comparado a un paciente que tenga una prótesis parcial removible común donde existe la mayoría de casos un alto riesgo de daño en las piezas restantes por los apoyos, sin embargo, uno debe trabajar con la cantidad de piezas dentales existentes, aunque se puede sugerir una prótesis fija sobre implantes de ser el caso (Ali et al, 2018).

La retención que brindan los implantes ofrece nuevas posibilidades para garantizar comodidad y eficacia de rehabilitaciones dentales en pacientes parcial o totalmente desdentados.

Aunque una limitación temporal que se espera es que la calidad de vida general relacionada con la salud oral (CVRSO) no ocurre inmediatamente

después de la colocación del implante, sino al colocar la restauración definitiva ya que puede proporcionar un aumento en la autoestima y satisfacción en el paciente. (Castillo, Perea, Suarez, Lynch y Preciado, 2016)

### **2.6.1 Implante Unitario**

Muchos investigadores proponen la colocación de implantes así exista la pérdida de un solo diente. Dentro de las causas frecuentes de esta pérdida tenemos que se da por Agenesias en un (33%), Traumatismos en un (20%), complicaciones endodónticas el (15%) traumatismos más complicaciones endodónticas en un (9%), enfermedad periodontal (4%), caries (13%), razones ortodóncicas (2%) y dientes retenidos (2%). (Basconez y Frías, 2003)

La pieza perdida podría ser remplazada con varios tipos de tratamientos como: prótesis parcial removible (aunque es poco tolerada por el paciente), prótesis fija (el resultado es estético pero se debe sacrificar los dientes adyacentes y existe el riesgo de lesionar la pulpa), prótesis adhesivas (en pacientes jóvenes se debe reponer a medida que la arcada y los dientes cambien por el crecimiento); la posibilidad de cerrar los espacios interdentes con ortodoncia se debe realizar en pacientes jóvenes, denticiones mixtas, agenesias dentarias o pérdidas traumáticas de algún diente. Por estos motivos la solución más aceptada hoy en día es la colocación de un implante unitario. (Scortecci, 2019) Para la colocación de un implante unitario se considera el espacio mesio-distal mínimo de 7mm, espacio óseo entre cada lado del implante de 1mm, una distancia de entre 2 y 4mm del futuro margen gingival en sentido vestíbulo lingual y a 2mm de la línea imaginaria q pasa por el ecuador de las piezas vecinas. (Velasco et al, 2017)

### **2.6.2 Prótesis fija rehabilitada sobre implante**

Este tipo de rehabilitación se viene realizando aproximadamente hace 20 años y la tasa de éxito que se ha tenido es muy alto , en estas prótesis no

necesariamente van a existir pósticos como en las prótesis fijas convencionales, ya que se indica colocar un implante por cada pieza perdida, en esta situación la rehabilitación no sería con un puente sino con coronas unidas; se recomienda por lo general colocar un implante por diente perdido en el maxilar superior, y en el maxilar inferior un implante por cada 1 ½ diente ausente, es decir que para 3 dientes ausentes podemos colocar 2 implantes. Las prótesis fijas soportadas por implantes están en gran demanda y han resultado tener una función oral más satisfactorio que los tratamientos protésicos removibles. (Chen, Ai, Yang y Aldhohran, 2019)

Los Odontólogos pueden aconsejar a los pacientes con múltiples pérdidas de dientes que las prótesis dentales fijas soportadas por implantes (FDP) hacen mayores mejoras a la calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO). (Scortecci, 2019)

### **2.6.3 Sobre dentadura sobre implante**

Se ha informado que el arco mandibular es más desafiante rehabilitar ya que existen problemas con la retención y estabilidad en comparación con el arco maxilar, debido al aumento de la reabsorción, la movilidad del piso de la boca, el revestimiento delgado de la mucosa y el movimiento de la mandíbula. Por eso se ha sugerido que las sobredentaduras soportadas por implantes deben considerarse la primera opción de tratamiento en los edéntulos mandibulares. (Sivaramakrishnan, 2016)

Estas prótesis son removibles, confeccionadas sobre implantes osteointegrados los cuales van a servir de soporte o retención; tienen varias ventajas sobre las prótesis completas convencionales, como disminuir la resorción ósea, reducir o eliminar el movimiento de la prótesis, mejorar la estética y buena oclusión. En reabsorciones severas, la retención de sobredentaduras sobre implantes no depende de la cresta residual o de la mucosa, lo que hace a la dentadura postiza más estable y proporciona una



mejor capacidad masticatoria. Las náuseas causadas por una mayor extensión de la prótesis y la suavidad por la cobertura tisular se pueden minimizar en las sobredentaduras sobre implantes. Sin embargo, no están exentos de inconvenientes. La desventaja principal es el costo asociado y la aparición de periimplantitis y mucositis periimplantaria en pacientes con control deficiente de la placa. (Naito et al, 2009)

Generalmente cuando existe reabsorción media o severa en el maxilar superior se indica la colocación de sobredentaduras implanto-retenidas, en el maxilar inferior se coloca cuando existe reabsorción leve o moderada, por el tema de costos en algunas ocasiones se coloca sobredentaduras mandibulares con reabsorciones severas. En este tipo de tratamiento la dirección de los implantes (paralelismo) es secundario lo que importa es la separación que tenga cada uno. (Sivaramakrishnan, 2016)

Por razones biomecánicas como la anquilosis implantaria y resiliencia mucosa, la indicación es que se debe colocar en la mandíbula dos implantes, en las regiones laterales caninas, los mismos que irán unidos con una barra recta o con aditamentos tipo o ring, permitiendo cierta rotación de las bases posteriores cuando el paciente apriete al momento de morder; en el maxilar superior al tener un área de mayor apoyo y menos resiliencia, esta necesidad no es tan crítica, se debe colocar cuatro implantes en el área de premolares, para obtener retención y estabilidad. (Rio et al, 2002)

#### **2.6.4 Prótesis Híbrida**

La prótesis híbrida está conformada por una estructura metálica recubierta por acrílico, porcelana o zirconio, la misma que soportara los dientes fijos artificiales. Como su nombre lo indica es híbrida por ser fija y removible; fue creada por investigadores suecos por medio del sistema implante intraóseo de dos etapas que lo desarrolló Branemark. La prótesis tenía una estructura de aleación de oro y estaba unido a las cofias de los implantes, y sobre esta los

dientes deacrílico de una dentadura convencional asegurados con resina acrílica. (Ordaz et al, 2013)

Para rehabilitar a un paciente edéntulo total con implantes se deben considerar algunos factores para determinar el tipo de rehabilitación, entre estos tenemos la cantidad de espacio disponible desde el hueso hasta el plano oclusal (espacio protésico) y el soporte labial; el espacio protésico para una prótesis híbrida debe ser de 11 mm como mínimo y como máximo 15mm, existiendo un adecuado soporte labial dado por las mismas estructuras óseas. Si el espacio que tiene el paciente es menos de 10mm y existe soporte labial, se sugiere la restauración fija de metal porcelana sobre implantes; y cuando el espacio existente es más de 15 mm de espacio protésico y hay ausencia de soporte labial se sugiere una restauración tipo sobredentadura sobre implantes la cual dará ese soporte labial que no la dan las estructuras óseas del paciente. (López y Quintana, 2016)

## **2.7 Instrumentos para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral**

Existen algunos instrumentos específicos que han sido creados para medir y evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral; los datos que se obtienen al aplicar estos instrumentos, se utilizan para estimar el impacto social y funcional de las patologías bucales y de esta manera correlacionarlas con medidas clínicas objetivas, evaluando la efectividad de los tratamientos odontológicos. (Vida, 2005)

Desde las últimas tres décadas, varios investigadores han elaborado instrumentos para valorar la calidad de vida relacionada con la salud bucal. En la conferencia realizada en 1996 sobre las medidas de salud oral y calidad de vida en Chapel Hill, analizaron 11 instrumentos, que pueden ser auto administrados o aplicados por un entrevistador, en esta conferencia se determinó que los cuestionarios más viables para medir calidad de vida y salud

bucal son el GOHAI y OHIP-14; debido a que estos dos instrumentos miden aspectos que los individuos consideran importantes para su calidad de vida, considerando la percepción que ellos tienen y logrando que la atención de salud sea más humanizada. (Espinoza y Misrachi, 2005)

Tabla 1

*Instrumentos de medición de calidad de vida relacionada con la salud oral*

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

Tomado de Espinoza 2005

### 2.7.1 OHIP

Hasta hace una década, no existía ningún instrumento para poder medir la calidad de vida y su relación con la salud oral. Hoy en día, tenemos una gama amplia de instrumentos que van a permitir evaluar el impacto de las condiciones orales en el bienestar y calidad de vida, uno de estos es el Perfil de Impacto en la Salud Oral OHIP (Oral Health Impact Profile), que nos da un autoinforme sobre la disfunción, la incomodidad y la inhabilidad atribuidas a esos trastornos; evalúa la frecuencia con que el paciente experimenta dificultades para cumplir algunas funciones y poder realizar sus actividades diarias; debido a los trastornos bucales. (El Ostra, 2012)

Este instrumento se desarrolló con la finalidad de proporcionar una medida integral de la disfunción es decir dar un auto reporte sobre el malestar y la

discapacidad que tienen las personas a causa de las condiciones orales; con estos cuestionarios se pueden complementar los indicadores epidemiológicos orales, proporcionando información sobre la "carga de la enfermedad" dentro de las poblaciones y la eficacia que presentan los servicios de salud para poder reducir esta carga. (Adamo et al, 2020)

Reissmann y Remmler en el año 2013 indicaron que la medición del impacto de las condiciones orales en la calidad de vida, se los ha utilizado en estudios transversales y longitudinales y deben ser parte de la evaluación de las necesidades de salud oral, ya que los indicadores clínicos no describen la satisfacción o los síntomas de los problemas dentales, o la capacidad que tienen las personas para poder realizar las actividades diarias. (Rehnquist, 2010).

En Australia. (Slade y Spencer 1994), desarrollaron, un cuestionario que estaba conformado por 49 preguntas, y lo denominaron OHIP-49; un cuestionario largo como este puede causar restricciones para su uso en algunos entornos, incluido un tiempo de finalización extenso, mayores costos de administración, dificultad en la aplicación en adultos mayores frágiles y menor respuesta en comparación con versiones más cortas, lo que lleva a una pérdida sustancial de datos; por su extensión tiene muchas limitaciones para ser usado, por tal motivo el mismo autor validó un formato resumido con 14 preguntas (OHIP-14), validado en varios idiomas incluido el español, hasta la fecha existen tres versiones validadas y publicadas en España, México y Chile. (Cattaneo y Cornelis, 2020)

### **2.7.2 OHIP - 14**

Locker en 1988, define a este cuestionario, por siete dimensiones conceptuales de impacto denominadas: "limitación funcional (dificultad para masticar), dolor físico (la sensibilidad de los dientes), malestar psicológico (la conciencia de uno mismo), discapacidad física (cambios en la dieta), incapacidad psicológica (la

reducción de la capacidad de concentración), discapacidad social (evitando la interacción social) y discapacidad (no poder trabajar de forma productiva)". Cada una de estas dimensiones consta de dos preguntas y las opciones para las respuestas se registran en una escala de tipo Likert, donde 0: Nunca; 1: Casi nunca; 2: Algunas veces; 3: Frecuentemente; y 4: Casi siempre. (Ugalde, 2014)

Evaluar el estado de salud bucodental y sus consecuencias en la capacidad que tiene una persona para desempeñar sus actividades diarias, va a permitir conocer cuál es el origen y el comportamiento de las enfermedades bucodentales, debido a que los factores sociales y el medio ambiente suelen ser la causa de éstas. (Sola, 2014)

Este modelo está basado en la clasificación que realizó la OMS en la que los efectos de una enfermedad se deben clasificar en una jerarquía que va desde los síntomas internos, sobre todo en el individuo (representado en la dimensión de la limitación funcional), a las desventajas que afectan a los roles sociales, como el trabajo. (Sadowsky, 2019)

El OHIP-14Sp es una alternativa útil al OHIP-49Sp cuando el tiempo y los recursos son limitados. Además, este cuestionario permite recopilar datos para ser utilizados y comparado a nivel nacional e internacional; al usar instrumentos validados en diferentes idiomas y contextos culturales mejora la orientación y los valores reflejados por estas mediciones. (León, Bravo, Correa y Giacaman, 2014)

A diferencia del OHIP-49Sp, la validación discriminativa no está relacionado con el número de dientes en el OHIP-14Sp. Lo que se espera es que el uso más frecuente de prótesis dentales minimice las consecuencias que conlleva la pérdida de piezas dentales; las razones de estos hallazgos pueden surgir del hecho de que los adultos mayores con pocos dientes probablemente usarán dentaduras postizas. Entonces, si no fueran funcionales, la autopercepción de

la calidad de vida se explica mejor al tener una prótesis estéticamente aceptable. (Jenei et al, 2015)

El Perfil de Impacto en la Salud Oral (OHIP-14), va a medir el autorreporte de limitación funcional, el malestar y la discapacidad atribuidas a condiciones orales, desde la propia percepción del paciente con respecto a su salud oral y la calidad de vida, con esta información el clínico va a tener mayor información para diseñar un plan de tratamiento apropiado. (Montero et al, 2009).

Tabla 2  
*Dimensiones de la encuesta Ohip 14-SP*

Dimensión	Nº	Pregunta
Limitación funcional	1	¿Tiene usted incomodidad para pronunciar algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?
	2	¿Ha sentido usted que su sensación del gusto ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?
Dolor físico	3	¿Tiene usted alguna incomodidad dolorosa en su boca?
	4	¿Ha sentido usted incomodidad al comer algunos alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?
Molestias psicológicas	5	¿Ha estado usted preocupado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?
	6	¿Se ha sentido nervioso debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?
Incapacidad física	7	¿Ha sido su dieta poco satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?
	8	¿Ha tenido usted que interrumpir sus comidas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?
Incapacidad psicológica	9	¿Encuentra usted dificultad para relajarse debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?
	10	¿Se ha sentido usted perturbado frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?
Incapacidad social	11	¿Se ha sentido usted irritable con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?
	12	¿Tiene usted dificultad de hacer sus trabajos habituales debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?
Obstáculos	13	¿Ha sentido usted que su vida es, en general, menos satisfactoria, debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?
	14	¿Se ha sentido usted totalmente incapaz de funcionar debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?

Tomado de Montero 2009

### 3. CAPITULO III. METODOLOGIA

#### 3.1 Tipo de estudio

El estudio es de tipo, transversal y analítico; transversal, porque analiza datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población muestra o subconjunto predefinido, y analítico porque se recolecta simultáneamente el resultado de interés y potenciales factores de riesgo en esta población.

### **3.2 Universo y Muestra**

El Universo del estudio consta de la totalidad de pacientes que se realizaron rehabilitaciones protésicas con implantes en la Clínica de Odontología de la Universidad de las Américas, en el periodo 2017-2019. Obteniendo un total de 129 pacientes. Los cuales se someterán a los criterios de inclusión y exclusión

El estudio se realizó sobre un total de 103 pacientes ya que los 26 restantes no respondieron.

#### **3.2.1 Criterios de inclusión**

- Pacientes de la clínica de odontología de la UDLA
- Pacientes atendidos por los estudiantes de la Especialidad Médica en Rehabilitación Oral
- Pacientes que se realizaron rehabilitaciones protésicas con implantes en el periodo 2017-2019

#### **3.2.2 Criterios de exclusion**

- Pacientes que no hayan sido rehabilitados en la Universidad de las Américas
- Pacientes que hayan sido rehabilitados con implantes en la Universidad de las Américas fuera del periodo 2017-2019
- Pacientes que no tengan implantes dentales dentro de su tratamiento rehabilitador.

### **3.3 Descripción del método**

Se realizó la encuesta OHIP-14sp (Anexo 1), previa aceptación libre y voluntaria de los pacientes que se realizaron tratamientos de prótesis híbrida, sobredentadura sobre implantes, prótesis fija sobre implantes e implantes

unitarios en el periodo 2017-2019. Los resultados serán analizados en el programa spss 25 y en las tablas cruzadas se utilizará la prueba chi cuadrado de Pearson.

### 3.3.1 Recolección de la información

La encuesta está conformada por 7 dimensiones y cada una consta de dos preguntas. Estas dimensiones evalúan:

1. Limitación funcional
2. Dolor físico
3. Molestias psicológicas
4. Incapacidad física
5. Incapacidad psicológica
6. Incapacidad social
7. Obstáculos

Las respuestas se cuantifican con una escala de Likert, codificado con valores que van del 0 al 4 determinando la frecuencia del evento: 0 nunca, 1 casi nunca, 2 algunas veces, 3 frecuentemente, 4 siempre.

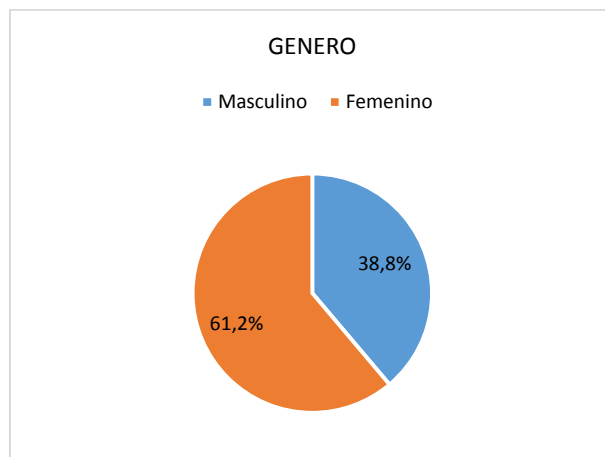
## 4. CAPITULO IV. RESULTADOS

### 4.1 Descripción de la muestra

Tabla 3  
*Distribución de pacientes según el género.*

<b>GENERO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Masculino	40	38,8%
Femenino	63	61,2%
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100,0%</b>





*Figura 1. Distribución de pacientes según el género.*

De los evaluados, el 38,8% son de género Masculino y el 61,2% son de género Femenino, existiendo más mujeres que se realizaron rehabilitación sobre implantes en el periodo 2017-2019.

Tabla 4

*Distribución de pacientes según la edad.*

<b>EDADES</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
20-30	9	8,7%
31-40	14	13,6%
41-50	12	11,7%
51-60	37	35,9%
61-70	27	26,2%
71-80	2	1,9%
81-90	2	1,9%
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100,0%</b>

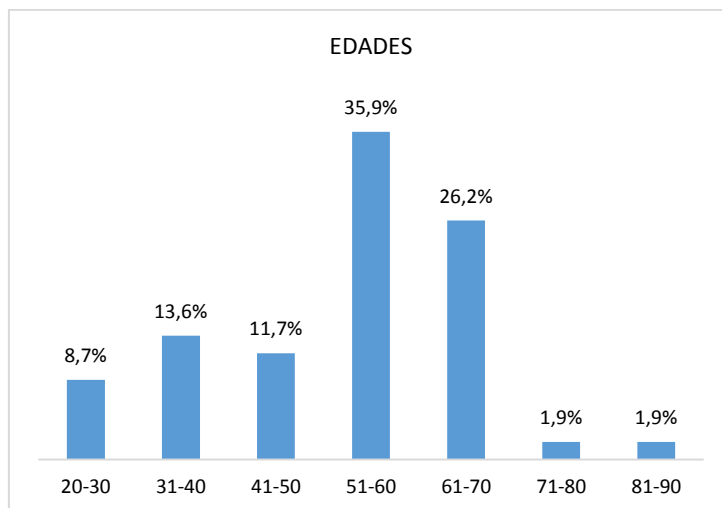


Figura 2. Distribución de pacientes según la edad.

De los evaluados, el 8,7% están entre 20-30, el 13,6% están entre 31-40, el 11,7% están entre 41-50, el 35,9% están entre 51-60, el 26,2% están entre 61-70, el 1,9% están entre 71-80 y el 1,9% están entre 81-90, siendo el grupo de 51 a 70 años el que se realizó más tratamientos con implantoprótesis.

Tabla 5

*Tipo de tratamiento que se realizó.*

<b>TRATAMIENTO</b>	Frecuencia	Porcentaje
Implante Unitario	70	68,0%
Prótesis Fija sobre implante	6	5,8%
Prótesis Híbrida	10	9,7%
Sobredentadura sobre implantes	17	16,5%
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100,0%</b>

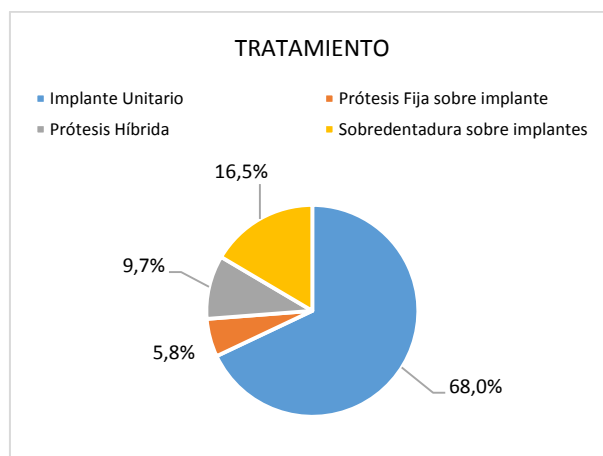


Figura 3. Tipo de tratamiento que se realizó

De los evaluados, el 68,0% tienen Implante Unitario, el 5,8% tienen Prótesis Fija sobre implante, el 9,7% tienen Prótesis Híbrida y el 16,5% tienen Sobredentadura sobre implantes; el tratamiento más realizado fue corona sobre implante unitario.

Tabla 6

*Calidad de vida relacionada con la salud oral forma general.*

<b>CALIDAD DE VIDA</b>	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	53	51,5%
Regular	33	32,0%
Mala	17	16,5%
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100,0%</b>

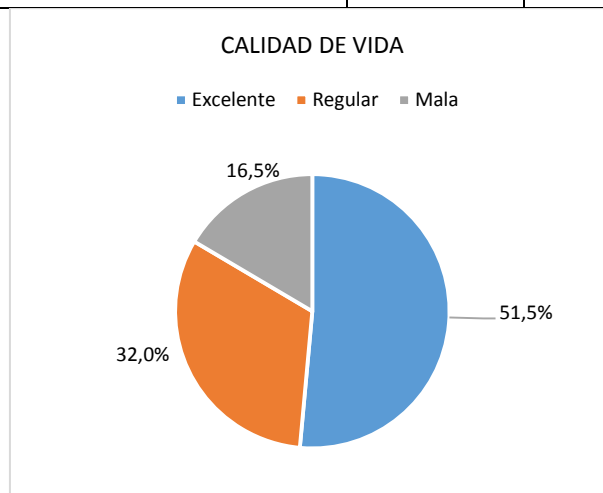


Figura 4. Calidad de vida relacionada con la salud oral forma general.

De los evaluados, el 51,5% tienen excelente calidad de vida, el 32,0% tienen regular calidad de vida y el 16,5% tienen mala calidad de vida; del total de tratamientos realizados más de la mitad de los pacientes tienen excelente calidad de vida.

## 4.2 Análisis de las 7 dimensiones

Tabla 7

*Evaluación del total de las dimensiones.*

DIMENSION ES	Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Frecuenteme nte		Siempre		Total	
	Can t	%	Can t	%	Can t	%	Cant	%	Can t	%	Can t	%
D1: Limitación funcional	2	1,9%	33	32,0 %	45	43,7 %	23	22,3%		0,0%	103	100 %
D2: Dolor Físico		0,0%	8	7,8%	43	41,7 %	35	34,0%	17	16,5 %	103	100 %
D3: Molestias Psicológicas		0,0%	25	24,3 %	42	40,8 %	34	33,0%	2	1,9%	103	100 %
D4: Incapacidad Física	33	32,0 %	32	31,1 %	32	31,1 %	6	5,8%		0,0%	103	100 %
D5: Incapacidad Psicológica	34	33,0 %	24	23,3 %	42	40,8 %	3	2,9%		0,0%	103	100 %
D6: Incapacidad Social	44	42,7 %	37	35,9 %	22	21,4 %		0,0%		0,0%	103	100 %
D7: Obstáculos	68	66,0 %	34	33,0 %	1	1,0%		0,0%		0,0%	103	100 %
<b>PROMEDIO</b>	<b>36</b>	<b>35%</b>	<b>28</b>	<b>27%</b>	<b>32</b>	<b>31%</b>	<b>20</b>	<b>20%</b>	<b>10</b>	<b>9%</b>	<b>103</b>	<b>100 %</b>

De los 103 encuestados, al analizar las dimensiones tenemos que, 36 (35%) personas respondieron nunca, 28 (27%) responden casi nunca, 32 (31%)

responden algunas veces, 20 (20%) responden frecuentemente, 10 (9%) responden siempre.

Los mayores porcentajes de repuesta están en nunca, casi nunca y algunas veces, por ello se tiene un alto porcentaje en excelente calidad de vida.

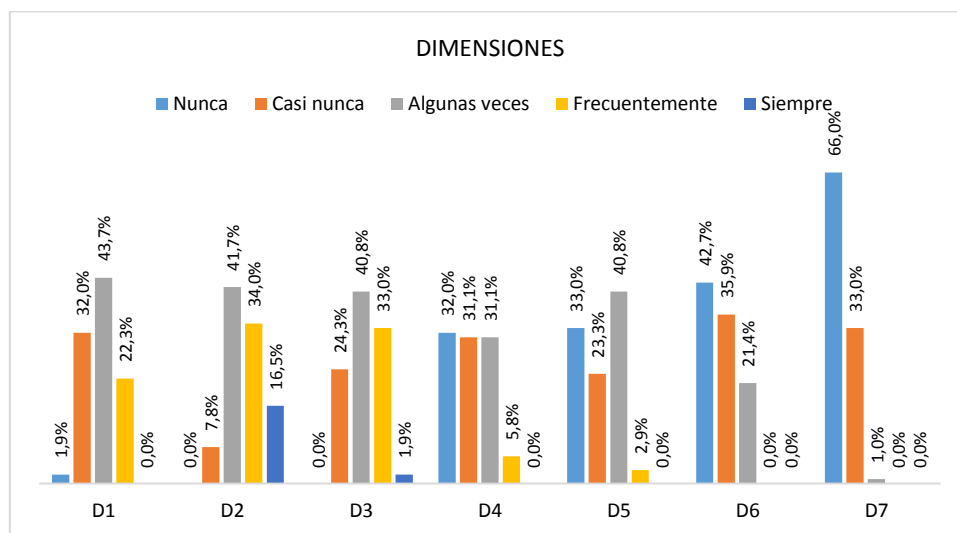


Figura 5. Respuesta del total de las dimensiones.

### Mayores porcentajes de respuesta

**D1: Limitación funcional:** el 32,0% responden casi nunca, el 43,7% responden algunas veces y el 22,3% responden frecuentemente.

**D2: Dolor físico:** el 41,7% responden algunas veces, el 34,0% responden frecuentemente y el 16,5% responden siempre.

**D3: Molestias psicológicas:** el 24,3% responden casi nunca, el 40,8% responden algunas veces y el 33,0% responden frecuentemente.

**D4: Incapacidad física:** el 32,0% responden nunca, el 31,1% responden casi nunca y el 31,1% responden algunas veces.

**D5: Incapacidad psicológica:** el 33,0% responden nunca, el 23,3% responden casi nunca y el 40,8% responden algunas veces.

**D6: Incapacidad social:** el 42,7% responden nunca, el 35,9% responden casi nunca y el 21,4% responden algunas veces.

**D7: Obstáculos:** el 66,0% responden nunca y el 33,0% responden casi nunca.

Nótese que en las dimensiones D1: limitación funcional, D2: dolor físico y D3: molestias psicológicas, tienen porcentajes representativos en algunas veces y frecuentemente.

En las dimensiones D4: incapacidad física, D5: incapacidad psicológica, D6: incapacidad social y D7: obstáculos, los porcentajes más representativos están en nunca y casi nunca.

#### **4.3 Relación de variables por sexo, edad, tipo de tratamiento, analizando cada dimensión como una variable independiente y relacionando la calidad de vida con la salud oral**

Para esta relación se utiliza las pruebas Chi cuadrado de Pearson:

Para cada prueba que se realice, se compara el valor de significación (**Sig = p**) con el valor 0,05 (95% de confiabilidad).

- Si el nivel de significación ( $p =$ ) es superior a 0,05 se dice que los porcentajes entre los grupos son similares, no se tienen diferencias significativas.
- Si el nivel de significación ( $p=$ ) es inferior a 0,05 se dice que los porcentajes entre los grupos no son similares, si se tienen diferencias significativas.

### 4.3.1 Análisis de las dimensiones por género

Tabla 8

Tabla cruzada, análisis de las dimensiones por género.

PREGUNTAS	RESPUESTA	GENERO				Total		Chi Cuadrado (p=)
		Masculino		Femenino		Cant	%	
		Cant	%	Cant	%			
D1	Nunca	2	5,0%	0	0,0%	2	1,9%	0,177
	Casi nunca	14	35,0%	19	30,2%	33	32,0%	
	Algunas veces	18	45,0%	27	42,9%	45	43,7%	
	Frecuentemente	6	15,0%	17	27,0%	23	22,3%	
D2	Casi nunca	5	12,5%	3	4,8%	8	7,8%	0,309
	Algunas veces	17	42,5%	26	41,3%	43	41,7%	
	Frecuentemente	14	35,0%	21	33,3%	35	34,0%	
	Siempre	4	10,0%	13	20,6%	17	16,5%	
D3	Casi nunca	9	22,5%	16	25,4%	25	24,3%	0,520
	Algunas veces	19	47,5%	23	36,5%	42	40,8%	
	Frecuentemente	12	30,0%	22	34,9%	34	33,0%	
	Siempre	0	0,0%	2	3,2%	2	1,9%	
D4	Nunca	19	47,5%	14	22,2%	33	32,0%	0,016
	Casi nunca	9	22,5%	23	36,5%	32	31,1%	
	Algunas veces	12	30,0%	20	31,7%	32	31,1%	
	Frecuentemente	0	0,0%	6	9,5%	6	5,8%	
D5	Nunca	16	40,0%	18	28,6%	34	33,0%	0,686
	Casi nunca	8	20,0%	16	25,4%	24	23,3%	
	Algunas veces	15	37,5%	27	42,9%	42	40,8%	
	Frecuentemente	1	2,5%	2	3,2%	3	2,9%	
D6	Nunca	18	45,0%	26	41,3%	44	42,7%	0,927
	Casi nunca	14	35,0%	23	36,5%	37	35,9%	
	Algunas veces	8	20,0%	14	22,2%	22	21,4%	
D7	Nunca	28	70,0%	40	63,5%	68	66,0%	0,311
	Casi nunca	11	27,5%	23	36,5%	34	33,0%	
	Algunas veces	1	2,5%	0	0,0%	1	1,0%	
CALIDAD DE VIDA	Excelente	23	57,5%	30	47,6%	53	51,5%	0,553
	Regular	12	30,0%	21	33,3%	33	32,0%	
	Mala	5	12,5%	12	19,0%	17	16,5%	

En la prueba Chi cuadrado de Pearson se observa que en la Dimensión D4: Incapacidad Física, es la única que tiene diferencias significativas entre los porcentajes de masculino y femenino ( $p < 0,05$ ).

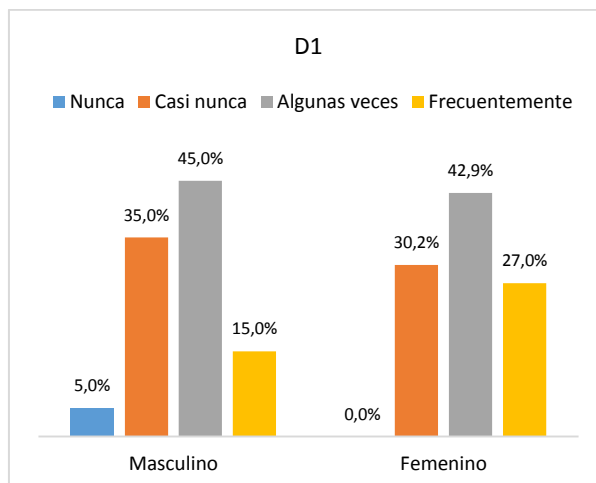


Figura 6. Análisis de D1 según el género

**D1: Limitación funcional:** el valor de  $p > 0,05$ , no se tiene diferencias significativas entre masculino y femenino.

**Masculino:** el 35,0% indican que casi nunca, el 45,0% indican que algunas veces y el 15,0% indican que frecuentemente.

**Femenino:** el 30,2% indican que casi nunca, el 42,9% indican que algunas veces y el 27,0% indican que frecuentemente.

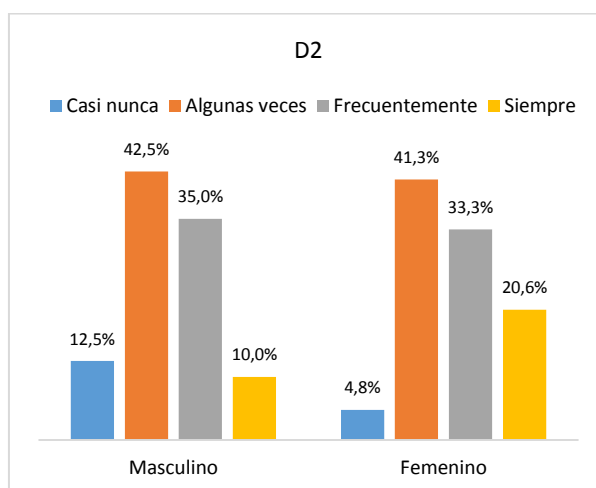


Figura 7. Análisis de D2 según el género

**D2: Dolor Físico:** el valor de  $p > 0,05$ , no se tienen diferencias significativas entre masculino y femenino.



**Masculino:** el 12,5% indican que casi nunca, el 42,5% indican que algunas veces y el 35,0% indican que frecuentemente.

**Femenino:** el 41,3% indican que algunas veces, el 33,3% indican que frecuentemente y el 20,6% indican que siempre.

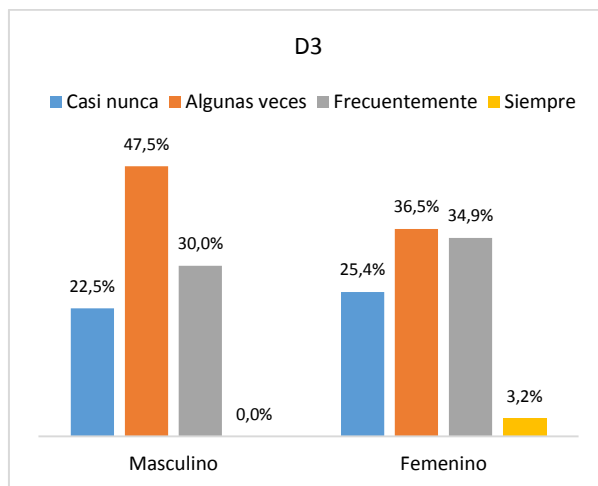


Figura 8. Análisis de D3 según el género.

**D3: Molestias Psicológicas:** el valor de  $p > 0,05$ , no se tienen diferencias significativas entre masculino y femenino.

**Masculino:** el 22,5% indican que casi nunca, el 47,5% indican que algunas veces y el 30,0% indican que frecuentemente.

**Femenino:** el 25,4% indican que casi nunca, el 36,5% indican que algunas veces y el 34,9% indican que frecuentemente.

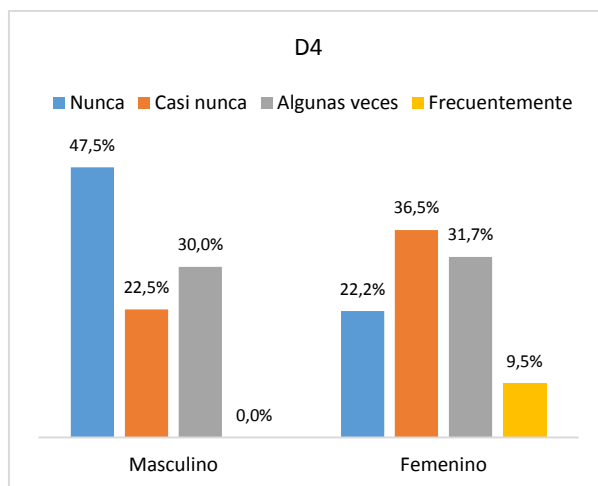


Figura 9. Análisis de D4 según el género.

**D4: Incapacidad Física:** el valor de  $p < 0,05$ , sí se tienen diferencias significativas entre masculino y femenino, los porcentajes no son similares.

**Masculino:** el 47,5% indican que nunca, el 22,5% indican que casi nunca y el 30,0% indican que algunas veces.

**Femenino:** el 22,2% indican que nunca, el 36,5% indican que casi nunca y el 31,7% indican que algunas veces.

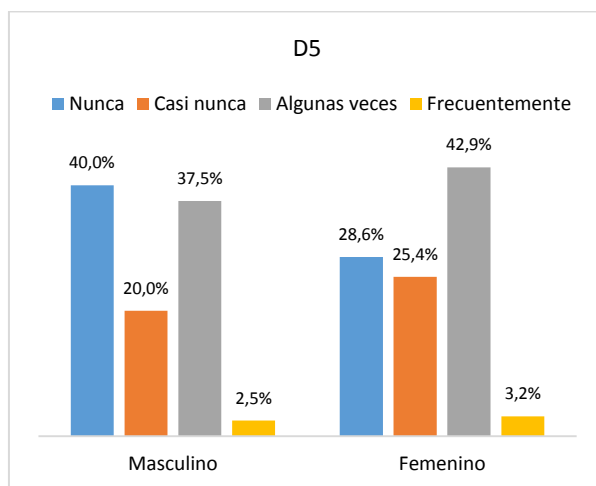


Figura 10. Análisis de D5 según el género.

**D5: Incapacidad Psicológica:** el valor de  $p > 0,05$ , no se tienen diferencias significativas entre masculino y femenino.

**Masculino:** el 40,0% indican que nunca, el 20,0% indican que casi nunca y el 37,5% indican que algunas veces.

**Femenino:** el 28,6% indican que nunca, el 25,4% indican que casi nunca y el 42,9% indican que algunas veces.

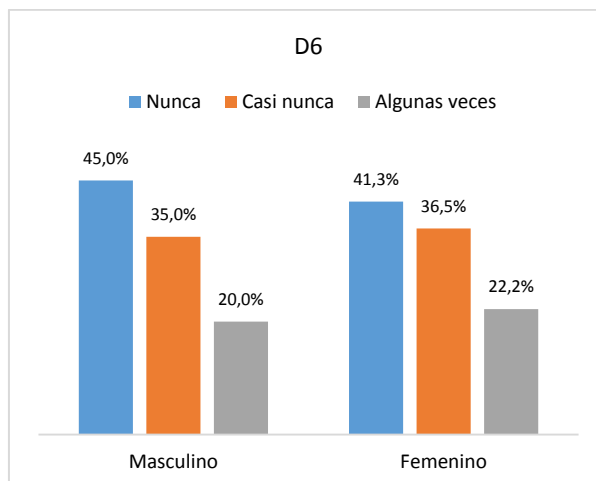


Figura 11. Análisis de D6 según el género.

**D6: Incapacidad Social:** el valor de  $p > 0,05$ , no se tienen diferencias significativas entre masculino y femenino.

**Masculino:** el 45,0% indican que nunca, el 35,0% indican que casi nunca y el 20,0% indican que algunas veces.

**Femenino:** el 41,3% indican que nunca, el 36,5% indican que casi nunca y el 22,2% indican que algunas veces.

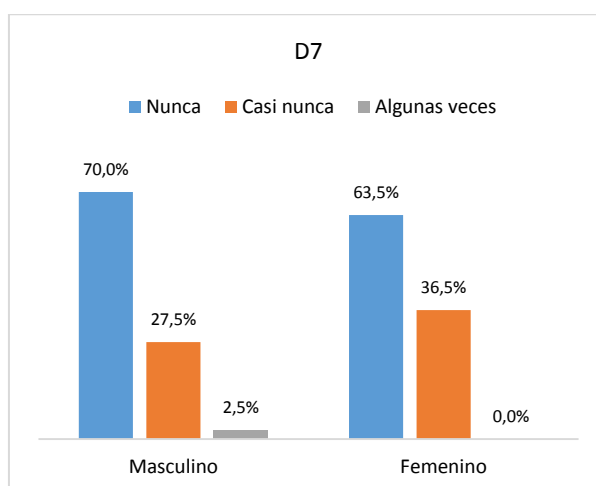


Figura 12. Análisis de D7 según el género.

**D7: Obstáculos:** el valor de  $p > 0,05$ , no se tienen diferencias significativas entre masculino y femenino.

**Masculino:** el 70,0% indican que nunca, el 27,5% indican que casi nunca y el 2,5% indican que algunas veces.

**Femenino:** el 63,5% indican que nunca y el 36,5% indican que casi nunca.

#### 4.3.1.1 Análisis de calidad de vida según el género

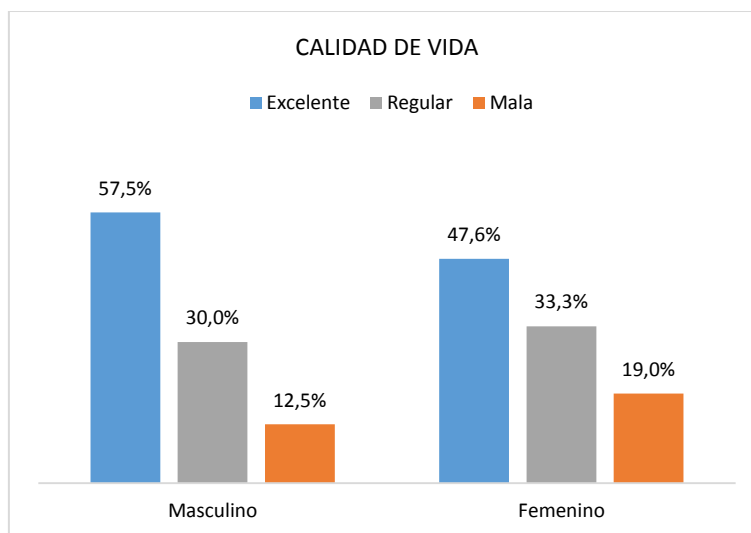


Figura 13. Análisis de calidad de vida según el género.

**Calidad de Vida:** el valor de  $p = 0,553$  ( $p > 0,05$ ), no se tienen diferencias significativas entre masculino y femenino.

**Masculino:** El 57,5% tienen calidad de vida excelente, el 30,0% tienen calidad de vida regular y el 12,5% tienen calidad de vida mala.

**Femenino:** El 47,6% tienen calidad de vida excelente, el 33,3% tienen calidad de vida regular y el 19,0% tienen calidad de vida mala.

En forma general no se tienen diferencias significativas entre hombres y mujeres relacionada a su calidad de vida comparada con la salud oral.

### 4.3.2 Análisis de dimensiones por edades

Tabla 9  
Tabla cruzada, análisis de dimensiones por edades.

PREGUN- TAS	RESPUESTA	EDADES												Chi Cuadrado (p=)						
		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		71-80			81-90		Total			
		Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%		Cant	%	Cant	%		
D1	Nunca	2	22,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,9%	0,000
	Casi nunca	7	77,8%	11	78,6%	2	16,7%	10	27,0%	3	11,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	33	32,0%	
	Algunas veces	0	0,0%	3	21,4%	8	66,7%	19	51,4%	14	51,9%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	45	43,7%	
	Frecuentemen- te	0	0,0%	0	0,0%	2	16,7%	8	21,6%	10	37,0%	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%	23	22,3%	
D2	Casi nunca	4	44,4%	2	14,3%	1	8,3%	1	2,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	8	7,8%	0,000
	Algunas veces	5	55,6%	10	71,4%	6	50,0%	17	45,9%	5	18,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	43	41,7%	
	Frecuentemen- te	0	0,0%	2	14,3%	4	33,3%	13	35,1%	13	48,1%	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%	35	34,0%	
	Siempre	0	0,0%	0	0,0%	1	8,3%	6	16,2%	9	33,3%	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	17	16,5%	
D3	Casi nunca	2	22,2%	4	28,6%	3	25,0%	11	29,7%	4	14,8%	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	25	24,3%	0,084
	Algunas veces	7	77,8%	9	64,3%	5	41,7%	12	32,4%	8	29,6%	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	42	40,8%	

Frecuentemen te	0	0,0%	1	7,1%	4	33,3%	12	32,4%	15	55,6%	0	0,0%	2	100,0%	34	33,0%
	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	5,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,9%
Siempre	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	27,0%	2	7,4%	1	50,0%	0	0,0%	33	32,0%
Nunca	7	77,8%	9	64,3%	4	33,3%	10	29,7%	13	48,1%	0	0,0%	0	0,0%	32	31,1%
Casi nunca	1	11,1%	4	28,6%	3	25,0%	11	32,4%	11	40,7%	1	50,0%	1	50,0%	32	31,1%
Algunas veces	1	11,1%	1	7,1%	5	41,7%	12	10,8%	1	3,7%	0	0,0%	1	50,0%	6	5,8%
Frecuentemen te	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	27,0%	5	18,5%	1	50,0%	0	0,0%	34	33,0%
Nunca	6	66,7%	7	50,0%	5	41,7%	10	24,3%	3	11,1%	0	0,0%	0	0,0%	24	23,3%
Casi nunca	3	33,3%	6	42,9%	3	25,0%	9	43,2%	19	70,4%	1	50,0%	2	100,0%	42	40,8%
Algunas veces	0	0,0%	0	0,0%	4	33,3%	16	5,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	2,9%
Frecuentemen te	0	0,0%	1	7,1%	0	0,0%	2	35,1%	7	25,9%	1	50,0%	0	0,0%	44	42,7%
Nunca	8	88,9%	8	57,1%	7	58,3%	13	35,1%	13	48,1%	1	50,0%	2	100,0%	37	35,9%
Casi nunca	1	11,1%	5	35,7%	2	16,7%	13	29,7%	7	25,9%	0	0,0%	0	0,0%	22	21,4%
Algunas veces	0	0,0%	1	7,1%	3	25,0%	11	29,7%	7	25,9%	0	0,0%	0	0,0%	22	21,4%
<b>D4</b>	0,004															
<b>D5</b>	0,002															
<b>D6</b>	0,051															

D7	Nunca	9	100,0	12	85,7	8	66,7	22	59,5	14	51,9	1	50,0	2	100,0	68	66,0%	0,079
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
	Casi nunca	0	0,0%	1	7,1%	4	33,3	15	40,5	13	48,1	1	50,0	0	0,0%	34	33,0%	
	Algunas veces	0	0,0%	1	7,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%	
<b>CALIDA D DE VIDA</b>	Excelente	9	100,0	13	92,9	6	50,0	18	48,6	6	22,2	1	50,0	0	0,0%	53	51,5%	
	Regular	0	0,0%	0	0,0%	5	41,7	13	35,1	14	51,9	1	50,0	0	0,0%	33	32,0%	
	Mala	0	0,0%	1	7,1%	1	8,3%	6	16,2	7	25,9	0	0,0%	2	100,0	17	16,5%	
<b>0,000</b>																		

En la prueba Chi cuadrado de Pearson se observa que en las Dimensiones D1: Limitación funcional, D2: Dolor Físico, D4: Incapacidad Física y D5: Incapacidad Psicológica, si tienen diferencias significativas entre los porcentajes de las edades ( $p < 0,05$ ).

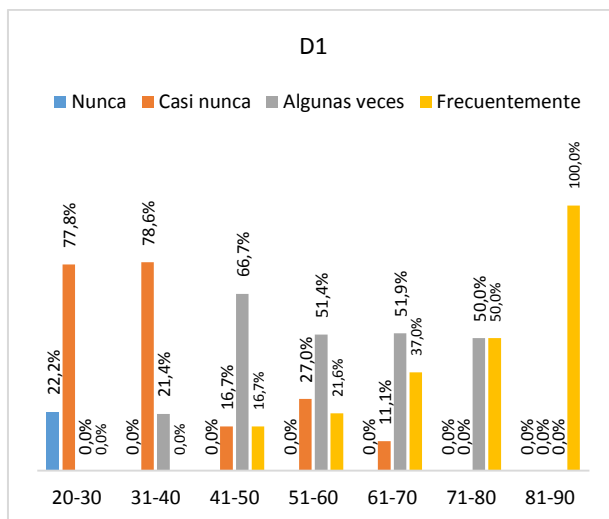


Figura 14. Analisis de la D1 según la edad.

**D1: Limitación funcional:** el valor de  $p < 0,05$ , sí se tienen diferencias significativas entre las edades.

**20-30:** el 22,2% indican que nunca y el 77,8% indican que casi nunca.

**31-40:** el 78,6% indican que casi nunca y el 21,4% indican que algunas veces.

**41-50:** el 66,7% indican que algunas veces.

**51-60:** el 51,4% indican que algunas veces.

**61-70:** el 51,9% indican que algunas veces y el 37,0% indican que frecuentemente.

**71-80:** el 50,0% indican que algunas veces y el 50,0% indican que frecuentemente.

**81-90:** el 100,0% indican que frecuentemente.



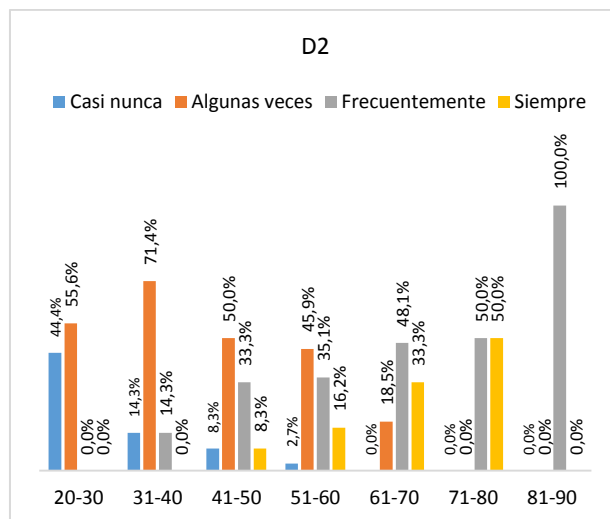


Figura 15. Analisis de la D2 según la edad

**D2: Dolor Físico:** el valor de  $p < 0,05$ , sí se tienen diferencias significativas entre las edades.

**20-30:** el 44,4% indican que nunca y el 55,6% indican que casi nunca.

**31-40:** el 71,4% indican que algunas veces.

**41-50:** el 50,0% indican que algunas veces y el 33,3% indican que frecuentemente.

**51-60:** el 45,9% indican que algunas veces y el 35,1% indican que frecuentemente.

**61-70:** el 48,1% indican que algunas veces y el 33,3% indican que frecuentemente.

**71-80:** el 50,0% indican que algunas veces y el 50,0% indican que frecuentemente.

**81-90:** el 100,0% indican que frecuentemente.

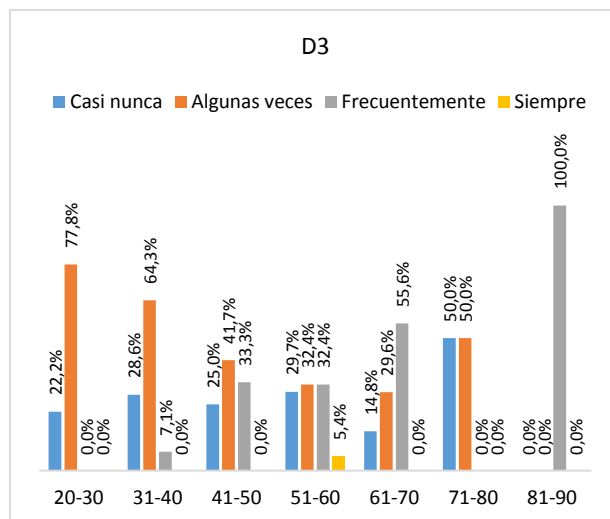


Figura 16. Analisis de la D3 según la edad

**D3: Molestias Psicológicas:** el valor de  $p > 0,05$ , no se tienen diferencias significativas entre las edades.

**20-30:** el 22,2% indican que casi nunca y el 77,8% indican que algunas veces.

**31-40:** el 28,6% indican que casi nunca y el 64,3% indican que algunas veces.

**41-50:** el 25,0% indican que casi nunca, el 41,7% indican que algunas veces y el 33,3% indican que frecuentemente.

**51-60:** el 29,7% indican que casi nunca, el 32,4% indican que algunas veces y el 32,4% indican que frecuentemente.

**61-70:** el 14,8% indican que casi nunca, el 29,6% indican que algunas veces y el 55,6% indican que frecuentemente.

**71-80:** el 50,0% indican que casi nunca y el 50,0% indican que algunas veces.

**81-90:** el 100,0% indican que frecuentemente.

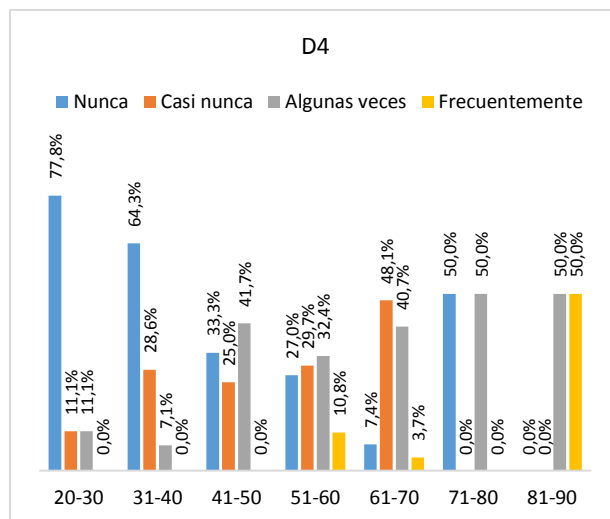


Figura 17. Analisis de la D4 según la edad

**D4: Incapacidad Física:** el valor de  $p < 0,05$ , sí se tienen diferencias significativas entre las edades.

**20-30:** el 77,8% indican que nunca.

**31-40:** el 64,3% indican que nunca y el 28,6% indican que casi nunca.

**41-50:** el 33,3% indican que nunca, el 25,0% indican que casi nunca y el 41,7% indican que algunas veces.

**51-60:** el 27,0% indican que nunca, el 29,7% indican que casi nunca y el 32,4% indican que algunas veces.

**61-70:** el 48,1% indican que casi nunca y el 40,7% indican que algunas veces.

**71-80:** el 50,0% indican que nunca y el 50,0% indican que algunas veces.

**81-90:** el 50,0% indican que algunas veces y el 50,0% indican que frecuentemente.

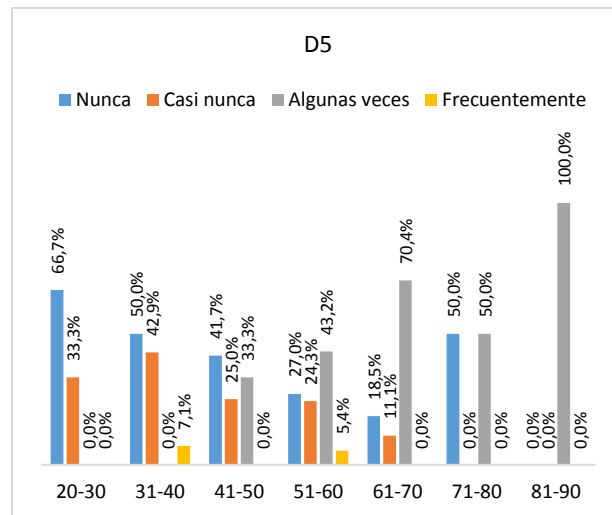


Figura 18. Analisis de la D5 según la edad

**D5: Incapacidad Psicológica:** el valor de  $p < 0,05$ , sí se tienen diferencias significativas entre las edades.

**20-30:** el 66,7% indican que nunca y el 33,3% indican que casi nunca.

**31-40:** el 50,0% indican que nunca y el 42,9% indican que casi nunca.

**41-50:** el 41,7% indican que nunca, el 25,0% indican que casi nunca y el 33,3% indican que algunas veces.

**51-60:** el 27,0% indican que nunca, el 24,3% indican que casi nunca y el 43,2% indican que algunas veces.

**61-70:** el 70,4% indican que algunas veces.

**71-80:** el 50,0% indican que nunca y el 50,0% indican que algunas veces.

**81-90:** el 100,0% indican que algunas veces.

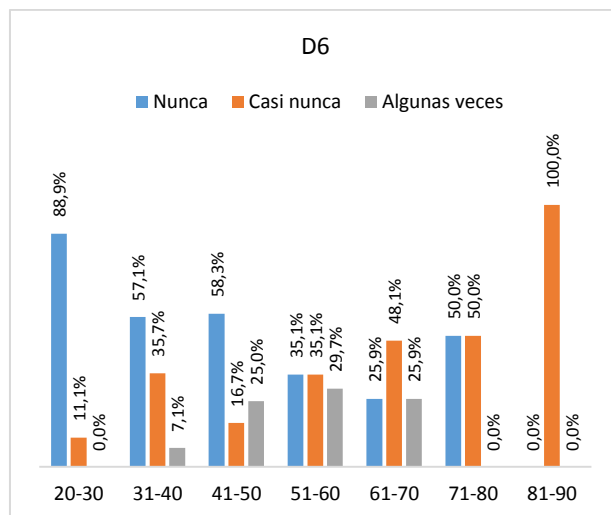


Figura 19. Analisis de la D6 según la edad.

**D6: Incapacidad Social:** el valor de  $p > 0,05$ , no se tienen diferencias significativas entre las edades.

**20-30:** el 88,9% indican que nunca y el 11,1% indican que casi nunca.

**31-40:** el 57,1% indican que nunca y el 35,7% indican que casi nunca.

**41-50:** el 58,3% indican que nunca, el 16,7% indican que casi nunca y el 25,0% indican que algunas veces.

**51-60:** el 35,1% indican que nunca, el 35,1% indican que casi nunca y el 29,7% indican que algunas veces.

**61-70:** el 25,9% indican que nunca, el 48,1% indican que casi nunca y el 25,9% indican que algunas veces.

**71-80:** el 50,0% indican que nunca y el 50,0% indican que casi nunca.

**81-90:** el 100,0% indican que casi nunca.

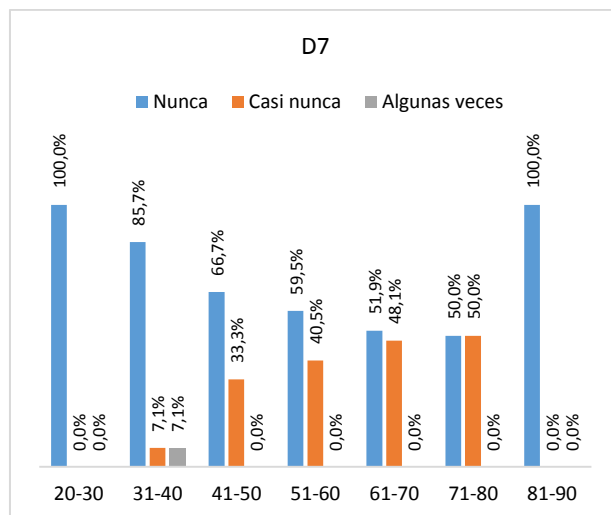


Figura 20. Analisis de la D7 según la edad.

**D7: Obstáculos:** el valor de  $p > 0,05$ , no se tienen diferencias significativas entre las edades.

**20-30:** el 100,0% indican que nunca.

**31-40:** el 85,7% indican que nunca.

**41-50:** el 66,7% indican que nunca y el 33,3% indican que casi nunca.

**51-60:** el 59,5% indican que nunca y el 40,5% indican que casi nunca.

**61-70:** el 51,9% indican que nunca y el 48,1% indican que casi nunca.

**71-80:** el 50,0% indican que nunca y el 50,0% indican que casi nunca.

**81-90:** el 100,0% indican que nunca.

### 4.3.2.1 Análisis de calidad de vida según la edad

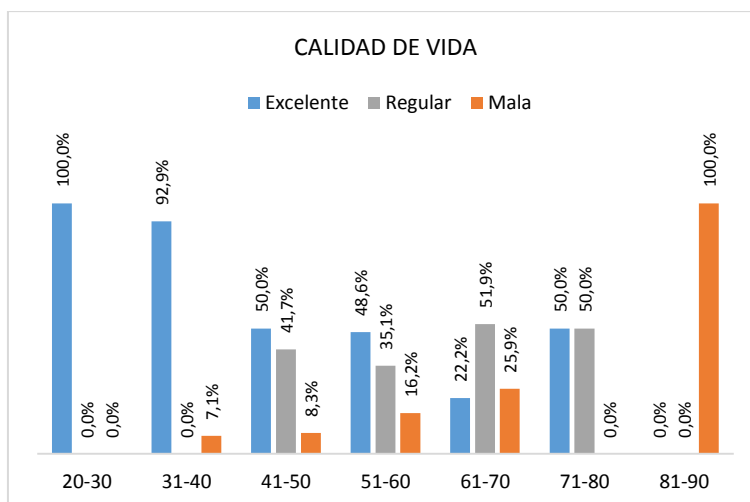


Figura 21. Analisis de calidad de vida según la edad.

**Calidad de Vida:** el valor de  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ), sí se tienen diferencias significativas entre las diversas edades.

**20-30 años:** el 100,0% tienen calidad de vida excelente, el 0,0% tienen calidad de vida regular y el 0,0% tienen calidad de vida mala.

**31-40 años:** el 92,9% tienen calidad de vida excelente, el 0,0% tienen calidad de vida regular y el 7,1% tienen calidad de vida mala.

**41-50 años:** el 50,5% tienen calidad de vida excelente, el 41,7% tienen calidad de vida regular y el 8,3% tienen calidad de vida mala.

**51-60 años:** el 48,6% tienen calidad de vida excelente, el 35,1% tienen calidad de vida regular y el 16,2% tienen calidad de vida mala.

**61-70 años:** el 22,2% tienen calidad de vida excelente, el 51,9% tienen calidad de vida regular y el 25,9% tienen calidad de vida mala.

**71-80 años:** el 50,0% tienen calidad de vida excelente, el 50,0% tienen calidad de vida regular y el 0,0% tienen calidad de vida mala.

**81-90 años:** el 0,0% tienen calidad de vida excelente, el 0,0% tienen calidad de vida regular y el 100,0% tienen calidad de vida mala.

En forma general la calidad de vida empeora en función que aumentan los años ( $p < 0,05$ ) en los primeros años la mayor cantidad de evaluados tiene excelente calidad de vida, en los años superiores a los 60 años se tiene regular y mala calidad de vida.



### 4.3.3 Análisis de dimensiones según el tipo de tratamiento

Tabla 10  
Tabla cruzada, análisis de las dimensiones según el tratamiento.

PREG.	RESPUESTA	TRATAMIENTOS												Chi Cuadrado (p=)		
		Implante Unitario		Prótesis Fija sobre implante		Prótesis Híbrida		Sobredentadura sobre implantes		Total						
		Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%					
<b>D1</b>	Nunca	2	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,9%	0,000
	Casi nunca	33	47,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	33	32,0%	
	Algunas veces	31	44,3%	4	66,7%	1	10,0%	9	52,9%	45	43,7%	23	22,3%	45	43,7%	
	Frecuentemente	4	5,7%	2	33,3%	9	90,0%	8	47,1%	8	7,8%	8	7,8%	8	7,8%	
<b>D2</b>	Casi nunca	8	11,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	8	7,8%	0,000
	Algunas veces	41	58,6%	0	0,0%	0	0,0%	2	11,8%	43	41,7%	2	1,9%	43	41,7%	
	Frecuentemente	17	24,3%	4	66,7%	5	50,0%	9	52,9%	35	34,0%	17	16,5%	35	34,0%	
	Siempre	4	5,7%	2	33,3%	5	50,0%	6	35,3%	17	16,5%	17	16,5%	17	16,5%	
<b>D3</b>	Casi nunca	25	35,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	25	24,3%	0,000
	Algunas veces	36	51,4%	0	0,0%	2	20,0%	4	23,5%	42	40,8%	4	3,9%	42	40,8%	
	Frecuentemente	9	12,9%	6	100,0%	7	70,0%	12	70,6%	34	33,0%	12	11,6%	34	33,0%	

	Siempre	0	0,0%	0	0,0%	1	10,0%	1	5,9%	2	1,9%	
<b>D4</b>	Nunca	33	47,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	33	32,0%	0,000
	Casi nunca	27	38,6%	2	33,3%	0	0,0%	3	17,6%	32	31,1%	
	Algunas veces	8	11,4%	3	50,0%	8	80,0%	13	76,5%	32	31,1%	
	Frecuentemente	2	2,9%	1	16,7%	2	20,0%	1	5,9%	6	5,8%	
<b>D5</b>	Nunca	34	48,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	34	33,0%	0,000
	Casi nunca	24	34,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	24	23,3%	
	Algunas veces	12	17,1%	6	100,0%	7	70,0%	17	100,0%	42	40,8%	
	Frecuentemente	0	0,0%	0	0,0%	3	30,0%	0	0,0%	3	2,9%	
<b>D6</b>	Nunca	44	62,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	44	42,7%	0,000
	Casi nunca	22	31,4%	2	33,3%	3	30,0%	10	58,8%	37	35,9%	
	Algunas veces	4	5,7%	4	66,7%	7	70,0%	7	41,2%	22	21,4%	
	Nunca	66	94,3%	0	0,0%	1	10,0%	1	5,9%	68	66,0%	
<b>D7</b>	Casi nunca	4	5,7%	6	100,0%	8	80,0%	16	94,1%	34	33,0%	0,000
	Algunas veces	0	0,0%	0	0,0%	1	10,0%	0	0,0%	1	1,0%	
	Excelente	53	75,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	53	51,5%	
	Regular	15	21,4%	4	66,7%	1	10,0%	13	76,5%	33	32,0%	0,000
	Mala	2	2,9%	2	33,3%	9	90,0%	4	23,5%	17	16,5%	

En este caso, prácticamente en todas las dimensiones se tienen diferencias significativas entre los diferentes tipos de tratamientos ( $p < 0,05$ ).

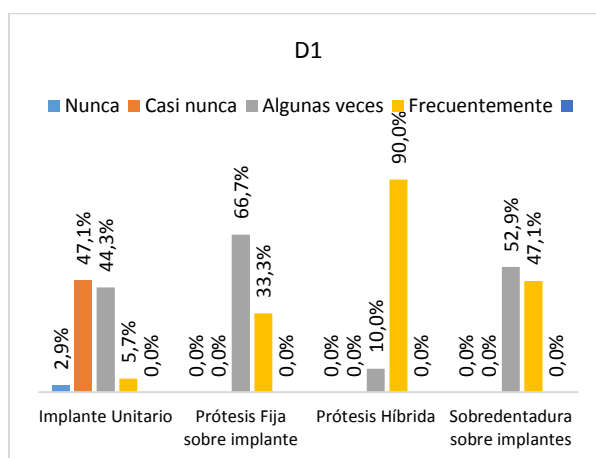


Figura 22. Análisis de la D1 según el tipo de tratamiento.

**D1: Limitación funcional**, el valor de  $p < 0,05$ , sí se tienen diferencias significativas entre los tratamientos.

**Implante Unitario:** el 47,1% indican que casi nunca y el 44,3% indican que algunas veces.

**Prótesis Fija sobre implante:** el 66,7% indican que algunas veces y el 33,3% indican que frecuentemente.

**Prótesis Híbrida:** el 90,0% indican que frecuentemente.

**Sobredentadura sobre implantes:** el 52,9% indican que algunas veces y el 47,1% indican que frecuentemente.

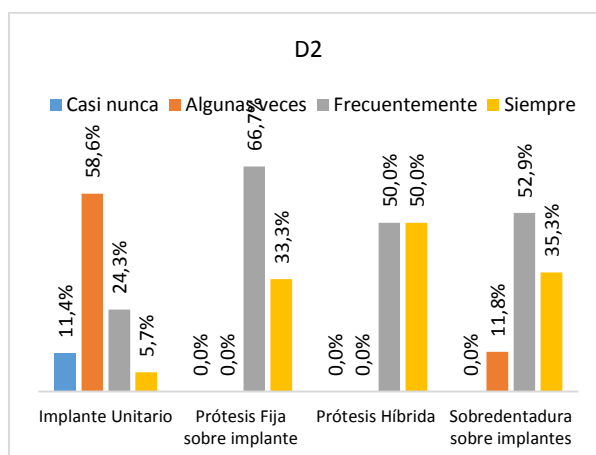


Figura 23. Análisis de la D2 según el tipo de tratamiento.

**D2: Dolor Físico**, el valor de  $p < 0,05$ , sí se tienen diferencias significativas entre los diferentes tipos de tratamientos.

**Implante Unitario:** el 58,6% indican que algunas veces y el 24,3% indican que frecuentemente.

**Prótesis Fija sobre implante:** el 66,7% indican que frecuentemente y el 33,3% indican que siempre.

**Prótesis Híbrida:** el 50,0% indican que frecuentemente y el 50,0% indican que siempre.

**Sobredentadura sobre implantes:** el 52,9% indican que frecuentemente y el 35,3% indican que siempre.

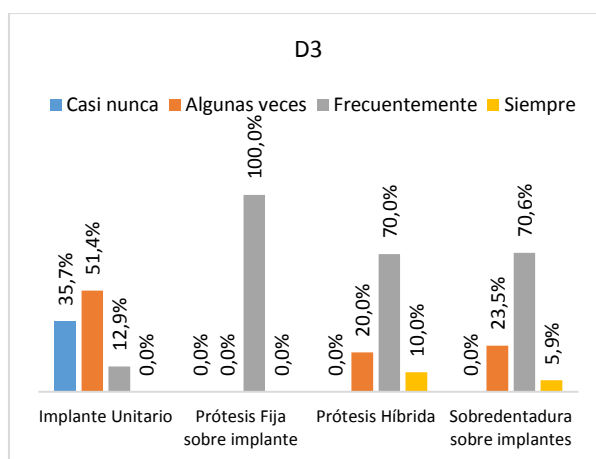


Figura 24. Análisis de la D3 según el tipo de tratamiento.

**D3: Molestias Psicológicas**, el valor de  $p < 0,05$ , sí se tienen diferencias significativas entre los diferentes tipos de tratamientos.

**Implante Unitario:** el 35,7% indican que casi nunca y el 51,4% indican que algunas veces.

**Prótesis Fija sobre implante:** el 100,0% indican que frecuentemente.

**Prótesis Híbrida:** el 70,0% indican que frecuentemente.

**Sobredentadura sobre implantes:** el 70,0% indican que frecuentemente.

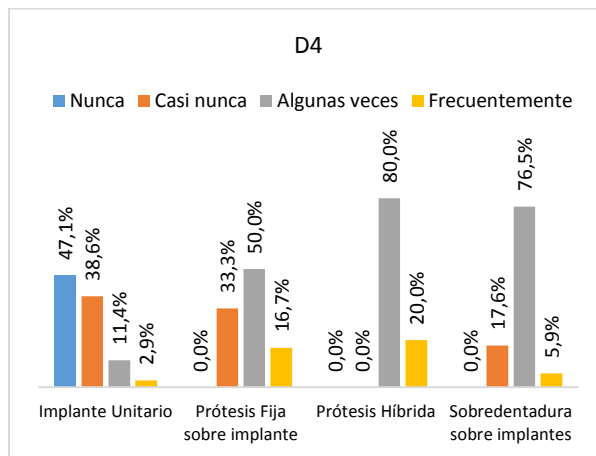


Figura 25. Análisis de la D4 según el tipo de tratamiento.

**D4: Incapacidad Física,** el valor de  $p < 0,05$ , sí se tienen diferencias significativas entre los diferentes tipos de tratamientos.

**Implante Unitario:** el 47,1% indican que nunca y el 38,6% indican que casi nunca.

**Prótesis Fija sobre implante:** el 33,3% indican que casi nunca y el 50,0% indican que algunas veces.

**Prótesis Híbrida:** el 80,0% indican que algunas veces.

**Sobredentadura sobre implantes:** el 76,5% indican que algunas veces.

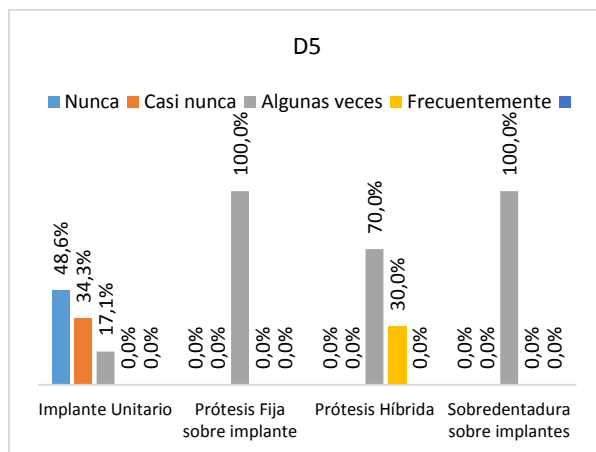


Figura 26. Análisis de la D5 según el tipo de tratamiento

**D5: Incapacidad Psicológica**, el valor de  $p < 0,05$ , sí se tienen diferencias significativas entre los diferentes tipos de tratamientos.

**Implante Unitario:** el 48,6% indican que nunca y el 34,3% indican que casi nunca.

**Prótesis Fija sobre implante:** el 100,0% indican que algunas veces.

**Prótesis Híbrida:** el 70,0% indican que algunas veces y el 30,0% indican que frecuentemente.

**Sobredentadura sobre implantes:** el 100,0% indican que algunas veces.

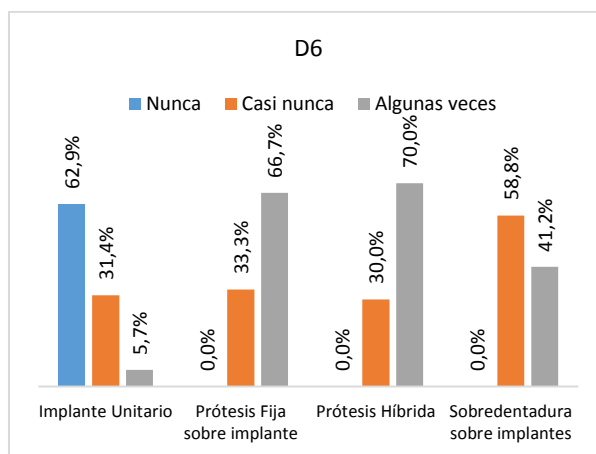


Figura 27. Análisis de la D6 según el tipo de tratamiento

**D6: Incapacidad Social**, el valor de  $p < 0,05$ , sí se tienen diferencias significativas entre los diferentes tipos de tratamientos.

**Implante Unitario**: el 62,9% indican que nunca y el 31,4% indican que casi nunca.

**Prótesis Fija sobre implante**: el 33,3% indican que casi nunca y el 66,7% indican que algunas veces.

**Prótesis Híbrida**: el 30,0% indican que casi nunca y el 70,0% indican que algunas veces.

**Sobredentadura sobre implantes**: el 58,8% indican que casi nunca y el 41,2% indican que algunas veces.

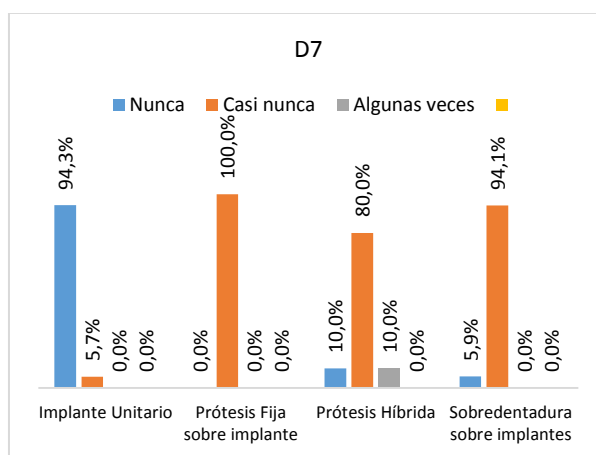


Figura 28. Análisis de la D7 según el tipo de tratamiento

**D7: Obstáculos**, el valor de  $p < 0,05$ , sí se tienen diferencias significativas entre los diferentes tipos de tratamientos

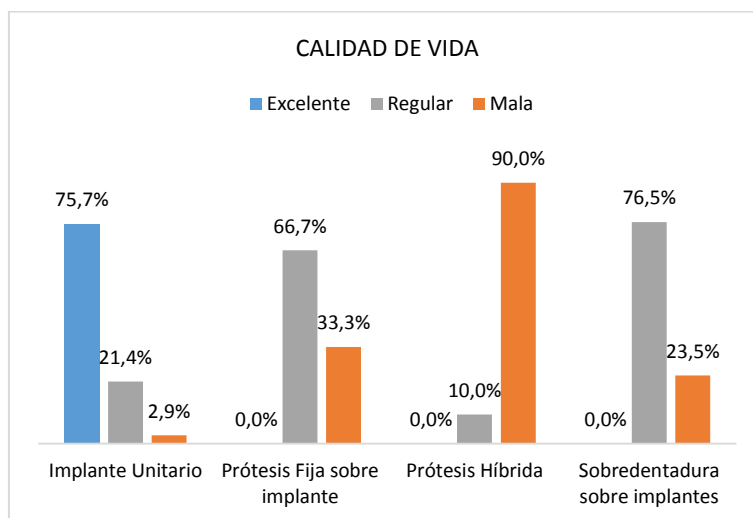
**Implante Unitario**: el 94,3% indican que nunca.

**Prótesis Fija sobre implante**: el 100,0% indican que casi nunca.

**Prótesis Híbrida**: el 80,0% indican que casi nunca.

**Sobredentadura sobre implantes:** el 94,1% indican que casi nunca.

#### 4.3.3.1 Análisis de la calidad de vida según el tipo de tratamiento



*Figura 29.* Análisis de la calidad de vida según el tipo de tratamiento

**Calidad de Vida:** el valor de  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ), si se tienen diferencias significativas entre los diversos tratamientos.

**Implante Unitario:** El 75,7% tienen calidad de vida excelente, el 21,4% tienen calidad de vida regular y el 2,9% tienen calidad de vida mala.

**Prótesis Fija sobre implante:** el 0,0% tienen calidad de vida excelente, el 66,7% tienen calidad de vida regular y el 33,3% tienen calidad de vida mala.

**Prótesis Híbrida:** El 0,0% tienen calidad de vida excelente, el 10,0% tienen calidad de vida regular y el 90,0% tienen calidad de vida mala.

**Sobredentadura sobre implantes:** El 0,0% tienen calidad de vida excelente, el 76,5% tienen calidad de vida regular y el 23,5% tienen calidad de vida mala.

En forma general tienen mejor calidad de vida relacionada a la salud oral las personas con implantes unitarios, los que tienen mala calidad de vida son los



que utilizan prótesis híbridas y los pacientes con prótesis fija sobre implante y sobredentadura sobre implantes tienen calidad de vida Regular.

#### 4.4 Correlación entre el número de implantes unitarios y la calidad de vida:

Tabla 11

Número de implantes y su relación con la calidad de vida.

TOTAL IMPLANTES	CALIDAD DE VIDA						Total		Chi Cuadrado (p=)
	Excelente calidad de vida		Regular calidad de vida		Mala calidad de vida				
	Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%	
Uno	39	73,6%	1	6,7%	0	0,0%	40	57,1%	
Dos	11	20,8%	6	40,0%	0	0,0%	17	24,3%	
Tres	1	1,9%	4	26,7%	0	0,0%	5	7,1%	
Cuatro	0	0,0%	4	26,7%	0	0,0%	4	5,7%	
Seis	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	1	1,4%	
Ocho	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	1	1,4%	
Total	53	100,0%	15	100,0%	2	100,0%	70	100,0%	

**Calidad de Vida:** el valor de  $p=0,000$  ( $p<0,05$ ), si se tienen diferencias significativas entre la cantidad de implantes colocados.

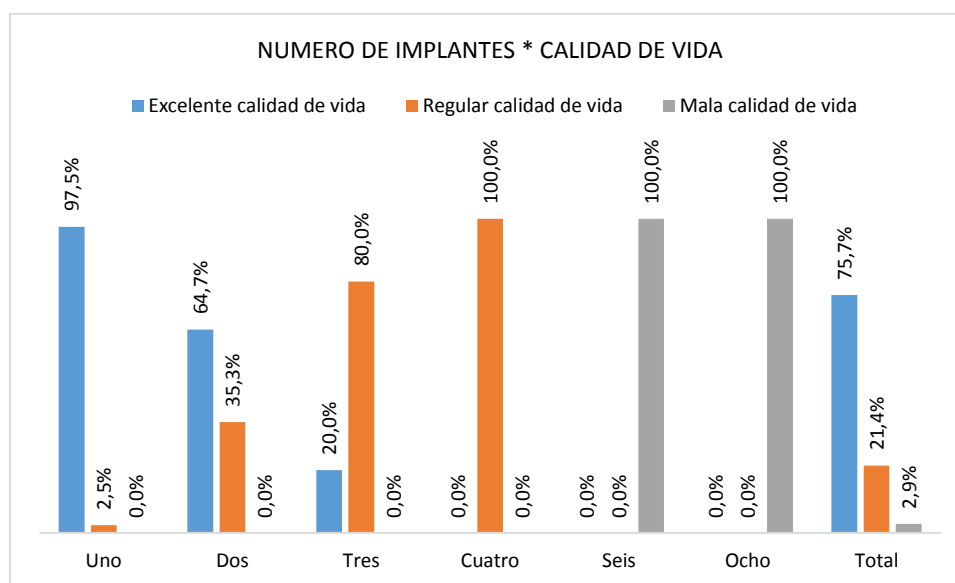


Figura 30. Calidad de vida según el número de implantes colocados.

**Uno:** El 97,5% tienen calidad de vida excelente, el 2,5% tienen calidad de vida regular y el 0,0% tienen calidad de vida mala.

**Dos:** El 64,7% tienen calidad de vida excelente, el 35,3% tienen calidad de vida regular y el 0,0% tienen calidad de vida mala.

**Tres:** El 0,0% tienen calidad de vida excelente, el 100,0% tienen calidad de vida regular y el 2,9% tienen calidad de vida mala.

**Cuatro:** El 0,0% tienen calidad de vida excelente, el 0,0% tienen calidad de vida regular y el 100,0% tienen calidad de vida mala.

**Seis:** El 0,0% tienen calidad de vida excelente, el 0,0% tienen calidad de vida regular y el 100,0% tienen calidad de vida mala.

**Ocho:** El 75,7% tienen calidad de vida excelente, el 21,4% tienen calidad de vida regular y el 2,9% tienen calidad de vida mala.

Tabla 12

*Medidas simétricas.*

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico	T aproximada	Significación aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	0,811	0,060	11,441	0,000
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	0,705	0,074	8,200	0,000
<b>N de casos válidos</b>		70			

**R de Pearson:** Correlación = 0,811, existe una correlación alta positiva entre la cantidad de prótesis unitarias y la calidad de vida.

**Correlación de Spearman:** Correlación = 0,705, existe una correlación alta positiva entre la cantidad de prótesis unitarias y la calidad de vida.

**Anexo 2** (reglas para interpretar el tamaño del coeficiente de correlación).

## 5. DISCUSION

En el presente estudio el universo lo conformaron más pacientes de género femenino 61,2% en comparación al masculino 38,8%, confirmando lo que dijo Leon et al, (2014), en su estudio Validation of the Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14Sp) in elderly Chileans; que “las proyecciones esperadas indican que las mujeres superarán en número a los hombres para 2020 en aproximadamente el 30%, debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres”, y esta coincidencia puede deberse a que las personas de género femenino por lo general son más propensas a participar de algún tipo de estudio.

Hultin et al (2013), demostró que la rehabilitación oral para reemplazar dientes perdidos en pacientes edéntulos y parcialmente edéntulos pueden mejorar la calidad de vida relacionada con la salud oral, afirmación que se corrobora al haber realizado esta investigación, ya que no importa el tipo de rehabilitación sobre implantes que el paciente se haya realizado, el resultado fue positivo mejorando los niveles de satisfacción del paciente.

Del análisis que se realizó sobre la Calidad de vida de los pacientes que fueron rehabilitados con implantes al aplicar la encuesta OHIP 14-SP tenemos, que no existió una diferencia significativa al comparar el género femenino y masculino en seis de las dimensiones que fueron: limitación funcional, dolor físico, molestias psicológicas, incapacidad psicológica, incapacidad social y en los

obstáculos. En la dimensión que si hubo diferencia significativa fue en la incapacidad física, donde las mujeres indicaron que tenían más problemas en comparación con los hombres algo que coincide en el estudio que realizó Ugalde, (2014), donde las puntuaciones de las mujeres fueron más altas. Es decir, que la calidad de vida comparada a la salud oral en relación a la incapacidad física de las mujeres parece ser más susceptible de sufrir alteraciones por trastornos orales, probablemente por ser más exigentes en el tema de estética y funcionalidad.

Ali et al, (2018), en la revisión sistemática sobre el impacto en la salud oral del remplazo protésico en pacientes edéntulos o parcialmente edéntulos, indica que existen datos insuficientes para determinar qué tratamiento sobre implantes es mejor o peor que otro, resultado que no coincide con la presente investigación y con la realizada por Preciado, del Rio, Lynch y Castillo, en el año 2013, ya que al aplicar la encuesta OHIP – 14sp se detectó consistentemente niveles significativamente más altos de limitación funcional en los usuarios con prótesis híbrida, coincidiendo con los resultados que obtuvimos en este estudio donde los pacientes que fueron rehabilitados con este tipo de prótesis tuvieron peor calidad de vida en relación a los pacientes que fueron rehabilitados con los otros tipos de prótesis sobre implantes; la explicación a esta coincidencia puede deberse a que entre menos números de piezas dentales vayan a ser reemplazados existirán niveles más altos de calidad de vida.

Castillo, Perea, Suarez, Lynch y Preciado, (2016), obtuvieron resultados similares donde los pacientes que usan prótesis híbridas, tenían una calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO) significativamente más pobre que los pacientes con prótesis fijas sobre implantes, tratamientos que se analizaron independientemente de su sistema de conexión, al reemplazar menos piezas detalles existe menos probabilidad de complicaciones como cuando los implantes están angulados o colocados vestibularmente a la posición planificada del diente como resultado de una reabsorción severa de hueso o

maloclusión. En nuestra investigación la limitación funcional, dolor físico y molestias psicológicas, tienen porcentajes representativos, es decir que los pacientes frecuentemente tienen este tipo de problema coincidiendo con Castillo, (2016) estos factores podrían poner en peligro la aceptabilidad social, la funcionalidad y el bienestar general de los usuarios portadores de prótesis híbridas al no acostumbrarse a este tipo de prótesis.

Kuoppala, Näpänkangas, y Raustia, (2013), obtuvieron en sus resultados que los pacientes con sobredentaduras mandibulares soportadas por implantes estaban satisfechos con su salud oral relacionada a la calidad de vida, en este estudio se pudo constatar lo indicado por estos autores y los resultados fueron similares en ambos géneros sin importar el rango de edad.

Sivaramakrishnan, (2016) manifestó que la incidencia de mucositis periimplantaria en los paciente fue de 51.9% después de cinco años y 57.0% después de 10 años, información que se podría verificar después de 3 años en este grupo de pacientes para evaluar las ventajas frente a las desventajas en el uso de prótesis convencionales versus a prótesis sobre implantes y de esta manera poder enfatizar en la higiene que debe tener el paciente según el tipo de prótesis que tenga para lograr una mayor longevidad de estos tratamientos.

## 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 6.1 Conclusiones

- Del total de pacientes que se realizaron rehabilitación con implantes tenemos que la mayoría son de género femenino y el rango de edad de los pacientes están entre 51 a 70 años, y se pudo determinar que mientras más edad tienen los pacientes su calidad de vida disminuye y no existe diferencias significativas en cuanto a si son hombres o mujeres.
- Los tratamientos que más se realizaron son la colocación de implantes unitarios, seguidos de sobredentaduras sobre implantes, prótesis híbrida y prótesis fija, aplicar la encuesta OHIP 14sp obtuvimos en los resultados que todos los pacientes tuvieron una mejor calidad de vida relacionada a su salud oral.
- La calidad de vida relacionada a la salud oral de los pacientes portadores de prótesis fija sobre implantes, implante unitarios y sobredentadura fue superior en relación a los pacientes portadores de prótesis híbrida que tuvieron resultados de calidad de vida relacionada a su salud oral disminuida.
- No hay diferencias estadísticamente significativas para determinar que tratamiento de implanto prótesis es mejor.
- El cuestionario OHIP-14sp es ideal para evaluar el estado psicológico y social ya que determina siete dimensiones que son la limitación funcional, dolor físico, molestias psicológicas, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y obstáculos y cada una de

estas dimensiones consta de dos preguntas para poder realizar el análisis posterior.

- Al analizar los resultados en relación a los problemas de incapacidad física, psicológica y social se determinó que las respuestas fueron nunca y casi nunca pudiendo concluir que al rehabilitar a los pacientes van a mejorar notablemente su entorno social y personal

## **6.2 Recomendaciones**

- Como profesionales de la salud es indispensable realizar la historia clínica al paciente la que nos proporciona datos muy generales de la situación del paciente, por lo que se recomienda implementar instrumentos que evalúen la calidad de vida como la encuesta OHIP 14sp que consta de 14 preguntas y nos ayuda a tener una visión más amplia del aspecto psicológico y social del paciente y determinar desde la perspectiva de ellos como se sienten con el trabajo que se ha realizado.
- Este estudio se realizó en un universo que se limitó a evaluar a los pacientes que acudieron a la Universidad de las Américas, sería indispensable que en un futuro se pueda aplicar esta encuesta en lugares donde se realicen tratamientos con implantes dentales y de esta manera poder ampliar los protocolos de atención al paciente y así mejorar la calidad de vida.

## REFERENCIAS

- Abnet, C. C., Qiao, Y. L., Mark, S. D., Dong, Z. W., Taylor, P. R., & Dawsey, S. M. (2001). Prospective study of tooth loss and incident esophageal and gastric cancers in China. *Cancer Causes and Control*, 12(9), 847–854. <https://doi.org/10.1023/A:1012290009545>
- Adamo, D., Pecoraro, G., Fortuna, G., Amato, M., Marenzi, G., Aria, M., & Mignogna, M. D. (2020). Assessment of oral health-related quality of life, measured by OHIP-14 and GOHAI, and psychological profiling in burning mouth syndrome: A case-control clinical study. *Journal of Oral Rehabilitation*, 47(1), 42–52. <https://doi.org/10.1111/joor.12864>
- Ali, Z., Rcsed, M., Baker, S. R., Psychol, C., ShahrbaF, S., & Vettore, M. V. (n.d.). (2018) Oral health-related quality of life after prosthodontic treatment for patients with partial edentulism : A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2018.03.003>
- Allen, P. F., Rcps, F. D. S., Mcmillan, A. S., Rcps, F. D. S., & Ed, F. D. S. R. C. S. (2003). A Review of the Functional and Psychosocial Outcomes of Edentulousness Treated with. 8–10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14611716>
- Bascones Martínez, A, & Frías López, M<sup>a</sup>C. (2003). Implantes unitarios: Una solución actual. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral*, 15(1), 07-17. Recuperado en 20 de junio de 2020, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-65852003000100002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852003000100002&lng=es&tlng=es).
- Bellamy Ortiz, C. L., & Moreno Altamirano, A. (2014). Relación entre calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años derechohabientes del IMSS. *Avances En Odontoestomatología*, 30(4), 195–203. <https://doi.org/10.4321/s0213-12852014000400003>
- Beresford, D., & Klineberg, I. (2018). A Within-Subject Comparison of Patient Satisfaction and Quality of Life Between a Two-Implant Overdenture and a Three-Implant – Supported Fixed Dental Prosthesis in the



- Mandible. 33(6). <https://doi.org/10.11607/jomi.6666> obtenido de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30427970>
- Boggatz, T. (2016). Quality of life in old age - a concept analysis. *International Journal of Older People Nursing*, 11(1), 55–69. <https://doi.org/10.1111/opn.12089>
- Castillo-oyagüe, R., Perea, C., Suárez-garcía, M., Del, J., Lynch, C. D., & Preciado, A. (2016). Validation of the “ Quality of Life related to function , aesthetics , socialization , and thoughts about health-behavioural habits ( QoLFAST- 10 ) ” scale for wearers of implant-supported fixed partial dentures. *Journal of Dentistry*, 55, 82–91. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2016.10.004>
- Cattaneo, P. M., & Cornelis, M. A. (2020). A Danish version of the Oral Health Impact Prole14 (OHIP-14): Translation and cross-cultural adaptation. : <https://doi.org/10.21203/rs.2.19932/v1>
- Chen, J., Cai, M., Yang, J., Aldhohrah, T., & Wang, Y. (2019). Immediate versus early or conventional loading dental implants with fixed prostheses: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 122(6), 516–536. <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2019.05.013>
- De Siqueira, G. P., Dos Santos, M. B. F., Dos Santos, J. F. F., & Marchini, L. (2013). Patients’ expectation and satisfaction with removable dental prosthesis therapy and correlation with patients’ evaluation of the dentists. *Acta Odontologica Scandinavica*, 71(1), 210–214. <https://doi.org/10.3109/00016357.2012.654612>
- Di Maio, M. (2017). Quality of life: an important element of treatment value. *The Lancet Oncology*, 18(12), 1557–1558. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30697-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30697-6)
- Díaz, J. C. (2017). Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral: Impacto de Diversas Situaciones Clínicas Odontológicas y Factores Socio-Demográficos . Revisión de la Literatura. 11(1), 31–39.
- El Osta, N., Tubert-Jeannin, S., Hennequin, M., Bou Abboud Naaman, N., El Osta, L., & Geahchan, N. (2012). Comparison of the OHIP-14 and

- GOHAI as measures of oral health among elderly in Lebanon. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 1–10. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-131>
- Emami, E., De Souza, R. F., Kabawat, M., & Feine, J. S. (2013). The impact of edentulism on oral and general health. *International Journal of Dentistry*, 2013. <https://doi.org/10.1155/2013/498305>
- Espinoza, I., Misrachi, C., (2005). Revisión Bibliográfica Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud \* Resumen La Calidad de Vida , un Concepto Multidimensional Mediciones del Estado de Salud. 96(2), 28–35.
- Esquivel, R. I., & Jimenez, J. (2008). El efecto de los dientes perdidos, En la calidad de vida de un grupo de adultos mayores. *Odontología Actual*, 5(58), 48–52.
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51–74. [https://doi.org/10.1016/0891-4222\(94\)00028-8](https://doi.org/10.1016/0891-4222(94)00028-8)
- Felton, D. A. (2009). Edentulism and comorbid factors. *Journal of Prosthodontics*, 18(2), 88–96. <https://doi.org/10.1111/j.1532-849X.2009.00437.x>
- Ferreira, Marielle Cristina Gonçalves, Tura, Luiz Fernando Rangel, Silva, Rafael Celestino da, & Ferreira, Márcia de Assunção. (2017). Social representations of older adults regarding quality of life. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 806–813. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0097>
- Ferrus, B. (9 de mayo de 2013). Efectos de perdidas dentarias. Obtenido de <http://www.clinicaferrusbratos.com/implantes-dentales/falta-de-piezas-dentales/>
- Friedman, N. (1998) “The influences of fear, anxiety and depression on the patient’s adaptive responses to complete dentures. Part II.” *The Journal Prosthetic Dentistry* 1988 Jan; 59(1): 45-8.

- Fuente, J., Sumano, Ó., Sifuentes, M., & Zelocuatecatl, A. (2010). Impact of Oral Health into the Quality of Life in Geriatric Patients Requiring Dental Care. *Univ. Odontol.*, 29(63), 83–92.
- Gómez-Morales, Abigail, Miranda, Jessica Maria Arouca de, Pergola-Marconato, Aline Maino, Mansano-Schlosser, Thalyta Cristina, Mendes, Felismina Rosa Parreira, & Torres, Gilson de Vasconcelos. (2019). Influencia de las actividades en la calidad de vida de los ancianos: revisión sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1), 189-202. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.05452017>
- Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R., Andersen, J. R., Andersen, M. H., Beisland, E., ... Helseth, S. (2019). A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of Life Research*, 28(10), 2641–2650. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>
- Jenei, Á., Sándor, J., HegedUs, C., Bágyi, K., Nagy, L., Kiss, C., ... Márton, I. J. (2015). Oral health-related quality of life after prosthetic rehabilitation: A longitudinal study with the OHIP questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0289-2>
- Jokstad, A., Braegger, U., Brunski, J. B., Carr, A. B., Naert, I., & Wennerberg, A. (2013). Quality of dental implants\*. *International Dental Journal*, 53(S6P2), 409–443. <https://doi.org/10.1111/j.1875-595x.2003.tb00918.x>
- Kuoppala, R., Näpänkangas, R., & Raustia, A. (2013). Quality of Life of Patients Treated With Implant-Supported Mandibular Overdentures Evaluated With the Oral Health Impact Profile (OHIP-14): a Survey of 58 Patients. *Journal of Oral and Maxillofacial Research*, 4(2), 2–7. <https://doi.org/10.5037/jomr.2013.4204>
- León, S., Bravo-Cavicchioli, D., Correa-Beltrán, G., & Giacaman, R. A. (2014). Validation of the Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14Sp) in elderly Chileans. *BMC Oral Health*, 14, 95. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-14-95>
- Liu, X., Chen, S., Tsoi, J. K. H., & Matinlinna, J. P. (2017). Binary titanium alloys as dental implant materials-a review. *Regenerative Biomaterials*, 4(5), 315–323. <https://doi.org/10.1093/rb/rbx027>

- López López, C. E., & Quintana del Solar, M. (2016). Rehabilitación de paciente fumador con prótesis híbrida sobre seis implantes: Reporte de caso. *Revista Estomatológica Herediana*, 26(1), 37. <https://doi.org/10.20453/reh.v26i1.2819>
- Mallat-Callís, Ernest. (2006). Aspectos de interés en el diseño de sobredentaduras sobre implantes. *RCOE*, 11(3), 329-343. Recuperado en 20 de junio de 2020, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1138-123X2006000300004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2006000300004&lng=es&tlng=es).
- Manterola, C., Urrutia, S., Otzen, T. (2014). Calidad de vida relacionada con salud. instrumentos de medición para valoración de resultados en cirugía digestiva alta. Vol 66, pg 274–282.
- McGarry, T. J., Nimmo, A., Skiba, J. F., Ahlstrom, R. H., Smith, C. R., Koumjian, J. H., & Arbree, N. S. (2002). Classification system for partial edentulism. *Journal of Prosthodontics*, 11(3), 181–193. <https://doi.org/10.1053/jpro.2002.126094>
- Melo, D., Pfister, G., Barbosa, S., Nishioka, R. S., & Andrade, V. C. (2018). Etiología de las Pérdidas Dentales en Pacientes Rehabilitados con Prótesis sobre Implantes. 12(3), 280–286.
- Montero-martín, J., Bravo-pérez, M., Albaladejo-martínez, A., Hernández-martín, L. A., & Rosel-gallardo, E. M. (2009). Validation the Oral Health Impact Profile ( OHIP-14sp ) for adults in Spain. 14(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19114956/>
- Naito, M., Yuasa, H., Nomura, Y., Nakayama, T., Hamajima, N., & Hanada, N. (2006). Oral health status and health-related quality of life : a systematic review. 48(1), 1–7.
- Ordaz Hernández, Eva, Rodríguez Perera, Eva Zeida, Somonte Dávila, Hermes, Marimón Torres, María Eleuteria, & Fleitas Vigoa, Danay. (2013). Rehabilitación protésica combinando implante - diente natural. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 17(5), 187-195. Recuperado en 19 de junio de 2020, de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942013000500018&lng=es&](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000500018&lng=es&)

- Petridis, Haralampos. (2001). Periodontal Considerations in Removable Partial Denture Treatment: A Review of the Literature. *The International journal of prosthodontics*. 14. 164-72.
- Preciado, A., Del Río, J., Lynch, C. D., & Castillo-Oyagüe, R. (2013). Impact of various screwed implant prostheses on oral health-related quality of life as measured with the QoLIP-10 and OHIP-14 scales: A cross-sectional study. *Journal of Dentistry*, 41(12), 1196–1207. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2013.08.026>
- Puciato, D., Borysiuk, Z., & Rozpara, M. (2017). Quality of life and physical activity in an older working-age population. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 1627–1634. <https://doi.org/10.2147/CIA.S144045>
- Rehnqvist, N. (2010). Prosthetic Rehabilitation of Partially Dentate or Edentulous Patients Swedish Council on Health Technology Assessment SBU Board of Directors and Scientific Advisory Committee Secreteriat Board of Directors.
- Reinoso Garcia, M. (2016). Efectos psicológicos del edentulismo total y parcial y su nivel de satisfacción ante la rehabilitación protésica en pacientes atendidos en la clínica odontológica de la Universidad de las Américas durante septiembre 2015 febrero 2016. Quito: Universidad de las Americas.
- Río-Highsmith, Jaime del, Grano de Oro-Cordero, Eugenio, & Aguayo-Ruiz, Gabriela. (2002). Selección de pilares en implanto-prótesis. *RCOE*, 7(5), 507-517. Recuperado en 17 de junio de 2020, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1138-123X2002000600005&lng=es&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2002000600005&lng=es&tlng=pt)
- Romero-rojas, K. (2017). Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y psico-socio económicos. *Ciencias Médicas Revisión de Literatura*. 3, 702–718. DOI: 10.23857/dc.v3i2.446

- Sadowsky, S. J. (2019). Occlusal overload with dental implants: a review. *International Journal of Implant Dentistry*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/s40729-019-0180-8>
- Sanchez, M., Campos, G., Rosas, E., Pedraza, A., (2014). Cali. Estado de dentición y su impacto en la calidad de vida en adultos mayores, 17–19. [https://doi.org/10.5822/978-1-61091-584-7\\_6](https://doi.org/10.5822/978-1-61091-584-7_6)
- Scortecci, M. (2019). Basal Implantology. In *Basal Implantology*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-44873-2>
- Sivaramakrishnan, G. (2016). Comparison of implant supported mandibular overdentures and conventional dentures on quality of life : a systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. 482–488. <https://doi.org/10.1111/adj.12416>
- Sola, B. (2014). Falta de dientes ocasiona problemas nutricionales y digestivos. *Cronica*
- Souza, F. I. De, Alessandro, S., & Costa, D. S. (2016). Assessment of Satisfaction Level of Edentulous Patients. 31(4). <https://doi.org/10.11607/jomi.4267> Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30427970>
- Ugalde Meza, E. (2014). Perfil de la Salud Oral (OHIP-14) en pacientes de la Clínica U Dental, con base en la incapacidad psicológica según el sexo. *Revista Electrónica de La Facultad de Odontología, ULACIT*, 7(2), 33–46. Retrieved from [http://www.ulacit.ac.cr/files/revista/articulos/esp/resumen/111\\_article3ident17.2.pdf](http://www.ulacit.ac.cr/files/revista/articulos/esp/resumen/111_article3ident17.2.pdf)
- Velasco Ortega, E, Jiménez Guerra, A, España López, A, Ortiz García, I, Matos Garrido, N, Núñez Márquez, E, Moreno Muñoz, J, & Monsalve Guil, L. (2017). El tratamiento con implantes dentales unitarios. Un estudio a 5 años. *Avances en Odontoestomatología*, 33(5), 205-212. Recuperado en 20 de junio de 2020, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852017000500004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852017000500004&lng=es&tlng=es).

- Vida, C. De. (2005). Revisión Bibliográfica Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud \* Resumen La Calidad de Vida, un Concepto Multidimensional Mediciones del Estado de Salud. 96(2), 28–35.
- Vieira, D. (2014). Las peores consecuencias de la pérdida de dientes. Obtenido de <https://www.propdental.es/blog/.../las-peores-consecuencias-de-la-perdida-de-dientes/>

## **ANEXOS**



# ANEXO 1

## ENCUESTA OHIP-14Sp

CÓDIGO: .....

Fecha: ...../...../.....

Edad: .....

Género: Femenino  / Masculino

Estado Civil: Soltero  / Casado  / Divorciado  / Viudo

Nivel de Escolaridad: Ninguna  / Primaria  / Secundaria  / Superior

### INSTRUCCIONES:

Para cada una de las siguientes preguntas escritas a continuación, lea y subraye palabras que no comprenda (si las hay) e indique en la escala de 0 a 4 con una X según corresponda. Siendo:

0= nunca    1= Casi nunca    2= Algunas veces    3= Frecuentemente    4= Siempre

Preguntas OHIP-14Sp		0	1	2	3	4
1	¿Ha sentido que su aliento se ha deteriorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
2	¿Ha sentido que su digestión ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
3	¿Ha tenido dientes sensibles, por ejemplo debido alimentos o líquidos fríos?					
4	¿Ha tenido dolor de dientes?					
5	¿Los problemas dentales lo/a han hecho sentir totalmente infeliz?					
6	¿Se ha sentido inconforme con la apariencia de sus dientes, boca o prótesis?					
7	¿Ha sido poco clara la forma en que usted habla por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
8	¿La gente ha malentendido algunas de sus palabras por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
9	¿Su sueño ha sido interrumpido por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
10	¿Ha estado molesto o irritado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
11	¿Ha sido menos tolerante con su pareja o familia por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
12	¿Ha tenido dificultades haciendo su trabajo habitual por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
13	¿Ha sido totalmente incapaz de funcionar por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
14	¿Ha sido incapaz de trabajar a su capacidad total por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
<b>TOTAL</b>						

## ANEXO 2

**Tabla 2.** Reglas para interpretar el tamaño del coeficiente de correlación.

Tamaño de la Correlación	Interpretación
.90 a 1.00 (-.90 a - 1.00)	Correlación bien alta positiva (negativa)
.70 a .90 (-.70 a -.90)	Correlación alta positiva (negativa)
.50 a .70 (-.50 a -.70)	Correlación moderada positiva (negativa)
.30 a .50 (-.30 a -.50)	Correlación baja positiva (negativa)
.00 a .30 (.00 a -.30)	Si existe correlación, es pequeña

Fuente: elaboración propia a partir de Hinkle, D.E., Wiersma, W. & Jurs, S.G. (2003)

