



FACULTAD DE POSGRADO

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A  
TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN ORAL CON PRÓTESIS FIJA EN EL  
SECTOR ANTERIOR, EN LA CLÍNICA DE POSGRADO DE LA  
UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS, 2017-2019.

Autora

Denisse Alejandra Padilla Yáñez

Año  
2019



FACULTAD DE POSGRADOS

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A  
TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN ORAL CON PRÓTESIS FIJA EN EL  
SECTOR ANTERIOR, EN LA CLÍNICA DE POSGRADO DE LA UNIVERSIDAD DE  
LAS AMÉRICAS, 2017-2019.

Trabajo de titulación presentado en conformidad con las obligaciones  
establecidas para optar por el título de Especialista Médica en Rehabilitación  
Oral

Profesor Guía

Dr. Paul Santiago Santacruz Escobar

Autor

Denisse Alejandra Padilla Yáñez

Año

2019

## **DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA**

Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con el (los) estudiante(s), 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.

---

Paul Santiago Santacruz Escobar  
Rehabilitador Oral  
C.I. 050160476-3

## **DECLARACIÓN PROFESOR CORRECTOR**

"Declaro haber revisado el trabajo, Evaluación de la calidad de vida en pacientes sometidos a tratamientos de rehabilitación con prótesis fija en el sector anterior, en la clínica de posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación"

---

María Pilar Gabela Berrones  
Master Universitario en Gestión de la Seguridad Clínica  
C.I. 0603600172

## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE**

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

---

Denisse Alejandra Padilla Yáñez  
C.I.. 1719160457

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios y a la vida por bendecirme con unos padres ejemplares, los cuales supieron guiar mi camino desde mis primeros años y me inculcaron un sin número de valores.

A la Universidad de Las Américas por su excelente acogida y por conferirme la oportunidad una vez más; para lograr obtener mi título de cuarto nivel y especializarme.

Así como también a cada uno de los docentes que la conforman, por compartir sus conocimientos para formar profesionales competentes en el campo de la salud oral

## **DEDICATORIA**

A mi madre que siempre me ha impulsado a seguirme preparando y no rendirme. Ella es mi motor el cual, me impulsa a seguir alcanzando más metas; además es la persona que me brinda el aliento oportuno para seguir hasta en los momentos más difíciles. A mi padre por ser una persona muy objetiva quien, me ayudo a encaminarme en esta noble profesión y me ha apoyado en todo momento.

A mi tía Olga, por ayudarme y ser mi control de calidad en el último ciclo de la carrera que es la tesis. A todos y cada una de las personas de mi familia, amistades y en general; que directa o indirectamente fueron un apoyo en el transcurso de mi carrera y mi vida.

## RESUMEN

El tener una visión integral del paciente es un elemento que involucra el profesionalismo por parte del odontólogo, por lo que la aplicación del instrumento planteado, "The Oral Health Impact Profile (OHIP-14)", puede generar una mejor apreciación de la calidad del trabajo en pacientes, ya que el instrumento es de fácil intervención en tiempo y muestra información importante. La presente investigación buscó, evaluar la calidad de vida en pacientes que se sometieron a tratamientos de rehabilitación con prótesis fijas en el sector anterior de la cavidad bucal. El estudio tuvo un universo de 140 pacientes, cuyos registros se encuentran en las historias clínicas, los mismos que recibieron tratamientos de rehabilitación oral, en la clínica de posgrado de la Universidad de las Américas. Se determinó una muestra de 103 participantes de forma aleatoria simple, el tipo de estudio fue longitudinal prospectivo. A los pacientes se les solicitó el consentimiento informado y se aplicó el cuestionario OHIP-14 adaptado con dos dimensiones adicionales, para determinar los parámetros sobre calidad de vida. El valor de significación fue menor a 0,05 ( $p=0,00$ ) por lo tanto, se afirmó que la calidad de vida mejoró en un porcentaje razonable, después de los tratamientos de rehabilitación oral realizados.

**Palabra clave:** Calidad de vida, rehabilitación, prótesis fija, OHIP-14.



## ABSTRACT

Having an integral view of the patient is an element that involves professionalism by the dentist. The application of the proposed instrument can generate a better appreciation of the quality of work in patients because this one is easy to intervene in time and shows important information. The present research aimed to evaluate the quality of life in patients who were under rehabilitation treatments with fixed prostheses in the anterior sector of the oral cavity. The study had a universe of 140 patients whose information was registered in the medical records and those ones who received oral rehabilitation treatments in the postgraduate clinic of the Universidad de las Americas. 103 patients were chosen by a simple random sampling. The type of study was descriptive, transversal and retrospective. Patients were asked for informed consent, as well as the OHIP-14 questionnaire adapted with two additional dimensions was applied in order to determine the parameters on quality of life. The significance value was less than 0.05 ( $p = 0.00$ ), therefore it was determined that the quality of life was improved in a reasonable percentage after the oral rehabilitation treatments were performed.

**Keywords:** quality of life, rehabilitation, fixed prosthesis, OHIP-14.

# INDICE

1. CAPITULO I. INTRODUCCION .....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	2
1.2. Justificación.....	4
2. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO .....	7
2.1. La rehabilitación oral .....	7
2.2. Pérdida de Dientes .....	8
2.3. La pérdida de la función masticatoria.....	10
2.4. La pérdida de la función estética.....	12
2.5. El impacto del bienestar .....	13
2.6. Prostodoncia .....	13
2.6.1. Prótesis Fija .....	14
2.6.2. Prótesis Fija Plural .....	14
2.6.3. Prótesis Fija Unitaria .....	15
2.6.4. Prótesis sobre implantes .....	16
2.7. Calidad De Vida .....	17
2.7.2. Calidad de vida oral .....	18
2.7.3. Instrumentos Usados Para Medir La CVRSO.....	19
2.7.3.1. GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index) (Atchinson, 1990) .....	20
2.7.3.2. OHIP-49 (Oral Health Impact Profile).....	20
3. CAPITULO III. OBJETIVOS.....	25
3.1. Objetivo General:.....	25
3.2. Objetivos Específicos: .....	25
4. CAPÍTULO IV. HIPÓTESIS .....	26
4.1. Hipótesis nula .....	26
4.2. Hipótesis alternativa.....	26

5. CAPÍTULO V. METODOLOGÍA.....	27
5.1. Tipo de estudio.....	27
5.2. Universo de la muestra.....	27
5.3. Muestra .....	27
5.4. Criterios de la muestra.....	28
5.4.1. Criterios de inclusión: .....	28
5.4.2. Criterios de exclusión .....	28
5.6. Consideraciones éticas: .....	28
5.5. Recursos materiales y humanos .....	29
5.7. Procedimiento.....	29
5.8. Recolección, análisis y valoración de datos.....	30
5.9. Variables de estudio.....	30
6. CAPÍTULO VI. RESULTADOS.....	31
7. CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN .....	68
8. CONCLUSIONES.....	72
9. RECOMENDACIONES.....	74
REFERENCIAS .....	75
ANEXOS.....	82

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Pacientes evaluados en la calidad de vida relacionada con la salud oral a través de la rehabilitación, en las diferentes dimensiones, en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019.....	31
Tabla 2. Estadísticos de la edad y las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud oral, en los pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019. ....	32
Tabla 4. Comparación en la dimensión de dolor físico de la calidad de vida antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019.....	36
Tabla 5. Comparación en la dimensión de molestia psicológicas de la calidad de vida antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019. ....	36
Tabla 6. Comparación en la dimensión de incapacidad física de la calidad de vida antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019.....	38
Tabla 7. Comparación en la dimensión de incapacidad psicológica de la calidad de vida antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019. ....	39
Tabla 8. Comparación en la dimensión de incapacidad social de la calidad de vida antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019. ....	40
Tabla 9. Comparación de la calidad de vida antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019. ....	41

Tabla 10. Comparación en la dimensión de dolor físico de la calidad de vida estratificada por sexo, antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019.....	42
Tabla 11. Comparación en la dimensión de dolor físico de la calidad de vida estratificada por edad, antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019. ....	44
Tabla 12. Comparación en la dimensión de incapacidad física de la calidad de vida estratificada por sexo, antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019. ....	46
Tabla 13. Comparación en la dimensión de incapacidad física de la calidad de vida estratificada por edad, antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019. ....	48
Tabla 14. Comparación en la dimensión de incapacidad psicológica de la calidad de vida estratificada por sexo, antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019. ....	50
Tabla 15. Comparación en la dimensión de incapacidad psicológica de la calidad de vida estratificada por edad, antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019. ....	52
Tabla 16. Comparación en la dimensión de limitación funcional de la calidad de vida estratificada por edad, antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019. ....	54
Tabla 17. Comparación en la dimensión de molestias psicológicas de la calidad de vida estratificada por sexo, antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019. ....	56

Tabla 18. Comparación en la dimensión de molestias psicológicas de la calidad de vida estratificada por edad, antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019. ....	58
Tabla 19. Modelo de relación de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con odontología en las medidas antes y después de la rehabilitación oral, en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019. ....	60
Tabla 20. Comparación mediante los Rangos de Wilconson de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud oral, a través de las diferencias obtenidas en las medidas después y antes del tratamiento de rehabilitación oral en los pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019. ....	61
Tabla 21. Comparación de la puntuación según la aplicación del instrumento antes y después. ....	65
Tabla 22. Prueba de Normalidad.....	65
Tabla 23. Prueba de Wilconxon .....	67

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tipo de prótesis: Los tipos de prótesis dentales que se usan con más frecuencia en odontología son las prótesis dentales fijas, removibles y sobre implantes dentales.....	10
Figura 2. Efectos de la Pérdida Dental: Con la pérdida dental se desarrollará una oclusión traumática como resultado de la rotación y desviación de algunos dientes de la zona; ya que todos los dientes que se encuentran anteriores al espacio pueden presentar movimientos. ....	11
Figura 3. Pérdida de función estética: Hay muchas causas y factores que pueden provocar la pérdida de la estructura dentaria. Las principales patologías que lo causan son la caries, el desgaste de los dientes, traumatismos dentales o tratamientos inacabados.....	13
Figura 4. Prótesis fija: es aquella prótesis que está soportada por el propio diente natural, por lo que también es conocida como prótesis dentosoportada. ....	15
Figura 5. Prótesis sobre implantes: Se utilizan en casos de pérdida de uno o más dientes cuando se pretende colocar una prótesis fija. Funcionan como las raíces de los dientes naturales. ....	17
Figura 6. OHIP antes en relación con la edad. ....	63
Figura 7. OHIP después en relación con la edad. ....	64

## 1. CAPITULO I. INTRODUCCION

La presente investigación tuvo como objeto evaluar la calidad de vida, en pacientes que han sido sometidos a tratamientos de rehabilitación con prótesis fijas en el sector anterior de la cavidad bucal. (Flores Bravo, 2017) Considerando que la rehabilitación oral, no solo busca devolver el estado funcional del sistema estomatognático, sino que debe afianzar la calidad de vida, psicosocial, bienestar dental y satisfacción del paciente.(Vasconcellos, Maia, Medeiros, Id, & Id, 2018)

La calidad de la atención odontológica hoy en día, se ha vuelto determinante en función de la satisfacción del paciente por lo que, la rehabilitación oral mediante prótesis fija en ocasiones genera incomodidad en los pacientes. Ocasionando afectaciones de limitación funcional, dolor físico, molestias psicológicas, discapacidad física, psicológica, social y minusvalía. En razón de lo expuesto, es importante estudiar la calidad de vida de los pacientes luego de realizarse tratamientos de rehabilitación oral. (Díaz-Reissner, Casas-García, & Roldán-Merino, 2017)

Por otro lado, los datos concernientes a la calidad de vida no se encuentran contemplados normalmente en las historias clínicas de odontología, estas están enfocadas a la anamnesis, examen físico y pruebas de laboratorio. No contemplan aspectos habituales, sociales, personales ni físicos.(Cerón bastidas, 2014). La evaluación de la calidad de vida post-tratamientos y por consiguiente la satisfacción de los pacientes debería ser el principal objetivo en la intervención, tomando en cuenta que los registros clínicos no brindan información adecuada sobre estos factores. (Rodríguez, Arpajón, & Herrera, 2016)

En la investigación se utilizó una encuesta mediante el instrumento "The Oral Health Impact Profile (OHIP-14)", que valora las dificultades para cumplir determinadas funciones orales y realizar actividades de la vida diaria, en un grupo de pacientes de la Clínica de la Universidad de las Américas, los cuales fueron sometidos a tratamientos de rehabilitación oral con prótesis fija en el sector anterior.(Montero-Martin, Bravo-Pérez, Albaladejo-Martínez, Hernández-



Martin, & Rosel-Gallardo, 2016). Se realizó la aplicación del instrumento al inicio del tratamiento y una vez culminado el mismo se realizó el post-test. El OHIP determina siete dimensiones: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y discapacidad, que se basan en el modelo teórico de Locker de la salud oral. (Ugalde Meza, 2014)

El objetivo de esta investigación fue identificar si hay mejoría en la calidad de vida de los pacientes gracias a los tratamientos de rehabilitación oral en las distintas combinaciones de prótesis fija en el sector anterior. (Sepúlveda-correa, Giraldo-ramírez, & Agudelo-suárez, 2013)

### **1.1. Planteamiento del problema**

La calidad de vida oral, se definió a finales de la década de 1970 y por lo general se relaciona con las experiencias subjetivas que cada persona tiene, para llevar una vida buena o mala estomatológicamente hablando. Por otro lado, su definición está directamente relacionada con la salud en general, puesto que padecimientos en la cavidad oral van a repercutir también al bienestar general. (L. Duarte et al., 2010).

A la salud oral se la considera como parte fundamental e inseparable de la salud en general. La calidad de vida, de un individuo en el ámbito oral, está determinada por la presencia o ausencia de piezas dentarias, ya que la falta de dientes reduce sustancialmente la misma; puesto que son los dientes los que ayudan en el proceso de masticación facilitando la digestión de nutrientes. Su falta o deterioro produce una mala función masticatoria, la cual se traduce en una deficiente formación del bolo alimenticio, provocando una incorrecta absorción de nutrientes, dando como resultado una mala calidad de vida. (Pelayo-Ramírez Norma Rocí, 2018) La Federación Dental Internacional (FDI) afirma que solo el 60% de la población mundial tiene acceso a servicios de salud odontológica, debido a que la densidad de odontólogos cualificados es baja; la FDI afirma que el promedio en América Latina es de 3.1 odontólogos

por cada 10.000 habitantes; en Ecuador se encuentra, 1 odontólogo por cada 4.000 habitantes. (Marques et al., 2017)

De acuerdo con los estudios se desprende que la pérdida de dientes está asociada con el diagnóstico clínico de caries y periodontitis, las mismas que están vinculadas con la edad, sexo, tabaquismo, educación, ingresos y otros factores; por tanto, una adecuada salud oral previene la pérdida dental parcial o total. (Meisel, Holtfreter, Völzke y Kocher, 2018).

El edentulismo es la condición que representa la ausencia de piezas dentales en la boca como consecuencia de la pérdida parcial o total de dientes. La pérdida de dientes no es sólo el resultado de enfermedades orales, como la caries dental y la periodontitis; sino también es una consecuencia de las decisiones de tratamientos, las costumbres sociales, lo que significa que tanto los factores biológicos y sociales están involucrados. A pesar de que esta patología se encuentra disminuyendo, la prevalencia de edentulismo en muchos países sigue siendo relativamente alta. (Marques et al, 2017, p. 1-11). Según estudios realizados por el Ministerio de Salud del Ecuador (MSE) y la Organización Panamericana de Salud (OPS), indica que la prevalencia de caries dental es del 95% en edades comprendidas entre 14 a 35 años y el 100% desde los 45 años en adelante. (Marques et al., 2017)

Los problemas de salud bucal no tratados a tiempo provocan pérdida dentaria, alteración de la fonación, disminución de la función masticatoria y problemas estéticos; causando deterioro de la calidad de vida del individuo. Para resolver estos problemas es indispensable que el paciente se someta a un tratamiento de rehabilitación oral, el cual le brindará la posibilidad de recuperar el bienestar físico, social y emocional que se encuentra disminuido debido al deterioro de la salud bucal. (Pelayo-Ramírez Norma Rocí, 2018).

Sin embargo, la rehabilitación oral mediante prótesis fija en ocasiones genera insatisfacción en los pacientes, lo cual afecta la calidad de vida, ya sea por la apariencia de la prótesis, por presentar limitación funcional, dolor físico, molestias psicológicas, discapacidad física, psicológica, social y obstáculos, por

esta razón se analizarán varios factores a través de una encuesta; donde se evaluará la calidad de vida de los pacientes que recibieron tratamiento de Rehabilitación Oral en la clínica de Posgrado de la Universidad de Las Américas (UDLA).

### **Preguntas de investigación**

¿Cuál es la calidad de vida en pacientes sometidos a tratamientos de rehabilitación oral con prótesis fija en el sector anterior, atendidos en la especialidad médica de rehabilitación oral en la clínica de la Universidad de las Américas, 2017-2019?

¿Cuál fue el porcentaje de mejora de las dimensiones de limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico e incapacidad física, psicológica, social, discapacidad, satisfacción y conformidad de los pacientes antes y después del proceso de rehabilitación oral, realizados en la clínica de posgrado de la Universidad de las Américas, periodo 2017-2019?

¿Cuál fue el nivel de calidad de vida OHIP con relación al sexo y edad antes y después del tratamiento protésico de los pacientes atendidos en la clínica de posgrado de la Universidad de las Américas, periodo 2017-2019?.

### **1.2. Justificación**

Es de suma importancia evaluar la calidad de vida que presentan los pacientes al momento que llegan a la consulta, ya que la relación que existe entre la falta de dientes o la ausencia de prótesis con la salud es directa, afectando al paciente inclusive a su función masticatoria, sobre todo de alimentos de consistencia dura, pudiendo desencadenar en graves problemas de nutrición. (Rodríguez et al., 2016) Por otro lado, la baja autoestima, incomodidad, vergüenza y dolor frente a otras personas, durante las comidas o reuniones sociales; hacen notoria una afectación en la aceptación y en la autorrealización del paciente. (Rodríguez et al., 2016)

Los datos concernientes a la calidad de vida no se encuentran contemplados normalmente en las historias clínicas de odontología, estas están enfocadas a la anamnesis, examen físico y pruebas de laboratorio, no contemplan aspectos habituales, sociales, personales ni físicos, por ello estos documentos no aportan con suficiente información para ver la relación existente entre la calidad de vida y la salud bucal. (Sepúlveda-correa et al., 2013)

La información que se obtiene a partir de la historia clínica y pruebas de laboratorio deberían ser complementados con cuestionarios psicométricos que permitan medir la calidad de vida, esto ayudaría a obtener un panorama exacto e integral del paciente, situación que daría lugar a descubrir la presencia de más de un trastorno, para elegir un tratamiento prostodóntico adecuado y evaluar su éxito; una alternativa para este fin son los cuestionarios de OHIP-14, que permiten la identificación de los síntomas no físicos de los pacientes; es decir, cuando la disfunción psicosocial precede a la disfunción física. (Sepúlveda-correa et al., 2013). La utilización de estos cuestionarios en una investigación permite identificar la calidad de vida de los pacientes sometidos a un determinado procedimiento odontológico, determinando la satisfacción o insatisfacción que se genera en las diferentes dimensiones de la calidad de vida, la misma que al retroalimentarse facilitará la implementación de medidas correctivas con la finalidad de mejorar la calidad de vida, mediante la salud oral del paciente. (Dable, Nazirkar, Singh, & Wasnik, 2013)

Es de gran importancia el manejo de cuestionarios en la práctica clínica odontológica, porque puede facilitar la identificación precoz de síntomas no físicos. La evaluación de la Calidad de vida ofrece al clínico información sobre cómo funcionan las diferentes formas de terapia odontológica como es el caso de las prótesis fijas. Cuando una investigación rigurosa a través de estos cuestionarios muestra que la calidad de vida de los pacientes sometidos a un determinado tratamiento mejora, el tratante puede extrapolar cautelosamente los resultados para informar a sus pacientes de que dicha terapia es efectiva y viable. Por otro lado, se establecerá un mejor criterio al momento de planificar

el tipo de tratamiento más adecuado para resolver diferentes casos. (Buraglia, 2014)

En base a lo expuesto, en el presente estudio se plantea la utilización del cuestionario OHIP-14 para evaluar la calidad de vida en los pacientes portadores de prótesis fija en el sector anterior.

## 2. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

Las caries dentales y la enfermedad periodontal son las enfermedades orales más importantes que conducen a la pérdida de dientes. Las consecuencias inmediatas de la pérdida de dientes son principalmente funcionales, (la persona puede no ser capaz de hablar o masticar adecuadamente). (Van der Bilt, 2011) Aunque la pérdida de dientes no es una enfermedad per se, a largo plazo la falta de un gran número de piezas; con frecuencia afecta la función oral de la persona, la autoimagen, equilibrio emocional y eventualmente la calidad de vida en general. (Emami, Heydecke, Rompré, de Grandmont y Feine, (2009).

La función masticatoria puede ser subdividida en; función masticatoria objetiva que es una medida del rendimiento de una persona en la trituración de un alimento de prueba y la función masticatoria subjetiva, que esencialmente califica una autoevaluación del participante en su habilidad masticatoria. (Eberhard, Schneider, Eiffler, Kappel y Giannakopoulos (2015).

### 2.1. La rehabilitación oral

La rehabilitación oral como parte de la odontología juega un importante papel al devolver la forma, función y la estética del sistema estomatognático. La cual pudimos haber perdido por , traumas, patologías orales o accidentes y sus secuelas (Carlos, Rojas, Of, Arch, & Report, 2012). Al comenzar a rehabilitar a un paciente debemos pensar más allá del simple hecho de colocar una prótesis en boca, tenemos la obligación de recuperar y reponer a todo el sistema tanto en su forma como también en su función; por lo que se debe utilizar, todo el conocimiento y experticia que tenga el rehabilitador. Sin olvidar fundamentalmente el trabajo en equipo conjuntamente con otras especialidades. (Diaz-Reissner et al., 2017)

El especialista en rehabilitación oral debe tener nociones de Periodoncia, Endodoncia, Ortodoncia y así como también de Cirugía Máxilofacial, para poder derivar a los pacientes a sus colegas. Pero hay que recalcar que esto no significa que el solo realice todos estos procedimientos, sino que debe saber

realizar un buen diagnóstico, para poder brindar a sus pacientes alternativas de tratamiento. (Carlos et al., 2012).

Con el principal propósito de ejecutar un tratamiento integral de rehabilitación, donde interactúen interdisciplinariamente las especialidades, con el objetivo de alcanzar las expectativas del paciente tanto a nivel funcional como estético. Por esto, el pilar fundamental del éxito de todo tratamiento es, arrancar con un diagnóstico correcto. Es aquí donde el especialista debe centrar su atención, unir todo su conocimiento y experiencias anteriores de manera ordenada, apoyándose en todas las ayudas diagnósticas, para llegar a conclusiones que lo ayuden en el perfeccionamiento de un plan de tratamiento acertado para sus pacientes. (Diaz-Reissner et al., 2017)

El rehabilitador es el arquitecto de la cavidad oral, está encargado de la correcta disposición de los dientes, junto con una buena función de la articulación temporo-mandibular (ATM). La cual tiene como función unir la mandíbula con el cráneo y con todo el sistema neuromuscular, siendo responsable de los movimientos y de que todos funcionen armónicamente, además de mantener una apariencia física agradable.(Carlos et al., 2012)

## **2.2. Pérdida de Dientes**

La gravedad de la pérdida puede variar, desde un solo diente hasta la totalidad de la dentición. Es un tiempo relativamente largo desde que se aceptó al edentulismo como una parte natural del envejecimiento. Hoy solo unas pocas personas son edéntulas; mientras que todavía hay relativamente muchas personas con uno o más dientes faltantes. (León, 2014).

A mediados de la década de 1960, el 23 por ciento de la población sueca de más de 16 años era edéntula. Sin embargo, en los siguientes 40 años han surgido cambios inmensos, particularmente entre los muy ancianos. (Wöstmann et al., 2008). En Gotemburgo, la proporción de personas desdentadas de 70 años disminuyó del 56 por ciento, en 1983 al 7 por ciento en el 2003. Las causas más comunes de pérdida de dientes son enfermedades

orales como; caries dental y enfermedad periodontal.(Johansson, Nyström, & English, 2010). Por lo que la estadística asegura según el estudio realizado por el Ministerio de Salud del Ecuador- Organización Panamericana de Salud (1996), que la prevalencia de caries dental es del 95% en edades comprendida de 14 a 35 años y el 100% desde los 45 años en adelante. Por otro lado, la FDI afirma que solo el 60% de la población mundial tiene acceso a servicios de salud odontológica, debido a que la densidad de odontólogos cualificados, va de 1 por cada 560 personas en Croacia. A diferencia de 1 de cada 1.278.446 en Etiopía según la Federación Dental Internacional en el 2012. En Ecuador la realidad no es muy distinta ya que se encuentra, 1 odontólogo por cada 4.000 habitantes, según la Federación Odontológica Latino Americana; además afirma que el promedio en América Latina es de 3.1 odontólogos por cada 10.000 habitantes.

La mala salud oral puede significar problemas sociales o financieros. Las personas que son edéntulos totales o parciales, portadores de prótesis totales o parciales removibles, tienen una percepción negativa de sí mismos y suelen sentirse diferente de los demás. (Johansson et al., 2010). Las personas afectadas a menudo no tienen una buena calidad de vida y una muy pobre función masticatoria. La pérdida de dientes se puede comparar, a una amputación de un miembro de alguna parte del cuerpo y las zonas edéntulas en boca, se perciben como imperfecciones físicas, o como partes del cuerpo faltantes.

Hoy en día, existen tres métodos principales para reemplazar los dientes perdidos:

1. Prótesis parcial o total removibles, que el paciente puede insertar o quitar. (Marques et al., 2017)
2. Prótesis fija o puente retenido por los dientes naturales que colindan con el espacio y que lleva los dientes de reemplazo.(Gallardo A, Picasso MA, Huillca N, 2013)



### 3. Prótesis fija sobre Implantes que están anclados en el hueso. (Meneses G., 2010)

Las combinaciones de estos métodos también se usan.

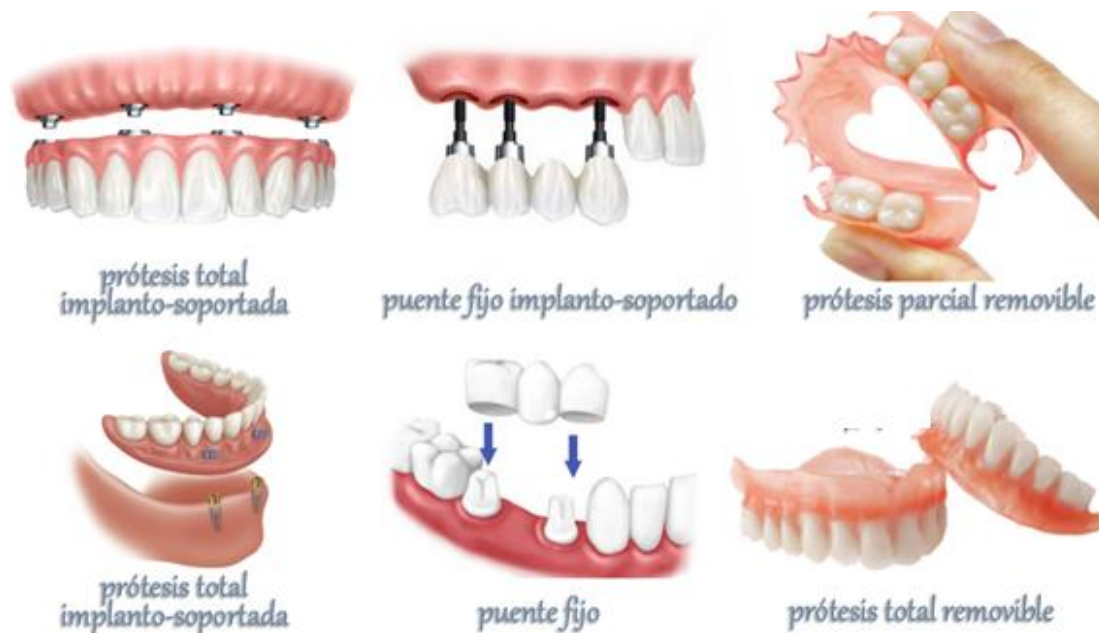


Figura 1. Tipo de prótesis: Los **tipos de prótesis dentales** que se usan con más frecuencia en odontología son las prótesis dentales fijas, removibles y sobre implantes dentales.

Tomado de: Deniz, DA., Kulak, Y. (2013). The influence of occlusion on masticatory performance and satisfaction in complete denture wearers. *J oral Rehabil.* Feb, 40(2):91-8.

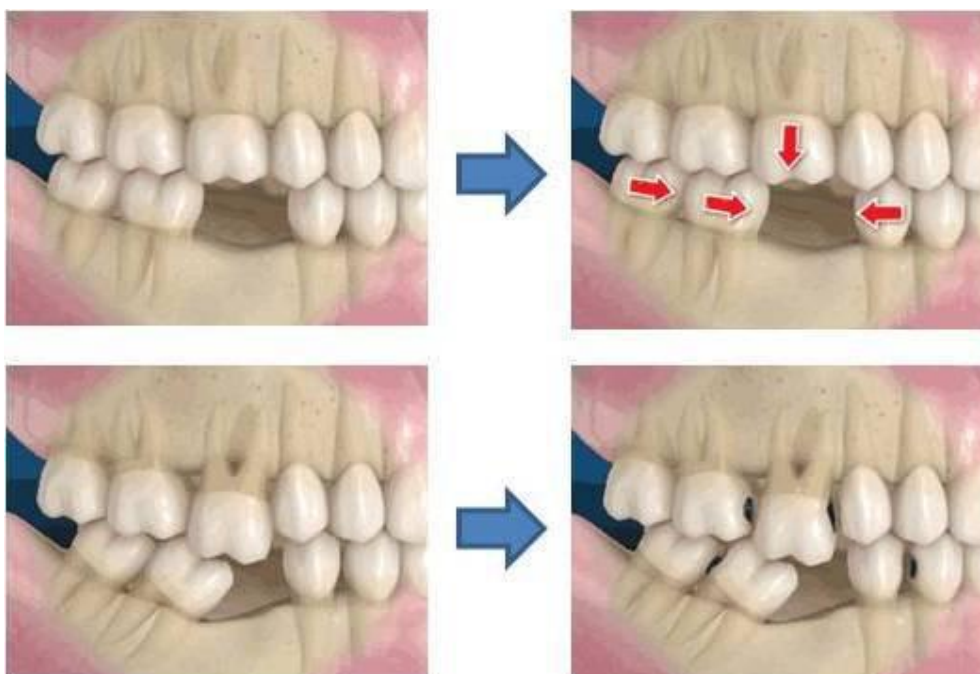
### 2.3. La pérdida de la función masticatoria

El rendimiento masticatorio se define como la función masticatoria objetiva, la cual es medida mediante “la capacidad que tiene un individuo para triturar el alimento, después de un número fijo de ciclos masticatorios” (Van der Bilt, 2011). La literatura afirma que los pacientes edéntulos posteriores presentan un bajo rendimiento masticatorio, al igual que aquellos portadores de prótesis removibles. (Macedo De, Página, Macedo, Paula, & Montero Martín, 2015)

Los problemas orales como: presencia de dolor, dificultades para comer, masticar, sonreír y comunicarse, generan un impacto negativo en el bienestar emocional y la calidad de vida del individuo. Mediante cuestionarios o entrevistas personales, se puede determinar la capacidad masticatoria.

(Rodríguez et al., 2016). Algunos cuestionarios sobre las funciones orales, han sido usados en investigaciones epidemiológicas. (Kanazawa et al., 2018). El número de dientes y el estado dental, presenta una relación directa con la capacidad masticatoria. (Van der Bilt, 2011)

Se ha establecido una clara relación entre la salud bucal y la calidad de vida, en una población de ancianos con salud general comprometida. Enfatizando que los trastornos orales tienen un efecto significativo en el bienestar y en la satisfacción de los individuos, demostrando que el acceso al cuidado de la salud oral mejora la calidad de vida de manera general. (Van der Bilt, 2011). Según Demers *et al* (1986), los estudios con pacientes edéntulos parciales o totales mostraron que, un tercio de los sujetos rehabilitados con prótesis totales han sufrido una pérdida permanente de gusto. La grave reducción del sabor, asociado con la edad avanzada y con el uso de las prótesis, puede tener un impacto en la elección de la comida que conduce a la desnutrición. (Montero-Martin et al., 2016).



*Figura 2.* Efectos de la Pérdida Dental: Con la pérdida dental se desarrollará una oclusión traumática como resultado de la rotación y desviación de algunos dientes de la zona; ya que todos los dientes que se encuentran anteriores al espacio pueden presentar movimientos.

Tomado de internet: 10 marzo del 2019  
<http://www.odontocare.es/tratamientos/pr%C3%B3tesis-dental/>

## 2.4. La pérdida de la función estética

Uno de los factores fundamentales para la autoconfianza y la autoestima es la estética dental, puesto que ya no se lo considera una vanidad solamente, el desear tener una buena apariencia; si no ahora se lo toma como una necesidad para lograr una alta competitividad en el mercado laboral. Ya que la apariencia es nuestra carta de presentación y complementada con una bonita sonrisa, han llegado a ser uno de los estereotipos que todos anhelan tener. (Wöstmann et al., 2008).

Con la importancia que ahora ha tomado la estética en la sociedad actual, todos aquellos que no están dentro de los patrones físicos establecidos, son criticados y estigmatizados. Por lo que el edentulismo total o parcial podría llegar a ser uno de los factores excluyentes de un individuo, en su entorno social y familiar. (L. Duarte et al., 2010).

La apariencia según (Van der Bilt, 2011) se ha convertido en un factor relevante en las relaciones humanas. En la actualidad podemos ver que las personas se preocupan mucho más por su apariencia y estética, sin importar su edad. En 1980 Baldwin, afirma que el factor trascendental para el éxito en las relaciones interpersonales, es el físico y la apariencia. (Dable et al., 2013).

La estética juega un papel de gran importancia, debido a que afecta a la integración social, acarreando alteraciones de aspecto psicológico por la insatisfacción con la apariencia y limitaciones funcionales. (L. Duarte et al., 2010).



*Figura 3.* Pérdida de función estética: Hay muchas causas y factores que pueden provocar la pérdida de la estructura dentaria. Las principales patologías que lo causan son la caries, el **desgaste de los dientes, traumatismos dentales o tratamientos inacabados.**

Tomado de: (Pifarré & Sueli, 2001)

## **2.5. El impacto del bienestar**

La pérdida dentaria puede inhabilitar dentro del contexto funcional: la apariencia, el apetito, la respiración, la alimentación, la salud en general, el ánimo, el ocio, actividad sexual, peso corporal y trabajo. (Sáez-Prado, Haya-Fernández, & Sanz-García, 2016), (Mariño, Schofield, Wright, Calache, & Minichiello, 2008).

## **2.6. Prostodoncia**

Es una de las especialidades de la odontología más antigua y desarrollada. A lo largo de la historia, el hombre ha ido creando estereotipos de belleza, para cada época. Los cuales en la actualidad describen a sonrisas blancas, luminosas, dientes alineados y restauraciones lo más parecidas a los dientes naturales, incluyendo forma color y duración. (Jaramillo, 1999)

Las personas buscan mejorar su salud bucal, a la par de su apariencia estética. Puesto que con el pasar de los años el desgaste natural fisiológico o el patológico (bruxismo), el mal cuidado de su boca, los accidentes, las

enfermedades o los malos hábitos en general; hacen que se vea afectada su autoestima. (Jaramillo, 1999)

En la mayoría de los problemas o enfermedades antes mencionadas, se puede llegar a una solución mediante la rehabilitación oral, pues ésta es también la ciencia encargada de la restauración y reemplazo de los dientes ausentes o deteriorados. El reemplazo de los dientes perdidos por pacientes ancianos desdentados está influenciado por el estado general de salud los tejidos dentales, la situación financiera, y acceso al dentista. (Montero-Martin et al., 2016).

La prótesis dental es mucho más que una simple reposicionadora de los elementos dentales, a más de mantener la salud general, es una integradora familiar y social, eleva la expectativa de vida, evita un déficit nutricional; ya que facilita la formación de un bolo alimenticio adecuado.(Meneses G., 2010)

### **2.6.1. Prótesis Fija**

La prótesis fija se define como el arte y la ciencia de reponer los dientes que se han dañado, por dientes análogos que se mantendrán fijos a través de los dientes adyacentes los que se mantiene con el nombre de pilares, la prótesis fija que pueden ser de metal, metal-porcelana, porcelana pura o zirconio. Entre los objetivos se encuentran la devolución de la estética, restablecer las funciones y mantener la comodidad. (Marques et al., 2017), (Gallardo, Picasso, Huillca, & Ávalos, 2013)

### **2.6.2. Prótesis Fija Plural**

La prótesis fija plural son básicamente coronas unidas entre sí, es un aparato protésico que se mantienen permanente con ayuda de los pilares tallados a los que se unen, manteniéndolos fijos y estables, que pueden ser removidos por un profesional. Aunque se denomina prótesis fija plural también es conocido como puente fijo. (Meneses G., 2010)



*Figura 4.* Prótesis fija: es aquella prótesis que está soportada por el propio diente natural, por lo que también es conocida como prótesis dentosoportada.

Tomado el 22 de abril del 2019 de: <https://clinicadentalcoldent.es/D/post/recuperaciondelafuncionesteticaymast/>

Se trata de la sustitución de dos o más dientes perdidos o ausentes mediante la prótesis fija plural también llamado puente fijo, llegando a ser extremadamente compleja, dependiendo del número de dientes a remplazarse.

El puente nos permite reemplazar los dientes perdidos o ausentes con dientes artificiales adheridos a dientes naturales adyacentes, llamados también pilares. Dichos puentes nos permiten mantenerlos de forma permanente unidos a los dientes pilares, proporcionando mayor seguridad al paciente al sonreír, comer, hablar, etc. (Marques et al., 2017).

Este aparato nos permite que los dientes puedan complementarse entre sí, eliminando tensiones inusuales que se ocasionan en varios tejidos donde los dientes se encuentran ausentes o perdidos, ocasionando problemas que serán mayores dependiendo del número de piezas pérdidas o ausentes. (Montagna F, 2013)

### **2.6.3. Prótesis Fija Unitaria**

La corona artificial es una restauración extra-coronaria cementada que sustituye a la corona clínica natural de los dientes cuando esta se encuentra en

mal estado, cuando solo la raíz de un diente es utilizable, mejorando el aspecto o alineación de un solo diente. Siendo una restauración similar en morfología y contornos de las partes deterioradas, para que cumplan sus funciones normales, además de proteger la estructura remanente que ha sido tallada para su adaptación. (Montagna y Barbesi, 2013).

#### **2.6.4. Prótesis sobre implantes**

En la actualidad se ha ido incorporando a la práctica clínica odontológica, la rehabilitación protésica mediante implantes osteointegrados, como alternativa al tratamiento odontológico convencional mediante prótesis dentarias. Branemark y sus colaboradores mediante su experiencia con el uso de implantes osteointegrados, en pacientes desdentados y con falta de estabilidad de las prótesis completas. Han hecho que la rehabilitación protésica mediante los antes mencionados, implantes osteointegrados, se conviertan en una alternativa más atractiva a comparación del tratamiento odontológico tradicional. (Velasco Ortega, García Méndez, Segura Egea, Medel Soteras, & López Frías, 2010). De hecho, ésta fue la aplicación originaria de los implantes osteointegrados: dar soporte a las prótesis dentales inferiores de aquellos pacientes edéntulos con problemas de movilidad de estas. Posteriormente, y tras el éxito clínico obtenido, se extendió su aplicación a la restauración de piezas ausentes, ya sean unitarias, múltiples o rehabilitaciones totales fijas (Van Steenberghe y cols., 1990), (Manuel & Valiño, 2017)

Se han realizado varios intentos para reemplazar la dentadura perdida, con dientes artificiales (prótesis), que se asemejan a los dientes naturales en función y apariencia. Esta solución a menudo se logra con prótesis dentales y puentes fijos. (León, S., Cavicchioli, D., Correa-Beltrán, G., Giacaman, 2014). Hoy en día, las restauraciones soportadas por implantes se pueden considerar el tratamiento de elección desde la perspectiva del soporte oclusal, la preservación de los dientes adyacentes y así evitar la utilización de una prótesis parcial removible. (Emami, Heydecke, Rompré, De Grandmont, & Feine, 2009). Actualmente, los implantes dentales son ampliamente aceptados, como un tratamiento protésico de pacientes total o parcialmente

edéntulos. Esto condujo a la aceptación generalizada y la popularidad de los implantes dentales, dentro de la comunidad profesional dental. (Manuel & Valiño, 2017)



*Figura 5.* Prótesis sobre implantes: Se utilizan en casos de pérdida de uno o más dientes cuando se pretende colocar una prótesis fija. Funcionan como las raíces de los dientes naturales.

Tomado el 15 de abril del 2019 de:  
[http://1.bp.blogspot.com/\\_ozntgac49g/TTN5\\_ziP7pl/AAAAAAAAABGU/LXo5Lf4hhM/s1600/protesis+fija+unitaria+dientes+01+3.JPG](http://1.bp.blogspot.com/_ozntgac49g/TTN5_ziP7pl/AAAAAAAAABGU/LXo5Lf4hhM/s1600/protesis+fija+unitaria+dientes+01+3.JPG)

## 2.7. Calidad De Vida

Calidad de vida es una noción eminentemente humana, que es aproximada al grado de satisfacción existencial, presuponiendo una síntesis cultural de los elementos que determinada sociedad considera como, patrón de comodidad y bienestar. (Velasco Ortega et al., 2010).

La salud relacionada con la calidad de vida, es un concepto multidimensional que incluye los dominios relacionados con la salud física, mental, emocional, social y el funcionamiento. Esta definición va más allá de las medidas de la salud de la población, esperanza de vida, y las causas de muerte; esta se centra en el impacto que tiene la calidad de vida en el estado de salud. (Ali, Baker, Shahrbaq, Martin, & Vettore, 2018). Un concepto relacionado con la calidad de vida, es el bienestar que evalúa los aspectos positivos de la vida de una persona, tales como emociones positivas y la satisfacción con la vida. (Diaz-Reissner et al., 2017). Los médicos y los funcionarios de la salud



han utilizado a la Calidad de vida, como un instrumento para poder medir los efectos negativos de las enfermedades crónicas, los tratamientos en general, y las discapacidades a corto y largo plazo sobre la salud en general. (I. Duarte, 2015). Con el objetivo de desarrollar avances que curen la mayoría de los padecimientos e incluso muchos de ellos, han logrado mejorar los tratamientos de las enfermedades existentes; retrasando la mortalidad, no solo salvando vidas, si no llegando a una mejora de la calidad de vida.(Palomares, Montero, Rosel, Del-Castillo, & Rosales, 2018)

### **2.7.1. Salud oral y calidad de vida**

La OMS definió a la salud en 1946, como “un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de lesión o enfermedad”. La cual tuvo un cambio esencial en su conceptualización años después. Por lo cual se juntan dos grandes conceptos Calidad de Vida Relacionada con la Salud en general (CVRS). En la actualidad, las exigencias sociales no se limitan solamente al incremento de los años de vida, sino que es necesario que dichos años de vida sean de calidad. Este concepto nuevo de calidad de vida posee gran importancia en el quehacer odontológico actual, así como también en la promoción y prevención odontológica. (Cuenca Sala Emili, 2005).

### **2.7.2. Calidad de vida oral**

El concepto de calidad de vida oral, se definió a finales de la década de 1970 y por lo general se relaciona con las experiencias subjetivas que cada persona tiene, para llevar una vida buena o mala estomatológicamente hablando. Aunque el concepto de calidad de vida oral fue difundido y utilizado en diversas áreas en todo el mundo, no hay una definición específica o general. (L. Duarte et al., 2010).

La definición de la calidad de vida oral está directamente relacionada con la salud en general, puesto que padecimientos en la cavidad oral van a repercutir también al bienestar general. Por lo que es una tarea difícil definirla por separado, ya que implica tanto perspectivas objetivas, como la medición del

bienestar y perspectivas subjetivas, como las experiencias de vida de cada individuo. Por lo tanto, para que cada persona pudiera tener la calidad de vida oral que quisiera debe poseer el mínimo bienestar, en términos del contexto social, cultural, político y asistencial. (Mariño et al., 2008)

De acuerdo con estudios Locker en 1997 afirma que, la salud oral puede afectar a las personas física y psicológicamente y puede influir en muchos aspectos como son: la forma en que disfrutan la vida, hablar, masticar, el sabor de la comida, la forma de relacionarse y el bienestar social. (Allen, 2003) Por lo que, algunos estudios recientes en la literatura científica evaluaron, el impacto general y específico de algunos aspectos de la salud oral como son: el uso de prótesis, los tratamientos quirúrgicos (Mustafa, Raad, & Mustafa, 2015), hábitos parafuncionales, dolor dental (Yang et al., 2016), entre otros. En la calidad de vida oral, es común la asociación de las condiciones evaluadas, en los factores de salud relacionados con la calidad de vida de los pacientes. (Melo, Carvalho, Barros, & Neta, 2015). A pesar del consenso sobre la existencia de una relación entre "los impactos en la salud oral" y "la calidad de vida oral", se ha desarrollado algunos modelos para evaluar estas condiciones. Esta relación, considerando la naturaleza multidimensional de las variables, las cuales son aún poco investigadas. (M. Zucoloto, Alvares, & Bonini, 2014)

### **2.7.3. Instrumentos Usados Para Medir La CVRSO**

Cohen y Jago, reconocieron por primera vez la necesidad de realizar mediciones sobre su estado de salud bucal, en el año de 1976. La CVRSO se la evalúa principalmente mediante la utilización de cuestionarios de selección múltiple, dentro de los cuales los más utilizados en la mayoría de estudios son: Oral Health Impact Profile (OHIP), y el Geriatric (o General) Oral Health Assessment Index (GOHAI).

### **2.7.3.1. GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index) (Atchinson, 1990)**

Atchinson y Dolan (1990) confeccionaron el GOHAI el cual es un instrumento de 12 preguntas que evalúan las dimensiones de: funciones psicosociales (preocupación por la salud oral, evasión de contacto social debido a problemas orales), funciones físicas (comer, hablar y tragar), insatisfacción con la apariencia, dolor, discomfort (uso de medicamentos para el dolor, discomfort oral) e inseguridad respecto de la salud oral. (Mesko ME, Patias R, 2013). Aún no se encuentra claro si su uso está dirigido para la aplicación en la práctica clínica individual, o con grupos de pacientes en ensayos clínicos. La selección de las preguntas fue realizada por un experto y no por las opiniones de personas o pacientes, según lo detallado por los autores del instrumento. Es así como las respuestas para las preguntas originales fueron evaluadas en lo que respecta a su consistencia interna mediante el Alfa de Cronbach. Las respuestas fueron registradas usando una escala Likert de 5 puntos (1= siempre, 2= a menudo, 3= a veces, 4= rara vez y 5= nunca) (Mesko ME, Patias R, 2013). La puntuación total corresponde a la suma de las puntuaciones parciales y oscila entre 12 y 60 puntos, siendo el puntaje mayor de 60 puntos un indicador de buena calidad de vida relacionada con la salud oral y así disminuyendo los valores hasta 12 puntos que muestra una muy pobre calidad de vida en relación a salud oral. Este instrumento evalúa los 3 meses anteriores a la realización del cuestionario.(Kanazawa et al., 2018) (Ver Anexo 4).

### **2.7.3.2. OHIP-49 (Oral Health Impact Profile)**

A partir de la década de 1970 ha ido tomando gran importancia valorar el éxito de los tratamientos odontológicos, además de la satisfacción que alcanzan los pacientes en los servicios de estomatología. (Slade, Sc, & Ph, 1997). Debido a esto se ha creado un sinnúmero de herramientas o instrumentos, para la evaluación de los efectos negativos que pueden llegarse a producir por las enfermedades bucodentales en la calidad de vida de los pacientes. (Montero-Martin et al., 2016)

El instrumento denominado perfil de impacto de la salud bucal (Oral Health Impact Profile, OHIP) ha sido traducido a varios idiomas y validado en muchas poblaciones; el cual se ha utilizado ampliamente en numerosos países, por lo que se lo considera al ser tan completo y avanzado, como un referente en cuanto a instrumentos para evaluar la calidad de vida. (Rener-sitar, Petričević, Čelebić, & Marion, 2018).

Dicho instrumento fue creado con el propósito de medir el efecto que ocasionan los trastornos bucodentales, en las actividades de la vida diaria de los pacientes a partir de su experiencia. El OHIP se basa en el autoinforme de la disfunción, la incomodidad, la inhabilidad atribuida a esos trastornos y parte del marco conceptual de la enfermedad, sus consecuencias funcionales y psicológicas. (Slade, 1997) (Mello dos Santo y cols., 2013).

La versión completa consta de 49 preguntas (OHIP-49) las cuales evalúan siete dimensiones: limitación funcional, dolor, incomodidad psicológica, inhabilidad física, inhabilidad psicológica, inhabilidad social e incapacidad. Colocadas jerárquicamente según aumenta su complejidad: las tres primeras miden los efectos aparentemente primordiales, mientras que las preguntas de las dimensiones inhabilidad social e incapacidad están más relacionadas con los efectos en las actividades de la vida diaria y los roles sociales (Slade et al., 1997).

Las respuestas a cada pregunta se registran en una escala de tipo Likert (0: nunca; 1: casi nunca; 2: algunas veces; 3: frecuentemente y 4: siempre). Para calcular el puntaje en general de OHIP-49 en cada paciente, se suman los puntajes de las 49 respuestas, con lo que se obtiene un puntaje general entre 0 y 196. A mayor puntaje, más alto el impacto negativo en la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral. (M. L. Zucoloto, Maroco, Alvares, & Bonini, 2016).

Este instrumento mide el efecto negativo de las condiciones bucales sobre el funcionamiento diario, por lo que todos los efectos que mide se consideran

resultados adversos de los problemas de salud bucal. (M. L. Zucoloto et al., 2016)

Encontramos reportes del uso de la versión larga del OHIP (OHIP-49) y sus traducciones en Chile (Lopez & Baelum, 2006)(León, S., Cavicchioli, D., Correa-Beltrán, G., Giacaman, 2014) y EEUU (Sanders y cols., 2009)(Baron et al., 2014), Australia (Vasconcellos et al., 2018) y en los últimos 10 años en México (Castrejón-Pérez, y cols., 2010), Brasil (Bianco y cols., 2010), Taiwán (Kuo y cols., 2011), Alemania (Wickert et al., 2014), entre otras.

Además, existen tres formas reducidas (OHIP-14, OHIP-EDENT y OHIP-Estético), siempre resultando en 7 dimensiones.

#### **2.7.3.2.1. Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp)**

Tres años después, en 1997 Slade modifico el OHIP para reducirlo en 14 preguntas mediante el método de regresión, convirtiéndolo en el OHIP-14s una versión corta del original OHIP-49. (Montero-Martin et al., 2016). La OHIP-14sp en relación con la prótesis fue definida como una evaluación multidimensional e integral de las consecuencias de la rehabilitación protésica. De hecho, según los autores Straussburger C. et al (2006), este término implica el registro de cómo la salud bucal afecta la capacidad personal para realizar las funciones orales y de qué manera interfiere con el estado psicológico y social del individuo.

El OHIP-14 consta de 14 preguntas, las cuales evalúan siete dimensiones: limitación funcional, dolor, incomodidad psicológica, inhabilidad física, inhabilidad psicológica, inhabilidad social e incapacidad. (Slade et al., 1997).

Las respuestas a cada pregunta se registran en una escala de tipo Likert (0: nunca; 1: casi nunca; 2: algunas veces; 3: frecuentemente y 4: siempre). Para calcular el puntaje en general de OHIP-14 en cada paciente, se suman los puntajes de las 14 respuestas, con lo que se obtiene un puntaje general entre 0 y 56, donde los puntajes de cada dominio pueden variar de 0 a 8 (Ozhayat et al., 2010; López y Baelum, 2006). A mayor puntaje, más alto el impacto

negativo en la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral; en cambio, a menor valor los resultados son mejores.

Existen reportes del uso de versiones cortas del OHIP (OHIP-14 ) y sus traducciones adaptadas en los últimos 10 años en Chile (León y cols., 2014), Suecia (Hägglin, 2007), Brasil (Souza, 2007), Croacia y Eslovenia (Rener-Sitar, 2008; Spalj, 2014), entre otras.

El OHIP se ha convertido en uno de los principales instrumentos para evaluar la calidad de vida en lo que respecta a la salud oral, debido a su continuo uso y a la gran cantidad de traducción y validaciones en el mundo. (Misrachi y Espinoza, 2005). Además, se han utilizado como una buena herramienta en ensayos clínicos, en los cuales se comparan diversos tratamientos para el desdentamiento u otras intervenciones (Segú y cols., 2005; Awad, 2005; Ng, 2006; Heydecke, 2008). Por esta razón se elige aplicar este instrumento en este estudio.

#### **2.7.3.2.2. OHIP-Edent**

Desarrollado por Locker y Allen que, a través del método de reducción de impacto de artículos, se minimizaron las preguntas siendo de uso neto en pacientes edéntulos, consiguiendo 19 ítems y conservando las 7 dimensiones originales del OHIP-49. En Reino Unido se realizó un estudio en pacientes comparando el OHIP-49 con el OHIP-EDENT, los cuales tuvieron resultados similares, proporcionando validez y confiabilidad al momento de usar la versión OHIP-EDENT. (Sáez-Prado et al., 2016).

A pesar de la disminución de preguntas, un problema común es el fracaso de los participantes para completar las preguntas de la encuesta debido a carencias en la capacidad lectora (analfabetismo o problemas visuales) (Pace y cols., 2012; Bilhan y cols., 2013). Allen y O'Sullivan 2009 describieron la diferencia mínima importante de 7 a 10 puntos unidades de OHIP usando el OHIP-EDENT. (Anexo 5).

### **2.7.3.2.3. OHIP-Estético**

Desarrollada por Wong, Cheung, McGrath en el 2007, está en versión disponible en inglés siendo traducida y validada en idioma español por TALCA Universidad de Chile. Consta de 14 preguntas abreviadas del OHIP-49 original y se basa en un enfoque estético, donde los pacientes responden en un formato tipo Likert, que al igual que el OHIP original.

Tomando en cuenta que a mayor valor los resultados estéticos son negativos, así mismo, a menor valor los resultados son mejores. Pues este cuestionario evalúa los resultados e intervenciones estéticas y también ayuda a la evaluación relacionada con la satisfacción en estética dental. (Montero-Martin et al., 2016)

Permite ver cómo la calidad de vida de los pacientes, influye en la satisfacción de los trabajos recibidos por parte de los profesionales, cada una de las preguntas facilitan reconocer los errores y las falencias que presentan los diferentes protocolos de tratamiento y permite que se rectifiquen para así, mejorar los servicios de salud oral. (Yang et al., 2016).

### **3. CAPITULO III. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo General:**

Evaluar la calidad de vida en pacientes sometidos a tratamientos de rehabilitación oral con prótesis fija en el sector anterior, atendidos en la especialidad médica de rehabilitación oral en la clínica de la Universidad de las Américas, 2017-2019.

#### **3.2. Objetivos Específicos:**

Identificar el porcentaje de mejora de las dimensiones de: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico e incapacidad física, psicológica, social, discapacidad, satisfacción y conformidad de los pacientes antes y después del proceso de rehabilitación oral, realizados en la clínica de posgrado de la Universidad de las Américas, periodo 2017-2019.

Determinar el nivel de calidad de vida OHIP con relación al sexo y edad antes y después del tratamiento protésico de los pacientes atendidos en la clínica de posgrado de la Universidad de las Américas, periodo 2017-2019.



## **4. CAPÍTULO IV. HIPÓTESIS**

### **4.1. Hipótesis nula**

La calidad de vida no mejora después de los tratamientos de rehabilitación oral realizados.

### **4.2. Hipótesis alternativa**

La calidad de vida mejora después de los tratamientos de rehabilitación oral realizados.

## 5. CAPÍTULO V. METODOLOGÍA

### 5.1. Tipo de estudio

Longitudinal prospectivo.

### 5.2. Universo de la muestra

El universo estaba constituido por 140 pacientes cuyos registros se encontraron en historias clínicas, los mismos que recibieron tratamientos de rehabilitación oral, en la clínica de posgrado de la Universidad de las Américas, en el período 2017-2019.

### 5.3. Muestra

Se realizó de manera aleatoria simple, para el efecto se aplicó la fórmula descrita, obteniéndose una muestra de (n= 103 pacientes)

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Marco muestral	N =	<b>140</b>
Alfa (Máximo error tipo I)	$\alpha =$	<b>0,050</b>
Nivel de Confianza	$1 - \alpha =$	0,95
Z de (1- $\alpha/2$ )	Z (1- $\alpha/2$ ) =	1,960
Prevalencia de la enfermedad	p =	<b>0,500</b>
Complemento de p	q =	0,500
Precisión	d =	<b>0,050</b>
Tamaño de la muestra	n =	<b>103</b>

Donde:

N= Universo

n = Tamaño de la muestra.

Z = Nivel de confianza

d = Nivel de precisión.

p = Prevalencia de la enfermedad

q = Complemento de p

#### **5.4. Criterios de la muestra**

##### **5.4.1. Criterios de inclusión:**

Pacientes que se hayan realizado tratamientos de rehabilitación con prótesis fija (coronas, puentes e implantes) en el sector anterior, en la clínica de posgrado de la Universidad de las Américas, 2016-2018.

Pacientes sin problemas cognitivos aparentes que fueran capaces de responder de manera individual el cuestionario OHIP-14 de calidad de vida relacionada con la salud oral.

##### **5.4.2. Criterios de exclusión**

- Paciente que no se los pueda localizar
- Pacientes con datos incompletos o incoherentes
- Pacientes que no deseen participar del estudio
- Pacientes edéntulos totales
- Pacientes con prótesis removibles

#### **5.6. Consideraciones éticas:**

Se respetó el principio de autonomía, por tanto el paciente otorgó el consentimiento informado, donde los participantes que estuvieron de acuerdo con ser informantes y conocieran sus derechos y responsabilidades previa la correspondiente explicación; en cuanto a la confidencialidad se aseguró la protección de la identidad de las personas que participan como informantes de la investigación; en cuanto al manejo de riesgos, vinculado con los principios de no maleficencia y beneficencia establecidos para hacer investigación con seres humanos, el estudio no generó riesgos potenciales y se explicó los beneficios que el estudio aportará en futuras aplicaciones.

## **5.5. Recursos materiales y humanos**

A los pacientes se les solicitó el consentimiento informado, luego se obtuvo los datos personales y se aplicará el cuestionario OHIP-14, documentos que se agregan en anexos.

- 1) Consentimiento informado. (Anexo # 1)
- 2) Cuestionario OHIP-14. (Anexo # 3)
- 3) Instrumento de valoración de calidad de vida (OHIP-14) adaptado con dos dimensiones adicionales (Anexo # 2):

## **5.7. Procedimiento**

Para el presente trabajo de investigación, se solicitó la autorización de la Directora del Posgrado de Rehabilitación de la Universidad de las Américas, a la cual se le dio a conocer los objetivos del presente estudio y los posibles alcances que pueden generar para mejorar los servicios en la Facultad. Se tomaron en cuenta las historias clínicas de la segunda corte de la especialidad de rehabilitación oral de los años 2017-2019. De las cuales, se seleccionaron aquellos pacientes que recibieron tratamientos de prótesis fija en el sector anterior, luego de lo cual se procedió a contactarlos vía telefónica, para concretar una cita y así realizar la encuesta de calidad de vida OHIP-14 al inicio del tratamiento protésico y otra valoración una vez terminado el mismo, se adaptó dos dimensiones adicionales como es la satisfacción y la conformidad.

Todos los participantes dieron su consentimiento informado previo de manera voluntaria y se les explicó que podrían cancelar su participación en el momento que así lo decidieran.

Antes de iniciar con los tratamientos RO durante la fase de registro y series fotográficas se comenzó con la realización de las encuestas iniciales a los pacientes atendidos por los alumnos del tercer semestre del posgrado de Rehabilitación Oral de la UDLA de la II Cohorte en la clínica de posgrados. Se comenzó recabando los datos sociodemográficos, para posteriormente iniciar la

lectura del cuestionario. Tras la lectura de cada pregunta, el paciente escogió libremente entre cinco opciones, conforme a la escala Likert: 0= nunca, 1= casi nunca, 2= ocasionalmente, 3= frecuentemente y 4= siempre. De igual manera se aplicó el mismo instrumento al mismo grupo de pacientes tratados en el lapso de un mes. Se solicitó a los pacientes que sus respuestas contemplaran los últimos 30 días de funcionamiento de la prótesis instalada. Una vez realizado el muestreo correspondiente, los datos fueron procesados en el programa estadístico.

### **5.8. Recolección, análisis y valoración de datos**

Todos los datos serán almacenados en una base de datos de Excel para luego ser analizados con el software SPSS versión 25; se utilizará estadística descriptiva e inferencial de acuerdo con el análisis.

### **5.9. Variables de estudio**

Variable Independiente: Tratamientos de rehabilitación oral con prótesis fija del sector anterior.

Variable Dependiente: Calidad de vida.

## 6. CAPÍTULO VI. RESULTADOS

Tabla 1. Pacientes evaluados en la calidad de vida relacionada con la salud oral a través de la rehabilitación, en las diferentes dimensiones, en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019.

<b>Variables Antes (A)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Variables Después (D)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>			<b>Sexo</b>		
≤54 años	52	50,5	Masculino	33	32,0
> 54 años	51	49,5	Femenino	70	68,0
<b>Limitación Funcional (A)</b>			<b>Limitación Funcional (D)</b>		
Buena (≤ 2)	62	60,2	Buena (≤ 2)	99	96,1
Mala (≥3)	41	39,8	Mala (≥3)	4	3,9
<b>Dolor físico (A)</b>			<b>Dolor físico (D)</b>		
Buena (≤ 2)	49	47,6	Buena (≤ 2)	92	89,3
Mala (≥3)	54	52,4	Mala (≥3)	11	10,7
<b>Molestias psicológicas (A)</b>			<b>Molestias psicológicas (D)</b>		
Buena (≤ 2)	49	47,6	Buena (≤ 2)	96	93,2
Mala (≥3)	54	52,4	Mala (≥3)	7	6,8
<b>Incapacidad física (A)</b>			<b>Incapacidad física (D)</b>		
Buena (≤ 2)	78	75,7	Buena (≤ 2)	95	92,2
Mala (≥3)	25	24,3	Mala (≥3)	8	7,8
<b>Incapacidad psicológica (A)</b>			<b>Incapacidad psicológica (D)</b>		
Buena (≤ 2)	73	70,9	Buena (≤ 2)	96	93,2
Mala (≥3)	30	29,1	Mala (≥3)	7	6,8
<b>Incapacidad social (A)</b>			<b>Incapacidad social (D)</b>		
Buena (≤ 2)	83	80,6	Buena (≤ 2)	98	95,1
Mala (≥3)	20	19,4	Mala (≥3)	5	4,9
<b>Obstáculos (A)</b>			<b>Obstáculos (D)</b>		
Buena (≤ 2)	92	89,3	Buena (≤ 2)	95	92,2
Mala (≥3)	11	10,7	Mala (≥3)	8	7,8
<b>CVRSO (A)</b>			<b>CVRSO (D)</b>		
Buena (≤ 2)	90	87,4	Buena (≤ 2)	101	98,1
Mala (≥3)	13	12,6	Mala (≥3)	2	1,9

Fuente: Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas

Elaboración: Padilla D.

El grupo de estudio mostró un 50,5% de edades por debajo de los 54 años y un 49,5% mayores a 54 años, respecto al sexo de los pacientes la mayoría de la muestra estuvo constituida por mujeres en un 68%. La comparación de la

limitación funcional evaluada en los rangos cualitativos mostró que el 39,8% tuvo una mala limitación funcional antes del tratamiento misma que disminuyó al 3,9% después del tratamiento. La dimensión de dolor físico presentó una valoración en la escala de malo en un 52,4% misma que tuvo un decremento después del tratamiento a un 10,7%. Respecto a las molestias psicológicas el 52,4% de la población expresó tener una valoración de mala en esta dimensión después del tratamiento este valor fue de 6,8%. La incapacidad psicológica demostró tener una valoración mala en un 29,1% y después mostró un decremento hacia un valor de 6,8%. El 24,3% de la población indicó que en la dimensión de la incapacidad física fue mala la cual se decrementó un valor de 7,8% después del tratamiento protésico. La incapacidad social tuvo una presencia de mala en un 19,4% y después del tratamiento se mostró con un valor 4,9%. La dimensión de Obstáculos tuvo una valoración de malo en un 10,7% luego del proceso de tratamiento se mostró un decremento al valor de 7,8%. El nivel de calidad de vida general mostró que el 12,6% de la población de estudio tuvo una mala calidad de vida mismo que tuvo una disminución al 1,9%.

Tabla 2. Estadísticos de la edad y las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud oral, en los pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019.

Estadísticos	Media	EEM	Md	Moda	S	S2	Rango	Mínimo	Máximo	Percentiles		
										25	50	75
Edad	49,6	1,5	54	65,0	15	230	60,0	19,0	79,0	36,0	54,0	62,0
Limitación Funcional (A)	2,1	0,2	2,0	0,0	2,0	4,0	8,0	0,0	8,0	0,0	2,0	4,0
Dolor físico (A)	3,0	0,2	3,0	0,0	2,4	5,6	8,0	0,0	8,0	1,0	3,0	5,0
Molestias psicológicas (A)	3,1	0,2	3,0	0,0	2,5	6,4	8,0	0,0	8,0	1,0	3,0	5,0
Incapacidad	1,6	0,2	0,0	0,0	2,3	5,1	8,0	0,0	8,0	0,0	0,0	2,0

<b>física (A)</b>												
<b>Incapacidad psicológica (A)</b>	1,8	0,2	1,0	0,0	2,2	5,1	8,0	0,0	8,0	0,0	1,0	3,0
<b>Incapacidad social (A)</b>	1,3	0,2	0,0	0,0	2,0	4,2	8,0	0,0	8,0	0,0	0,0	2,0
<b>Obstáculos (A)</b>	0,9	0,2	0,0	0,0	1,8	3,3	8,0	0,0	8,0	0,0	0,0	1,0
<b>Limitación Funcional (D)</b>	0,6	0,1	0,0	0,0	1,2	1,4	6,0	0,0	6,0	0,0	0,0	1,0
<b>Dolor físico (D)</b>	1,0	0,1	0,0	0,0	1,4	2,0	7,0	0,0	7,0	0,0	0,0	2,0
<b>Molestias psicológicas (D)</b>	0,9	0,1	0,0	0,0	1,4	2,0	7,0	0,0	7,0	0,0	0,0	1,0
<b>Incapacidad física (D)</b>	1,0	0,2	0,0	0,0	1,5	2,4	12,0	0,0	12,0	0,0	0,0	2,0
<b>Incapacidad psicológica (D)</b>	0,9	0,2	0,0	0,0	1,5	2,4	7,0	0,0	7,0	0,0	0,0	1,0
<b>Incapacidad social (D)</b>	0,5	0,1	0,0	0,0	1,1	1,1	6,0	0,0	6,0	0,0	0,0	1,0
<b>Obstáculos (D)</b>	0,5	0,1	0,0	0,0	1,0	1,1	4,0	0,0	4,0	0,0	0,0	0,0
<b>CVRSO (A)</b>	2,0	0,2	1,6	0,0	1,6	2,7	8,0	0,0	8,0	0,7	1,6	2,9
<b>CVRSO (D)</b>	0,8	0,1	0,4	0,0	1,0	1,0	5,6	0,0	5,6	0,1	0,4	1,0

EEM= error estándar de la media, Md=mediana, S= desviación estándar; S2=Varianza

Fuente: Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas

Elaboración: Padilla D.

La media de edad es de  $49,6 \pm 15,2$  desviaciones estándar, el valor mínimo es 19 años y máximo de 79 años, con un rango de 60 años. La media de la limitación funcional al inicio es de  $2,1 \pm 2$  desviaciones estándar, el valor mínimo es 0 y el máximo 8; La media de la limitación funcional después es de  $0,6 \pm 1,4$  desviaciones estándar, el valor mínimo es 0 y el máximo 6, cabe señalar que en todas las dimensiones los valores menores del instrumento significan menor discapacidad.



La media del dolor físico al inicio es de  $3 \pm 2,4$  desviaciones estándar, el valor mínimo es 0 y el máximo 8; La media del dolor físico después es de  $1 \pm 1,4$  desviaciones estándar, el valor mínimo es 0 y el máximo 7.

La media de las molestias psicológicas al inicio es de  $3,1 \pm 2,5$  desviaciones estándar, el valor mínimo es 0 y el máximo 8; La media de las molestias psicológicas después es de  $0,9 \pm 1,4$  desviaciones estándar, el valor mínimo es 0 y el máximo 7.

La media de la incapacidad física al inicio es de  $1,6 \pm 2,3$  desviaciones estándar, el valor mínimo es 0 y el máximo 8; La media de la incapacidad física después es de  $1 \pm 1,5$  desviaciones estándar, el valor mínimo es 0 y el máximo 12.

La media de la incapacidad psicológica al inicio es de  $1,8 \pm 2,2$  desviaciones estándar, el valor mínimo es 0 y el máximo 8; La media de la incapacidad psicológica después es de  $0,9 \pm 2,4$  desviaciones estándar, el valor mínimo es 0 y el máximo 7.

La media de la incapacidad social al inicio es de  $1,3 \pm 2$  desviaciones estándar, el valor mínimo es 0 y el máximo 8; La media de la incapacidad social después es de  $0,5 \pm 1,1$  desviaciones estándar, el valor mínimo es 0 y el máximo 6.

La media de los obstáculos al inicio es de  $0,9 \pm 1,8$  desviaciones estándar, el valor mínimo es 0 y el máximo 8; La media de los obstáculos después es de  $0,5 \pm 1,1$  desviaciones estándar, el valor mínimo es 0 y el máximo 4.

La media de la calidad de vida relacionada con la salud oral al inicio es de  $2 \pm 1,6$  desviaciones estándar, el valor mínimo es 0 y el máximo 8; La media de calidad de vida relacionada con la salud oral después es de  $0,8 \pm 1$  desviaciones estándar, el valor mínimo es 0 y el máximo 5,6. Cabe señalar que los valores menores significan mayor calidad de vida y los mayores representan menor calidad de vida, según el instrumento utilizado

Tabla 3. Comparación en la dimensión de limitación funcional de la calidad de vida antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019.

Antes Limitación Funcional	Después Limitación Funcional					
	Menor		Mayor		Total	
	n	%	n	%	n	%
Menor	60	58,3%	2	1,9%	62	60,2%
Mayor	39	37,9%	2	1,9%	41	39,8%
Total	99	96,1%	4	3,9%	103	100,0%

X<sup>2</sup> MacNemar: 33,39; p= 0,000

	Menor		Mayor		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Antes</b>						
<b>Limitación Funcional</b>	62	60,2%	41	39,8%	103	100%
<b>Después</b>						
<b>Limitación Funcional</b>	99	96,1%	4	3,9%	103	100%

De 103 pacientes encuestados, 62 pacientes (60,2%) presentaron antes del tratamiento de Rehabilitación Oral, limitación funcional menor y 41 (39,8%) mayor. Después, del tratamiento 99 pacientes (96,1%) presentaron limitación funcional menor y 4 (3,9%) mostraron mayor limitación funcional. Igualmente, se pudo observar a 60 pacientes (58,3%) que presentaron un grado menor de limitación funcional antes y después del tratamiento de Rehabilitación Oral; en cambio, 2 pacientes (1,9%) presentaron limitación funcional mayor, tanto antes como después del tratamiento. Las diferencias se observan en 2 pacientes (1,9%) que tuvieron menor limitación funcional antes del tratamiento y mayor después del tratamiento. Además, antes del tratamiento, 39 pacientes (37,9%) presentaron limitación funcional mayor, que después de tratarse cambio a menor. Se encontró significancia estadística,  $p < 0,05$ , mediante la prueba de MacNemar.

Tabla 4. Comparación en la dimensión de dolor físico de la calidad de vida antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019.

<b>Antes Dolor Físico</b>	<b>Después Dolor Físico</b>					
	Menor		Mayor		Total	
	n	%	n	%	n	%
Menor	47	45,6%	2	1,9%	49	47,6%
Mayor	45	43,7%	9	8,7%	54	52,4%
Total	92	89,3%	11	10,7%	103	100,0%

X<sup>2</sup> MacNemar: 39,34; p= 0,000

	Menor		Mayor		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Antes Dolor Físico</b>	49	47,60%	54	52,40%	103	100%
<b>Después Dolor Físico</b>	92	89,3%	11	10,7%	103	100%

De 103 pacientes encuestados, antes del tratamiento de Rehabilitación Oral, 49 pacientes (47,6%) presentaron dolor físico menor y 54 (52,4%) mayor. Posterior al tratamiento 92 pacientes (89,3%) presentaron dolor físico menor y 11 mostraron mayor dolor físico. También, se observó que 47 pacientes (45,6%) presentaron un grado menor de dolor físico antes y después del tratamiento. En cambio, 9 pacientes (8,7%) presentaron dolor físico mayor, tanto antes como después del tratamiento. A su vez, las diferencias se observan en 2 pacientes (1,9%) que tuvieron menor dolor físico antes del tratamiento y mayor después del tratamiento. Por otro lado, antes del tratamiento, 45 pacientes (43,7%) fueron los que tuvieron cambios de dolor

físico mayor a menor después del tratamiento. Se encontró significancia estadística,  $p < 0,05$ , mediante la prueba de MacNemar.

Tabla 5. Comparación en la dimensión de molestia psicológicas de la calidad de vida antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019.

Antes Molestias Psicológicas	Después Molestias Psicológicas				Total	
	Menor		Mayor			
	n	%	n	%	n	%
<b>Menor</b>	45	43,70%	4	3,90%	49	47,60%
<b>Mayor</b>	51	49,50%	3	2,90%	54	52,40%
<b>Total</b>	96	93,20%	7	6,80%	103	100,00%

X<sup>2</sup> MacNemar: 40,16; p= 0,000

	Menor		Mayor		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Antes</b> Molestias Psicológicas	49	47,60%	54	52,40%	103	100%
<b>Después</b> Molestias Psicológicas	96	93.20%	7	6,80%	103	100%

De 103 pacientes encuestados, antes del tratamiento de Rehabilitación Oral 49 pacientes (47,6%) presentaron molestias psicológicas menores y 54 (52,40%) mayores. En cambio, luego del tratamiento 96 pacientes (93,2%) presentaron molestias psicológicas menores y únicamente 7 (6,80%) tuvieron mayores

molestias psicológicas. Además 45 pacientes (43,7%) presentaron un grado menor de molestias psicológicas antes y después del tratamiento de Rehabilitación Oral; así mismo, 3 pacientes (2,9%) presentaron molestias psicológicas mayores, tanto antes como después del tratamiento. Las diferencias se observan en 4 pacientes (3,9%) que tuvieron menores molestias psicológicas antes del tratamiento y mayores después del tratamiento. Por último 51 pacientes (49,5%), presentaron molestias psicológicas mayores antes del tratamiento y menores después del tratamiento. Se encontró significancia estadística,  $p < 0,05$ , mediante la prueba de MacNemar.

Tabla 6. Comparación en la dimensión de incapacidad física de la calidad de vida antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019.

Antes Incapacidad Física	Después Incapacidad Física					
	Menor		Mayor		Total	
	n	%	n	%	n	%
Menor	73	70,9%	5	4,9%	78	75,7%
Mayor	22	21,4%	3	2,9%	25	24,3%
Total	95	92,2%	8	7,8%	103	100,0%

X<sup>2</sup> MacNemar: 10,70; p= 0,002

	Menor		Mayor		Total	
	N	%	N	%	N	%
Antes Incapacidad Física	78	75,7%	25	24,3%	103	100%
Después Incapacidad Física	95	92.20%	8	7,8%	103	100%

De 103 pacientes encuestados antes de ser tratados 78 pacientes (75,7%) presentaron incapacidad física menor y 25 (24,3%) mayor. Luego, del tratamiento de rehabilitación oral 95 pacientes (93,20%) presentaron menor incapacidad física y solo 8 pacientes (7,8%) presentaron mayor incapacidad física. Además, 73 pacientes (70,9%) presentaron un grado menor de incapacidad física antes y después del tratamiento de Rehabilitación Oral; en cambio, 3 pacientes (2,9%) presentaron incapacidad física mayor, tanto antes como después del tratamiento. Las diferencias se observan en 5 pacientes (4,9%) que tuvieron menor incapacidad física antes del tratamiento y mayor después del tratamiento. Por otra parte, antes del tratamiento 22 pacientes (21,4%) presentaron incapacidad física mayor antes de tratamiento y menor después del mismo. Se encontró significancia estadística,  $p < 0,05$ , mediante la prueba de MacNemar.

Tabla 7. Comparación en la dimensión de incapacidad psicológica de la calidad de vida antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019.

Antes Incapacidad Psicológica	Después Incapacidad Psicológica					
	Menor		Mayor		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Menor</b>	68	66,0%	5	4,9%	73	70,9%
<b>Mayor</b>	28	27,2%	2	1,9%	30	29,1%
<b>Total</b>	96	93,2%	7	6,8%	103	100,0%

X<sup>2</sup> MacNemar: 16,03; p= 0,000

	Menor		Mayor		Total	
	N	%	N	%	N	%

Antes Incapacidad Psicológica	73	70,9%	30	29,1%	103	100%
Después Incapacidad Psicológica	96	93.20%	7	6,8%	103	100%

De 103 pacientes encuestados, antes del tratamiento de Rehabilitación Oral 73 pacientes (70,9%) presentaron Incapacidad psicológica menor y 30 (29,1%) mayor. Posterior al tratamiento 96 pacientes (93.20%) presentaron incapacidad psicológica menor. Además 68 pacientes (66,0%) presentaron un grado menor de Incapacidad psicológica antes y después del tratamiento de Rehabilitación Oral. En cambio, 2 pacientes (1,9%) presentaron incapacidad psicológica mayor, tanto antes como después del tratamiento. Las diferencias se observan en 5 pacientes (4,9%) que tuvieron menor incapacidad psicológica antes del tratamiento y mayor después del tratamiento. Finalmente, antes del tratamiento 28 pacientes (27,2%) presentaron incapacidad psicológica mayor antes de tratarse y menor después del tratamiento. Se encontró significancia estadística,  $p < 0,05$ , mediante la prueba de MacNemar.

Tabla 8. Comparación en la dimensión de incapacidad social de la calidad de vida antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019.

Antes Incapacidad Social	Después Incapacidad Social					
	Menor		Mayor		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Menor</b>	79	76,7%	4	3,9%	83	80,6%
<b>Mayor</b>	19	18,4%	1	1,0%	20	19,4%
<b>Total</b>	98	95,1%	5	4,9%	103	100,0%

$\chi^2$  MacNemar: 9,78;  $p = 0,003$

	Menor		Mayor		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Antes Incapacidad Social</b>	83	80,6%	20	19,4%	103	100%
<b>Después Incapacidad Social</b>	98	95,1%	5	4,9%	103	100%

La comparación de la Incapacidad Social antes y después del tratamiento de Rehabilitación Oral. Se observó que, de 103 pacientes encuestados, 83 pacientes presentaron menor incapacidad social antes del tratamiento, de los cuales 79 pacientes (76,7%) mejoraron, luego del tratamiento y solo 4 pacientes (3,9%) presentaron mayor incapacidad social. Además de 20 pacientes que al inicio presentaron mayor incapacidad social, 19 pacientes (18,4%) mejoraron dicha incapacidad, luego del tratamiento y solo 1 paciente (1%) permaneció con incapacidad social mayor. Se encontró significancia estadística,  $p < 0,05$ , mediante la prueba de MacNemar.

Tabla 9. Comparación de la calidad de vida antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019.

Antes CVRO	Después CVRO					
	Mayor		Menor		Total	
	n	%	n	%	n	%
Mayor	73	70,9%	6	5,8%	79	76,7%
Menor	23	22,3%	1	1,0%	24	23,3%
Total	96	93,2%	7	6,8%	103	100,0%

X<sup>2</sup> MacNemar: 9,97;  $p = 0,002$



	Menor		Mayor		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Antes CVRO</b>	79	76,7%	24	23,3%	103	100%
<b>Después CVRO</b>	96	93,2%	7	6,8%	103	100%

La comparación de la Calidad de Vida antes y después del tratamiento de Rehabilitación Oral. De 103 pacientes encuestados, 79 pacientes presentaron mayor Calidad de Vida antes del tratamiento. En cambio 73 pacientes (70,9%) lograron una superior calidad de vida después del tratamiento y solo 6 pacientes (5,8%) presentaron menor Calidad de Vida. Mientras que de 24 pacientes que al inicio presentaron baja Calidad de Vida 23 pacientes (22,3%) mejoraron, luego del tratamiento y solo 1 paciente (1%) permaneció con baja Calidad de Vida. Se encontró significancia estadística,  $p < 0,05$ , mediante la prueba de MacNemar.

Tabla 10. Comparación en la dimensión de dolor físico de la calidad de vida estratificada por sexo, antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019.

Masculino								
Antes	Después Dolor Físico						X <sup>2</sup>	P < 0,05
	Menor		Mayor		Total			
Dolor Físico	n	%	n	%	n	%		
<b>Menor</b>	18	54,5%	1	3,0%	19	57,6%	9	0,003
<b>Mayor</b>	12	36,4%	2	6,1%	14	42,4%		
<b>Total</b>	30	90,9%	3	9,1%	33	100,0%		

Femenino									
		Después Dolor Físico							
Antes		Menor		Mayor		Total		X <sup>2</sup>	P < 0,05
Dolor Físico		n	%	n	%	n	%		
Menor		29	41,4%	1	1,4%	30	42,9%	30	0,000
Mayor		33	47,1%	7	10,0%	40	57,1%		
Total		62	88,6%	8	11,4%	70	100,0%		
Masculino	Menor			Mayor			Total		
	N	%	N	%	N	%			
Antes Dolor Físico	19	57,6%	14	42,4%	33	100%			
Después	30	90,9%	3	9,1%	33	100%			

Dolor Físico

Femenino	Menor		Mayor		Total	
	N	%	N	%	N	%
Antes Dolor Físico	30	42,9%	40	57,1%	70	100%
Después Dolor Físico	62	88,6%	8	11,4%	70	100%

La comparación entre antes y después del tratamiento de rehabilitación oral. En 103 pacientes que fueron encuestados, 33 correspondieron al sexo masculino, antes del tratamiento 19 presentaron menor dolor físico, de los cuales 18 pacientes (54,5%) mejoraron luego del tratamiento y solo 1 paciente (3%) presentó mayor dolor físico luego del tratamiento. Por otro lado, de 14

pacientes que al inicio presentaron mayor dolor físico, 12 pacientes (36,4%) mejoraron luego del tratamiento y solo 2 pacientes (6,1%) permanecieron con dolor físico. Se encontró significancia estadística,  $p < 0,05$ , mediante la prueba de MacNemar.

De igual manera en la comparación tanto antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en el sexo femenino. De 103 pacientes encuestados, 70 correspondieron al sexo femenino. Se encontró, que antes del tratamiento de 30 pacientes con menor dolor físico, 29 pacientes (41,4%) mejoraron luego del tratamiento y solo 1 paciente (1,4%) presentó mayor dolor físico luego del mismo; mientras que de 40 pacientes que al inicio presentaron mayor dolor físico, 33 pacientes (47,1%) mejoraron el dolor físico luego del tratamiento y solo 7 pacientes (10%) permanecieron con dolor físico después del tratamiento. Se encontró significancia estadística,  $p < 0,05$ , mediante la prueba de MacNemar.

Tabla 11. Comparación en la dimensión de dolor físico de la calidad de vida estratificada por edad, antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019.

<b>Edad: ≤54 años</b>								
<b>Antes</b>	<b>Después Dolor Físico</b>						<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P &lt; 0,05</b>
	<b>Menor</b>		<b>Mayor</b>		<b>Total</b>			
<b>Dolor Físico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
<b>Menor</b>	20	38,5%	1	1,9%	21	40,4%	23	0,000
<b>Mayor</b>	26	50,0%	5	9,6%	31	59,6%		
<b>Total</b>	46	88,5%	6	11,5%	52	100,0%		
<b>Edad: &gt; 54 años</b>								

<b>Antes</b>	<b>Después</b>						<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P &lt; 0,05</b>		
	<b>Dolor Físico</b>		<b>Menor</b>		<b>Mayor</b>				<b>Total</b>	
	n	%	n	%	n	%				
<b>Menor</b>	27	52,9%	1	2,0%	28	54,9%	16	0,000		
<b>Mayor</b>	19	37,3%	4	7,8%	23	45,1%				
<b>Total</b>	46	90,2%	5	9,8%	51	100,0%				

<b>Edad: ≤54 años</b>	<b>Menor</b>		<b>Mayor</b>		<b>Total</b>	
	N	%	N	%	N	%
<b>Antes Dolor Físico</b>	21	40,4%	31	59,6%	52	100%
<b>Después Dolor Físico</b>	46	88,5%	6	11,5%	52	100%

<b>Edad: &gt; 54 años</b>	<b>Menor</b>		<b>Mayor</b>		<b>Total</b>	
	N	%	N	%	N	%
<b>Antes Dolor Físico</b>	28	54,9%	23	45,1%	51	100%
<b>Después Dolor Físico</b>	46	90,2%	5	9,8%	51	100%

Tomado de: Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas

La comparación entre edad y dolor físico, antes y después del tratamiento de rehabilitación oral. De 103 pacientes encuestados, 52 pertenecen al grupo de pacientes menores o igual a 54 años, antes del tratamiento 21 pacientes (40,4%) presentaron menor dolor físico, de los cuales 20 pacientes (38,5%) mejoraron luego del tratamiento y solo 1 paciente (1,9%) presentó mayor dolor físico luego del mismo. Mientras que de 31 pacientes que al inicio presentaron

mayor dolor físico, 26 pacientes (50%) mejoraron luego del tratamiento y solo 5 pacientes (9,6%) permanecieron con dolor físico. Se encontró significancia estadística,  $p < 0,05$ , mediante la prueba de MacNemar.

De igual manera en la comparación tanto antes y después del tratamiento de rehabilitación oral. De 103 pacientes encuestados, 51 pertenecen al grupo de mayores a 54 años de edad, 28 pacientes presentaron menor dolor físico antes del tratamiento, de los cuales 27 pacientes (52,9%) mejoraron posterior al mismo y solo 1 paciente (2%) presentó mayor dolor físico luego del tratamiento. Mientras que de 23 pacientes que al inicio presentaron mayor dolor físico, 19 pacientes (37,3%) mejoraron luego del tratamiento y solo 4 pacientes (7,8%) permanecieron con mayor dolor físico después del tratamiento. Se encontró significancia estadística,  $p < 0,05$ , mediante la prueba de MacNemar.

Tabla 12. Comparación en la dimensión de incapacidad física de la calidad de vida estratificada por sexo, antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019.

<b>Masculino</b>								
	<b>Después Incapacidad Física</b>							
<b>Antes</b>	Menor		Mayor		Total		$X^2$	$P < 0,05$
<b>Incapacidad Física</b>	n	%	n	%	n	%		
<b>Menor</b>	20	60,6%	1	3,0%	21	63,6%	7,4	0,012
<b>Mayor</b>	10	30,3%	2	6,1%	12	36,4%		
<b>Total</b>	30	90,9%	3	9,1%	33	100,0%		
<b>Femenino</b>								

Antes Incapacidad Física	Después Incapacidad Física						X <sup>2</sup>	P < 0,05
	Menor		Mayor		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Menor	53	75,7%	4	5,7%	57	81,4%	4	0,077
Mayor	12	17,1%	1	1,4%	13	18,6%		
Total	65	92,9%	5	7,1%	70	100,0%		

Masculino	Menor		Mayor		Total	
	N	%	N	%	N	%
Antes Incapacidad Física	21	63,6%	12	36,4%	33	100%
Después Incapacidad Física	30	90,9%	3	9,1%	33	100%

Femenino	Menor		Mayor		Total	
	N	%	N	%	N	%
Antes Incapacidad Física	57	81,4%	12	18,6%	70	100%
Después Incapacidad Física	65	92,9%	5	7,1%	70	100%

Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas

La comparación entre sexo e incapacidad física antes y después del tratamiento de rehabilitación oral. En 103 pacientes que fueron encuestados, 33 correspondieron al sexo masculino. Al inicio de 21 pacientes (63,6%) con menor incapacidad física, 20 pacientes (60,6%) mejoraron luego del tratamiento y solo 1 paciente (3%) presentó mayor incapacidad física luego del

tratamiento. En tanto que, de 12 pacientes que al inicio presentaron mayor incapacidad física, 10 pacientes (30,3%) mejoraron, luego del tratamiento y solo 2 pacientes (6,1%) permanecieron con incapacidad física mayor, se encontró significancia estadística,  $p < 0,05$ , mediante la prueba de MacNemar.

De igual manera en la comparación tanto antes y después del tratamiento de rehabilitación oral. De los 103 pacientes que fueron encuestados, 70 pertenecieron al sexo femenino, antes del tratamiento, 57 pacientes mostraron menor incapacidad física, de los cuales 53 pacientes (75,7%) mejoraron luego del tratamiento y solo 4 pacientes (5,7%) presentaron mayor incapacidad física luego del tratamiento. Además, de 13 pacientes que al inicio presentaron mayor incapacidad física, 12 pacientes (17,1%) mejoraron la mencionada incapacidad luego del tratamiento y solo 1 paciente (1,4%) permaneció con incapacidad física mayor. Se encontró significancia estadística,  $p < 0,05$ , mediante la prueba de MacNemar.

Tabla 13. Comparación en la dimensión de incapacidad física de la calidad de vida estratificada por edad, antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019.

<b>Edad: ≤54 años</b>								
<b>Antes</b>	<b>Después</b>						<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P &lt; 0,05</b>
	<b>Incapacidad Física</b>							
	<b>Menor</b>		<b>Mayor</b>		<b>Total</b>			
<b>Incapacidad Física</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
<b>Menor</b>	37	71,2%	3	5,8%	40	76,9%	<b>3,77</b>	<b>0,092</b>
<b>Mayor</b>	10	19,2%	2	3,8%	12	23,1%		
<b>Total</b>	47	90,4%	5	9,6%	52	100,0%		
<b>Edad: &gt; 54 años</b>								

Antes Incapacidad Física	Después Incapacidad Física						X <sup>2</sup>	P< 0,05
	Menor		Mayor		Total			
	n	%	n	%	n	%		
<b>Menor</b>	36	70,6%	2	3,9%	38	74,5%	7,14	0,013
<b>Mayor</b>	12	23,5%	1	2,0%	13	25,5%		
<b>Total</b>	48	94,1%	3	5,9%	51	100,0%		

Edad: ≤54 años	Menor		Mayor		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Antes Incapacidad Física</b>	40	76,9%	12	23,1%	52	100%
<b>Después Incapacidad Física</b>	47	90,4%	5	9,6%	52	100%

Edad: > 54 años	Menor		Mayor		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Antes Incapacidad Física</b>	38	54,9%	13	25,5%	51	100%
<b>Después Incapacidad Física</b>	48	94,1%	3	5,9%	51	100%

Tomado de: Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas

La comparación de incapacidad física Vs edad, antes y después del tratamiento de rehabilitación oral. De 103 pacientes encuestados, 52 pertenecen al grupo de pacientes menores o igual a 54 años, de los cuales se observa que, previo al tratamiento 40 pacientes muestran menor incapacidad física, de ellos 37 pacientes (71,2%) mejoraron luego del tratamiento y solo 3 pacientes (5,8%)



presentaron mayor incapacidad física posterior al tratamiento. En cambio, de 12 pacientes que al inicio presentaron mayor incapacidad física, 10 pacientes (19,2%) mejoraron luego del tratamiento y solo 2 pacientes (3,8%) permanecieron con incapacidad física mayor posterior al tratamiento. Se encontró significancia estadística,  $p < 0,05$ , mediante la prueba de MacNemar.

Del mismo modo la comparación de incapacidad física y edad tanto antes y después del tratamiento de rehabilitación oral. De 103 pacientes encuestados, 51 pertenecen al grupo de mayores a 54 años. De ellos 38 pacientes (74,5%) presentaron menor incapacidad física previo al tratamiento, 36 pacientes (70,6%) mejoraron luego del tratamiento y solo 2 pacientes (3,9%) presentaron mayor incapacidad física luego del tratamiento. Por otro lado, de 13 pacientes (25,5%) que al inicio presentaron mayor incapacidad física, 12 pacientes (23,5%) mejoraron luego del tratamiento y solo 1 paciente (2%) permaneció con incapacidad física mayor posterior al tratamiento. Se encontró significancia estadística,  $p < 0,05$ , mediante la prueba de MacNemar.

Tabla 14. Comparación en la dimensión de incapacidad psicológica de la calidad de vida estratificada por sexo, antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019.

<b>Masculino</b>								
<b>Antes</b>	<b>Después Incapacidad Psicológica</b>						<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P &lt; 0,05</b>
	Menor		Mayor		Total			
<b>Incapacidad Psicológica</b>	n	%	n	%	n	%		
<b>Menor</b>	21	63,6%	2	6,1%	23	69,7%	4,45	0,065
<b>Mayor</b>	9	27,3%	1	3,0%	10	30,3%		
<b>Total</b>	30	90,9%	3	9,1%	33	100,0%		
<b>Femenino</b>								
<b>Antes</b>	<b>Después Incapacidad Psicológica (D)</b>						<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P &lt; 0,05</b>
	Menor		Mayor		Total			

<b>Incapacidad Psicológica (A)</b>	n	%	n	%	n	%		
<b>Menor</b>	47	67,1%	3	4,3%	50	71,4%	11,64	0,001
<b>Mayor</b>	19	27,1%	1	1,4%	20	28,6%		
<b>Total</b>	66	94,3%	4	5,7%	70	100,0%		

<b>Masculino</b>	<b>Menor</b>		<b>Mayor</b>		<b>Total</b>	
	N	%	N	%	N	%
<b>Antes Incapacidad Psicológica</b>	23	69,7%	10	36,4%	33	100%
<b>Después Incapacidad Psicológica</b>	30	90,9%	3	9,1%	33	100%

<b>Femenino</b>	<b>Menor</b>		<b>Mayor</b>		<b>Total</b>	
	N	%	N	%	N	%
<b>Antes Incapacidad Psicológica</b>	50	71,4%	20	28,6%	70	100%
<b>Después Incapacidad Psicológica</b>	66	94,3%	4	5,7%	70	100%

La comparación entre incapacidad psicológica y sexo antes y después del tratamiento de rehabilitación oral. En 103 pacientes que fueron encuestados, 33 correspondieron al sexo masculino. De los cuales, 23 pacientes presentaron menor incapacidad psicológica, 21 pacientes (63,6%) mejoraron luego del tratamiento y solo 2 pacientes (6,1%) presentaron mayor incapacidad psicológica luego del tratamiento. En cambio, de 10 pacientes que al inicio presentaron mayor incapacidad psicológica, 9 pacientes (27,3%) mejoraron luego del tratamiento y solo 1 paciente (3%) permaneció con incapacidad psicológica. Se encontró significancia estadística,  $p < 0,05$ , mediante la prueba de MacNemar.

De igual manera en la comparación tanto antes y después del tratamiento de rehabilitación oral. De los 103 pacientes que fueron encuestados, 70 pertenecieron al sexo femenino. De los cuales, antes del tratamiento de 50 pacientes con menor incapacidad psicológica, 47 pacientes (67,1%) mejoraron luego del tratamiento y solo 3 pacientes (4,3%) presentaron mayor incapacidad psicológica luego del tratamiento. Por otro lado, de 20 pacientes que al inicio presentaron mayor incapacidad psicológica, 19 pacientes (27,1%) mejoraron luego del tratamiento y solo 1 paciente (1,4%) permaneció con incapacidad psicológica. Se encontró significancia estadística,  $p < 0,05$ , mediante la prueba de MacNemar.

Tabla 15. Comparación en la dimensión de incapacidad psicológica de la calidad de vida estratificada por edad, antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019.

<b>Edad: ≤54 años</b>								
<b>Antes</b>	<b>Después</b>						<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P &lt; 0,05</b>
	<b>Incapacidad Psicológica</b>							
	Menor		Mayor		Total			
<b>Incapacidad Psicológica</b>	n	%	n	%	n	%		
<b>Menor</b>	30	57,7%	4	7,7%	34	65,4%	8,05	0,007
<b>Mayor</b>	17	32,7%	1	1,9%	18	34,6%		
<b>Total</b>	47	90,4%	5	9,6%	52	100,0%		
<b>Edad: &gt; 54 años</b>								
	<b>Después</b>						<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P &lt; 0,05</b>
	<b>Incapacidad Psicológica (D)</b>							
	Menor		Mayor		Total			

<b>Antes</b>	n	%	n	%	n	%		
<b>Incapacidad Psicológica</b>								
<b>Menor</b>	38	74,5%	1	2,0%	39	76,5%	8,33	0,006
<b>Mayor</b>	11	21,6%	1	2,0%	12	23,5%		
<b>Total</b>	49	96,1%	2	3,9%	51	100,0%		

<b>Edad: ≤54 años</b>	<b>Menor</b>		<b>Mayor</b>		<b>Total</b>	
	N	%	N	%	N	%
<b>Antes Incapacidad Psicológica</b>	34	65,4%	18	34,6%	52	100%
<b>Después Incapacidad Psicológica</b>	47	90,4%	5	9,6%	52	100%
<b>Edad: &gt; 54 años</b>	<b>Menor</b>		<b>Mayor</b>		<b>Total</b>	
	N	%	N	%	N	%
<b>Antes Incapacidad Física</b>	39	76,5%	12	23,5%	51	100%
<b>Después Incapacidad Física</b>	49	96,1%	2	3,9%	51	100%

La comparación entre la incapacidad psicológica y edad de los pacientes antes y después del tratamiento de rehabilitación oral. En 103 pacientes que fueron encuestados, 52 correspondieron al grupo mayor o igual a 54 años, de los cuales 34 pacientes tuvieron menor incapacidad psicológica antes del tratamiento, 30 pacientes (57,7%) mejoraron luego del tratamiento y solo 4 pacientes (7,7%) presentaron mayor incapacidad psicológica luego del tratamiento. Mientras de 18 pacientes que al inicio presentaron mayor incapacidad psicológica, 17 pacientes (32,7%) mejoraron luego del tratamiento

y solo 1 paciente (1,9%) permaneció con incapacidad psicológica mayor. Se encontró significancia estadística,  $p < 0,05$ , mediante la prueba de MacNemar.

De igual manera en la comparación tanto antes y después del tratamiento de rehabilitación oral. En 103 pacientes que fueron encuestados, 51 correspondieron al grupo menor a 54 años. De los cuales 39 pacientes (76,5%) poseían incapacidad psicológica menor, 38 pacientes (74,5%) mejoraron luego del tratamiento y solo 1 paciente (2%) presentó mayor incapacidad psicológica después del tratamiento. Mientras que de 12 pacientes que al inicio presentaron mayor incapacidad psicológica, 11 pacientes (21,6%) mejoraron luego del tratamiento y solo 1 paciente (2%) permaneció con incapacidad psicológica mayor, se encontró significancia estadística,  $p < 0,05$ , mediante la prueba de MacNemar.

Tabla 16. Comparación en la dimensión de limitación funcional de la calidad de vida estratificada por edad, antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019.

Edad: $\leq$ 54 años								
Antes	Después Limitación Funcional (D)						X <sup>2</sup>	P < 0,05
	Menor		Mayor		Total			
	n	%	n	%	n	%		
<b>Limitación Funcional (A)</b>								
<b>Menor</b>	32	61,5%	1	1,9%	33	63,5%	15,21	0,000
<b>Mayor</b>	18	34,6%	1	1,9%	19	36,5%		
<b>Total</b>	50	96,2%	2	3,8%	52	100,0%		
Edad: $>$ 54 años								
Después Limitación Funcional (D)								

Antes	Menor		Mayor		Total		X <sup>2</sup>	P < 0,05
	n	%	n	%	n	%		
<b>Limitación Funcional</b>								
<b>Menor</b>	28	54,9%	1	2,0%	29	56,9%	18,18	0,000
<b>Mayor</b>	21	41,2%	1	2,0%	22	43,1%		
<b>Total</b>	49	96,1%	2	3,9%	51	100,0%		

Edad: ≤54 años	Menor		Mayor		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Antes Limitación Funcional</b>	33	63,5%	19	36,5%	52	100%
<b>Después Limitación Funcional</b>	50	96,2%	2	3,8%	52	100%

Edad: > 54 años	Menor		Mayor		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Antes Incapacidad Física</b>	29	56,9%	22	43,1%	51	100%
<b>Después Incapacidad Física</b>	49	96,1%	2	3,9%	51	100%

La comparación entre la limitación funcional y la edad de los pacientes antes y después del tratamiento de rehabilitación oral. En 103 pacientes que fueron encuestados, 52 correspondieron al grupo mayor o igual a 54 años. Al inicio de 33 pacientes (63,5%) con menor limitación funcional, de ellos 32 pacientes (61,5%) mejoraron luego del tratamiento y solo 1 paciente (1,9%) presentó mayor limitación funcional luego del tratamiento. En cambio, de 19 pacientes que al inicio presentaron mayor limitación funcional, 18 pacientes (34,6%)

mejoraron luego del tratamiento y solo 1 paciente (1,9%) permaneció con limitación funcional mayor. Se encontró significancia estadística,  $p < 0,05$ , mediante la prueba de MacNemar.

De igual manera en la comparación tanto antes y después del tratamiento de rehabilitación oral. En 103 pacientes que fueron encuestados, 51 correspondieron al grupo menor a 54 años, donde se encontró que, de 29 pacientes con menor limitación funcional al inicio del tratamiento, 28 pacientes (54,9%) mejoraron luego del tratamiento y solo 1 paciente (2%) presentó mayor limitación funcional luego del mismo. Mientras que de 22 pacientes que al inicio presentaron mayor limitación funcional, 21 pacientes (41,2%) mejoraron luego del tratamiento y solo 1 paciente (2%) permaneció con limitación funcional. Se encontró significancia estadística,  $p < 0,05$ , mediante la prueba de MacNemar.

Tabla 17. Comparación en la dimensión de molestias psicológicas de la calidad de vida estratificada por sexo, antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019.

<b>Masculino</b>								
	<b>Después Molestias Psicológicas</b>							
<b>Antes Molestias Psicológicas</b>	Menor		Mayor		Total		<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P &lt; 0,05</b>
	n	%	n	%	n	%		
<b>Menor</b>	14	42,4%	1	3,0%	15	45,5%	13,24	0,000
<b>Mayor</b>	16	48,5%	2	6,1%	18	54,5%		
<b>Total</b>	30	90,9%	3	9,1%	33	100,0%		
<b>Femenino</b>								
	<b>Después Molestias Psicológicas</b>							

<b>Antes Molestias Psicológicas</b>	<b>Menor</b>		<b>Mayor</b>		<b>Total</b>		<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P&lt; 0,05</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
<b>Menor</b>	31	44,3%	3	4,3%	34	48,6%	26,95	0,000
<b>Mayor</b>	35	50,0%	1	1,4%	36	51,4%		
<b>Total</b>	66	94,3%	4	5,7%	70	100,0%		

<b>Masculino</b>	<b>Menor</b>		<b>Mayor</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Antes Molestias Psicológicas</b>	15	45,5%	18	54,5%	33	100%
<b>Después Molestias Psicológicas</b>	30	90,9%	3	9,1%	33	100%

<b>Femenino</b>	<b>Menor</b>		<b>Mayor</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Antes Molestias Psicológicas</b>	50	71,4%	20	28,6%	70	100%
<b>Después Molestias Psicológicas</b>	66	94,3%	4	5,7%	70	100%

La comparación entre las molestias psicológicas y el sexo de los pacientes antes y después del tratamiento de rehabilitación oral. En 103 pacientes que fueron encuestados, 33 correspondieron al sexo masculino. Al inicio de 15 pacientes con menores molestias psicológicas, 14 pacientes (42,4%) mejoraron luego del tratamiento y solo 1 paciente (3%) presentó mayores molestias psicológicas luego del tratamiento. Por otro lado, de 18 pacientes que al inicio presentaron mayores molestias psicológicas, 16 pacientes (48,5%) mejoraron luego del tratamiento y solo 2 pacientes (6,1%) permanecieron con mayores molestias psicológicas. Se encontró significancia estadística,  $p < 0,05$ , mediante la prueba de MacNemar.



De igual manera en la comparación tanto antes y después del tratamiento de rehabilitación oral. De 103 pacientes encuestados, 70 correspondieron al sexo femenino. Que antes del tratamiento 34 pacientes presentaron menores molestias psicológicas, de ellos 31 pacientes (44,3%) mejoraron luego del tratamiento y solo 3 pacientes (4,3%) presentaron mayores molestias psicológicas luego del tratamiento. En cambio, de 36 pacientes que al inicio presentaron mayores molestias psicológicas, 35 pacientes (50%) mejoraron luego del tratamiento y solo 1 paciente (1,4%) permaneció con molestias psicológicas mayores. Se encontró significancia estadística,  $p < 0,05$ , mediante la prueba de MacNemar.

Tabla 18. Comparación en la dimensión de molestias psicológicas de la calidad de vida estratificada por edad, antes y después del tratamiento de rehabilitación oral en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019.

<b>Edad: ≤54 años</b>								
<b>Antes Molestias Psicológicas</b>	<b>Después Molestias Psicológicas</b>						<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P &lt; 0,05</b>
	<b>Menor</b>		<b>Mayor</b>		<b>Total</b>			
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
<b>Menor</b>	24	46,2%	3	5,8%	27	51,9%	15,38	0,000
<b>Mayor</b>	23	44,2%	2	3,8%	25	48,1%		
<b>Total</b>	47	90,4%	5	9,6%	52	100,0%		
<b>Edad: &gt; 54 años</b>								
<b>Antes</b>	<b>Después Molestias Psicológicas (D)</b>						<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P &lt;</b>
	<b>Menor</b>	<b>Mayor</b>		<b>Total</b>				

<b>Molestias Psicológicas (A)</b>							<b>0,05</b>	
	n	%	n	%	n	%		
<b>Menor</b>	21	41,2%	1	2,0%	22	43,1%	25,14	0,000
<b>Mayor</b>	28	54,9%	1	2,0%	29	56,9%		
<b>Total</b>	49	96,1%	2	3,9%	51	100,0%		

<b>Edad: ≤54 años</b>	<b>Menor</b>		<b>Mayor</b>		<b>Total</b>	
	N	%	N	%	N	%
<b>Antes Molestias Psicológicas</b>	27	51,9%	25	48,1%	52	100%
<b>Después Molestias Psicológicas</b>	47	90,4%	5	9,6%	52	100%

<b>Edad: &gt; 54 años</b>	<b>Menor</b>		<b>Mayor</b>		<b>Total</b>	
	N	%	N	%	N	%
<b>Antes Molestias Psicológicas</b>	22	43,1%	29	56,9%	51	100%
<b>Después Molestias Psicológicas</b>	49	96,1%	2	3,9%	51	100%

La comparación entre las molestias psicológicas y la edad de los pacientes antes y después del tratamiento de rehabilitación oral. En 103 pacientes que fueron encuestados, 52 correspondieron al grupo mayor o igual a 54 años. De los cuales 27 pacientes (51,9%) presentaron menores molestias psicológicas, 24 pacientes (46,2%) mejoraron luego del tratamiento y solo 3 pacientes (5,8%) presentaron mayores molestias psicológicas luego del tratamiento. Mientras, que de 25 pacientes que al inicio presentaron mayores molestias psicológicas,

23 pacientes (44,2%) mejoraron luego del tratamiento y solo 2 pacientes (3,8%) permanecieron con molestias psicológicas mayores. Se encontró significancia estadística,  $p < 0,05$ , mediante la prueba de MacNemar.

De la misma manera que en la tabla anterior, en la comparación tanto antes y después del tratamiento de rehabilitación oral. De 103 pacientes encuestados, 70 correspondieron al sexo femenino. Antes del tratamiento 22 pacientes (43,1%) presentaron menores molestias psicológicas, 21 pacientes (41,2%) mejoraron luego del tratamiento y solo 1 paciente (2%) presentó mayores molestias psicológicas luego del tratamiento. En cambio, de 29 pacientes que al inicio presentaron mayores molestias psicológicas, 28 pacientes (54,9%) mejoraron luego del tratamiento y solo 1 paciente (2%) permaneció con molestias psicológicas mayores. Se encontró significancia estadística,  $p < 0,05$ , mediante la prueba de MacNemar.

Tabla 19. Modelo de relación de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con odontología en las medidas antes y después de la rehabilitación oral, en pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019.

Calidad de Vida Relacionada con la Salud Odontológica (A)			Calidad de Vida Relacionada con la Salud Odontológica (D)		
Variables (A)	X <sup>2</sup>	P < 0,05	Variables (D)	X <sup>2</sup>	P < 0,05
Limitación Funcional (A)	23,650	0,000	Limitación Funcional (D)	42,507	0,000
Dolor físico (A)	10,473	0,001	Dolor físico (D)	37,073	0,000
Molestias psicológicas (A)	29,664	0,000	Molestias psicológicas (D)	38,921	0,000
Incapacidad física (A)	42,075	0,000	Incapacidad física (D)	7,977	0,005
Incapacidad psicológica (A)	53,983	0,000	Incapacidad psicológica (D)	32,396	0,000
Incapacidad social (A)	51,328	0,000	Incapacidad social (D)	38,005	0,000
Obstáculos (A)	29,746	0,000	Obstáculos (D)	12,204	0,000
Estadísticos globales	68,634	0,000	Estadísticos globales	64,765	0,000

Mediante regresión logística binaria, se evidenció que existe relación con la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Odontológica antes y después de la rehabilitación oral, con las dimensiones de limitación funcional, dolor físico, molestias psicológicas, incapacidad física, incapacidad psicológica,

incapacidad social y obstáculos; se encontró significancia estadística ( $p < 0,05$ ) con todas las dimensiones tanto en las medidas antes y después de la rehabilitación oral. Por tanto, las dimensiones en mención inciden de manera directa en el bienestar de la salud oral de los pacientes.

Tabla 20. Comparación mediante los Rangos de Wilcoxon de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud oral, a través de las diferencias obtenidas en las medidas después y antes del tratamiento de rehabilitación oral en los pacientes atendidos en la Clínica de Posgrado de la Universidad de las Américas, 2017-2019.

Pruebas de significancia estadística	Limitación funcional (D) - limitación funcional (A)	Dolor físico (D) - dolor físico (A)	Molestias psicológicas (D)- molestias psicológicas (A)	Incapacidad física (D)- incapacidad física (A)	Incapacidad psicológica (D) - incapacidad psicológica (A)	Incapacidad social (D) - incapacidad social (A)	Obstáculos (D) – obstáculos (A)
Z	-5,866 <sup>d</sup>	-6,763 <sup>b</sup>	-6,105 <sup>d</sup>	-2,599 <sup>d</sup>	-3,840 <sup>d</sup>	-3,896 <sup>d</sup>	-1,823 <sup>d</sup>
Sig. asintótica (bilateral)	0,000	0,000	0,000	0,009	0,000	0,000	0,068

a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

b. Se basa en rangos positivos.

Mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se demostró que las variables no tienen una distribución normal, por tanto, a fin de evidenciar la diferencia entre la medida antes y la medida después de las dimensiones de la calidad de vida (limitación funcional, dolor físico, molestias psicológicas, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y obstáculos), se prueba la hipótesis de que, la medida antes (A) es diferente luego de la rehabilitación oral y la medida después (D) refleja una mejoría en relación a la primera, en las diferentes dimensiones señaladas. Por tanto, la prueba de hipótesis se realiza con el estadístico de los rangos de Wilcoxon, se encontró significancia estadística, ( $p < 0,05$ ) con todas las dimensiones en la diferencia entre las medidas antes y después de la rehabilitación oral. Por lo que, se concluye que

existe una diferencia importante entre el antes de la rehabilitación oral y el después de éste, otorgándole al paciente bienestar en la calidad de vida de salud oral.

Tabla 21. Estadísticos descriptivos

Dimensiones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
<b>Limitación Funcional Antes</b>	0	1	0,2646	0,24896
<b>Limitación Funcional Después</b>	0	0,75	0,0548	0,11915
<b>Dolor Físico Antes</b>	0	1	0,3774	0,29652
<b>Dolor Físico Después</b>	0	0,88	0,111	0,15942
<b>Malestar Psicológico Antes</b>	0	1	0,3823	0,31643
<b>Malestar Psicológico Después</b>	0	0,88	0,1008	0,1498
<b>Incapacidad Física Antes</b>	0	1	0,2015	0,28182
<b>Incapacidad Física Después</b>	0	0,5	0,0969	0,13009
<b>Incapacidad Psicológica Antes</b>	0	1	0,2269	0,28101
<b>Incapacidad Psicológica Después</b>	0	0,88	0,0931	0,16085
<b>Incapacidad Social Antes</b>	0	1	0,1626	0,25536
<b>Incapacidad Social Después</b>	0	0,75	0,0485	0,1172
<b>Discapacidad Antes</b>	0	1	0,1117	0,22816
<b>Discapacidad Después</b>	0	0,5	0,0459	0,10975

Se presenta las dimensiones del test OHIP para la evaluación del nivel de la calidad de vida antes y después del tratamiento, corroborando que en el caso de la limitación funcional con un decremento del 0,26 a 0,05; en el caso del dolor físico del 0,37 a 0,11; en el malestar psicológico del 0,38 al 0,10; la incapacidad física del 0,20 al 0,09; la incapacidad psicológica con un decremento del 0,22 al 0,09; en lo referente a la incapacidad social 0,16 al 0,04; en referencia a la discapacidad los valores se mostraron igual que los otros casos con un decremento del 0,11 al 0,04.

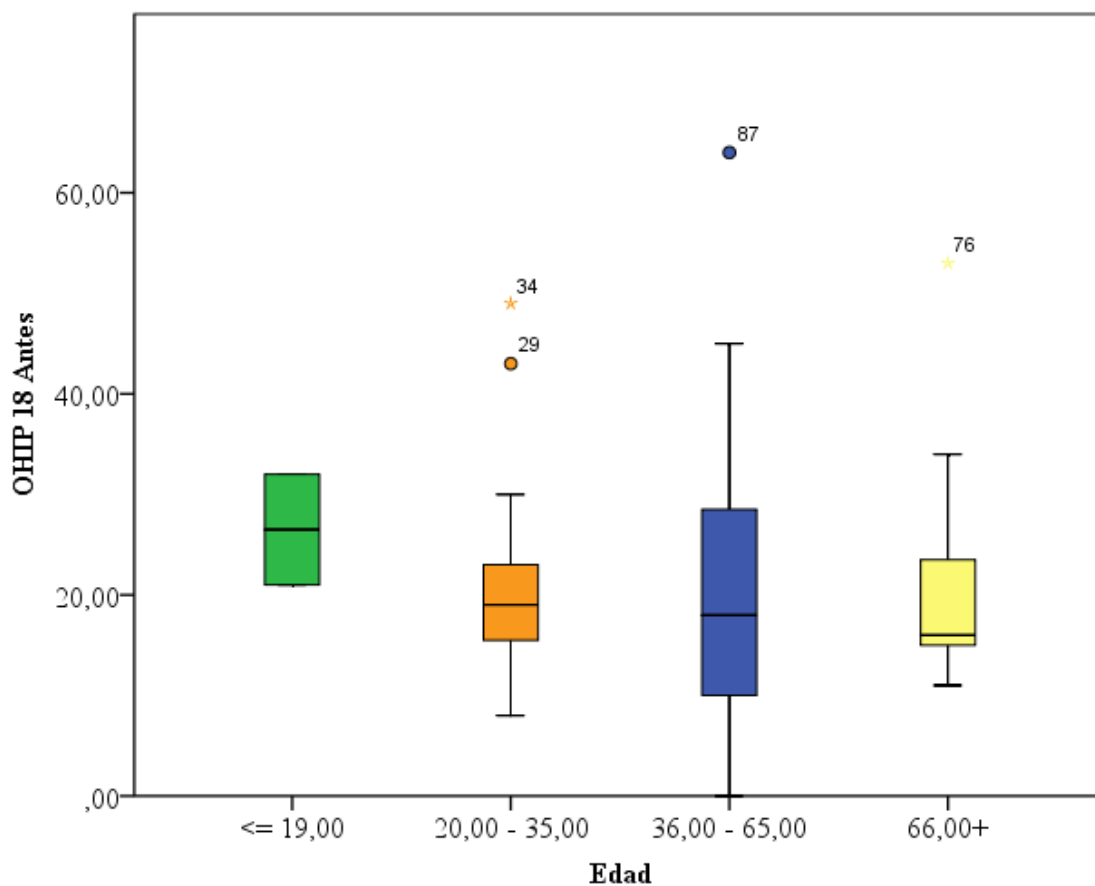


Figura 6. OHIP antes en relación con la edad.

Los grupos de edades mostraron que los pacientes de edades menores a 19 obtuvieron un valor típico (mediana) mayor en su calidad de vida respecto a los demás grupos, además de que este valor estuvo determinado de manera muy similar desde las edades de 20 años en adelante, el grupo de edad de 36 a 65 años obtuvo mayor variabilidad en su percepción de su calidad de vida notando los valores más altos en lo que refiere a la presencia de datos atípicos.

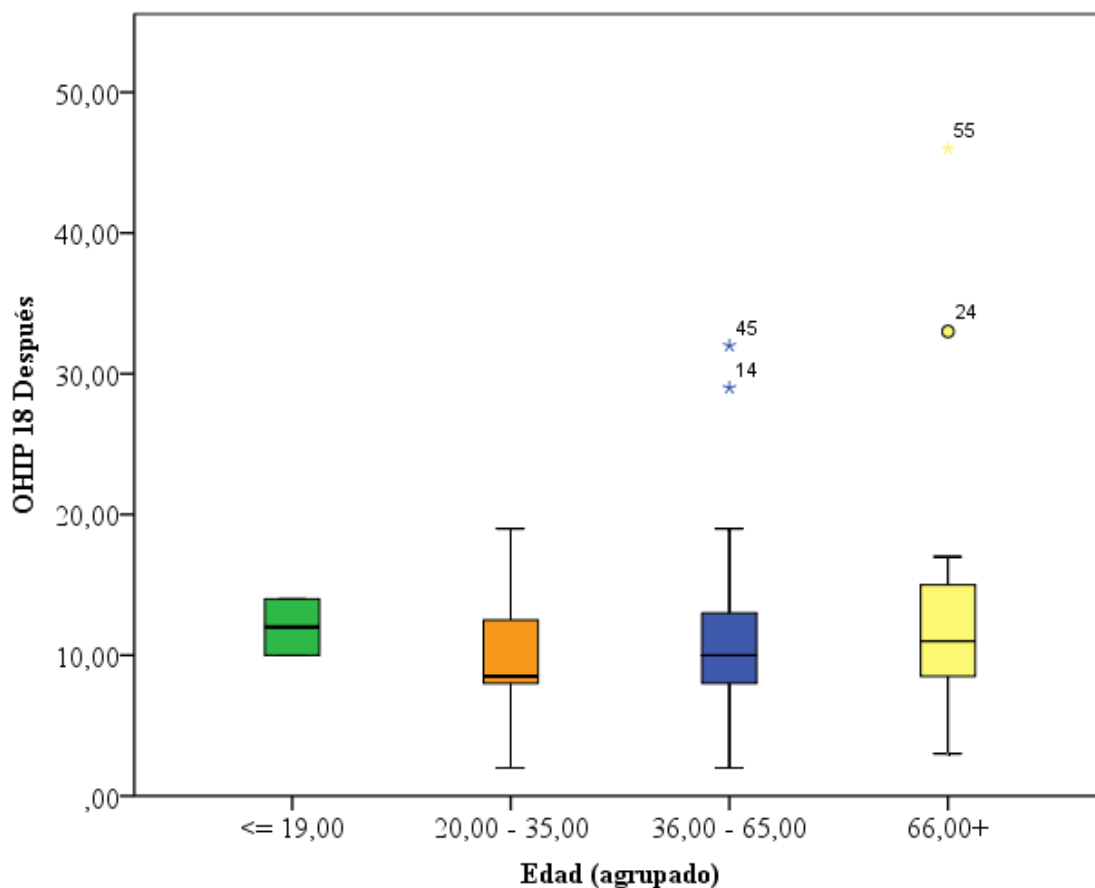


Figura 7. OHIP después en relación con la edad.

Todos los grupos después del proceso de tratamiento protésico denotaron un decremento en los valores típicos de su percepción de calidad de vida que involucra una mejoría en su calidad de vida, sin embargo se puede destacar la presencia de datos atípicos todavía presentes en la muestra señalando que en casos muy particulares los niveles subieron según la apreciación de algunos pacientes denotando una apreciación de calidad de vida negativa esto se podría explicar por ciertos problemas que se pudieron haber suscitado a partir del tratamiento. En general el cambio en el valor estimado de calidad de vida mucho mejor en la mayor parte de la muestra.

Tabla 22. Comparación de la puntuación según la aplicación del instrumento antes y después.

Instrumento/ Dimensión	Promedio				Desviación estándar			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después
<b>OHIP Total</b>	21,42	12,72	21,09	10,4	12,72	8,1	12,18	4,87
<b>Limitación funcional</b>	0,28	0,079	0,24	0,04	0,26	0,14	0,24	0,09
<b>Dolor físico</b>	0,31	0,13	0,39	0,09	0,29	0,18	0,29	0,14
<b>Malestar psicológico</b>	0,40	0,12	0,36	0,08	0,31	0,20	0,32	0,11
<b>Incapacidad física</b>	0,50	0,07	0,18	0,10	0,32	0,14	0,26	0,12
<b>Incapacidad psicológica</b>	0,21	0,07	0,23	0,10	0,3	0,19	0,28	0,14
<b>Incapacidad social</b>	0,16	0,17	0,15	0,07	0,26	0,17	0,15	0,07
<b>Discapacidad</b>	0,11	0,06	0,11	0,03	0,23	0,13	0,23	0,10
<b>Satisfacción</b>	0,17	0,13	0,32	0,15	0,31	0,26	0,35	0,39
<b>Conformidad</b>	0,27	0,09	0,25	0,01	0,25	0,22	0,33	0,04

Una vez aplicado el instrumento de formas prospectiva se puede observar una disminución en el valor promedio del índice en cada una de las dimensiones, así como del índice estimado OHIP en general por cada grupo de sexo. El total de las dimensiones muestran un descenso en el valor promedio de calidad de vida lo que indica que los pacientes bajo su perspectiva mostraron una mejoría.

### Significación estadística

Para la comparación de significación antes y después del proceso de tratamiento y su influencia en la calidad de vida del grupo de estudio se realizó la prueba para comprobar la distribución normal de las variables cuantitativas continuas (OHIP-Antes, OHIP Después).

Tabla 23. Prueba de Normalidad

Índice de Calidad de vida	Kolmogorov-Smirnov <sub>a</sub>		
	Estadístico	gl	Sig.
<b>OHIP 18 Antes</b>	0,131	98	0,00
<b>OHIP 18 Después</b>	0,181	98	0,00
<b>a Corrección de significación de Lilliefors</b>			



En este caso se demuestra que las variables no tienen distribución normal porque su valor de significación es menor a 0,05 ( $p=0,00$ ) por lo que para efectos de su comprobación de la hipótesis se aplicará el cálculo de una prueba no paramétrica de Wilcoxon.

### **1. Planteamiento de la Hipótesis.**

$H_0$ = La calidad de vida no mejora después de los tratamientos de rehabilitación oral realizados.

$H_a$ = La calidad de vida mejora después de los tratamientos de rehabilitación oral realizados.

### **2. Alfa**

$\alpha=0,05$

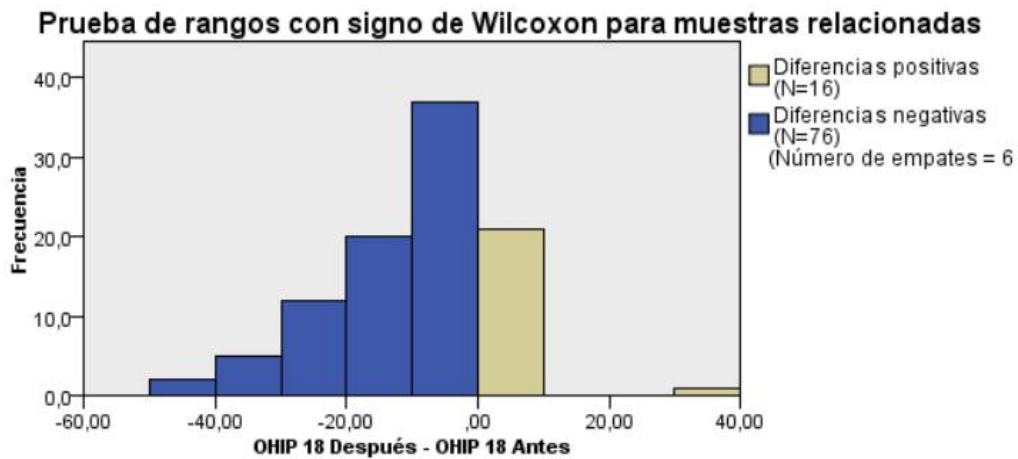
IC=95%

### **3. Decisión**

Si  $p < 0,05$  se rechaza  $H_0$

#### 4. Estadístico de prueba

Tabla 24. Prueba de Wilconxon



<b>N total</b>	98
<b>Estadístico de prueba</b>	397,000
<b>Error estándar</b>	256,710
<b>Estadístico de prueba estandarizado</b>	-6,786
<b>Significación asintótica (prueba bifateral)</b>	,000

#### 5. Conclusión

El valor de significación fue menor a 0,05 ( $p=0,00$ ) por lo tanto se rechaza  $H_0$  y se puede afirmar que la calidad de vida mejora después de los tratamientos de rehabilitación oral realizados.

## 7. CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN

En la actualidad se ha visto la necesidad de tener estudios que midan la satisfacción en pacientes edéntulos totales o parciales, a partir del uso de las prótesis. Puesto que resulta evidente la necesidad de incorporar el concepto de calidad de vida, a la valoración de los resultados de los tratamientos en la consulta odontológica, especialmente en las clínicas universitarias de instrucción docente. (Degrandi, V. , Bentancourt, M. , Fabruccini, A. , Fuentes, 2017) Esto permitirá realizar un tratamiento en base no solo a un diagnóstico sino en proyección hacia el mejoramiento de la calidad de vida del paciente. (Piedad N. Rojas-Gómez , María F. Mazzini-Torres, Romero-rojas, 2017)

La validez y confiabilidad de los instrumentos que se han venido desarrollando para la evaluación de la calidad de vida han sido efectivos, de ellos el OHIP-49 es el de uso frecuente, aunque tiene la falencia de ser un instrumento extenso que dificulta la aplicación permanente dentro de la práctica odontológica. Por tal motivo se han generado instrumentos cortos, como es el caso del OHIP-14, OHIP-EDENT, etc. (Santos, C. M. Oliveira, B. H. Nadanovsky, P. J. B. Hilgert, 2013) La salud oral y la calidad de vida tiene un referente conceptual de múltiples dimensiones de carácter subjetivo además de complejo, mide a través de instrumentos de tipo objetivo, facilita la valoración del impacto que tienen las diferentes patologías orales, en la vida tanto profesional como personal de los pacientes afectados. Así como el impacto positivo o negativo que tienen los tratamientos realizados y su efectividad; considerando estos criterios se tomó como base para este estudio, el impacto de los efectos del tratamiento. A partir de la evaluación con indicadores de salud bucodental (OHIP-14) de la calidad de la vida (Llanos Navarrete, 2014), el cual fue adaptado e incrementado sus ítems para una valoración considerando atributos adicionales para su aplicación con 18 ítems y 9 dimensiones para evaluar la calidad de vida.

La OMS y Díaz Martell, afirman que la pérdida dentaria tiene relación al aumento de la edad y por ende requieren procedimientos de rehabilitación

protésica. Dicha afirmación se ratifica en el estudio de (Camargo, Magaly, & Delgado, 2014) puesto que el promedio de edad de la población evaluada fue de  $48,7 \pm 13,0$  años, cuyo resultados es comparable con el determinado en el presente estudio en el que se pudo observar que la media de edad fue de  $49,6 \pm 15,2$  desviaciones estándar, el valor mínimo fue 19 años y máximo de 79 años, con un rango de 60 años. El grupo de estudio mostró un 50,5% de edades por debajo de los 54 años y un 49,5% mayores a 54 años, corroborando que la frecuencia de pérdida dental mostró relación con el índice avanzado de edad del grupo de estudio y la presencia de tratamientos protésicos.

En el estudio de (Montero-Martin et al., 2016) se encontró que una vez realizada la rehabilitación protésica adecuada los pacientes manifestaron mejoría en su calidad de vida principalmente en los aspectos físicos, en la capacidad para masticar y tragar, su digestión se hacía bien y podían hablar bien. Otros estudios mostraron una mejoría importante en los aspectos afectivos y de relaciones sociales: acudir a una reunión o restaurante, repercusiones en la vida familiar y en el ámbito profesional; es decir, se sintieron más satisfechos de su salud oral al colocarles su prótesis dentales, mejorando la percepción de su calidad de vida de forma integral (Lajes Ugarte, M., López Aúcar, J., Cardoso, I., Díaz Gómez, 2014). En el presente estudio los criterios anteriores coincidieron al encontrar de forma significativa un mejoramiento de la calidad de vida después de los tratamientos de rehabilitación oral realizados en el grupo de estudio.

En base a las aseveraciones citadas (Camargo et al., 2014) evaluaron las dimensiones de la calidad de vida demostrando que existió una diferencia estadísticamente significativa entre la dimensión de limitación funcional, la edad, el género, dolor físico y la incapacidad social, dichos resultados en comparación con la presente investigación indica que la dimensión de limitación funcional mejoró en un 34,6% en pacientes con edades menores a 54 años y del 41,2% en edades mayores a 54 años ( $p < 0,05$ ). En cuanto a la dimensión limitación funcional respecto al género se encontró que no fue estadísticamente significativo. Así mismo la dimensión de la edad y dolor físico

mejoró en un 50% en pacientes menores a 54 años y del 37,3% en pacientes mayores a 54 años, la edad y la incapacidad social no mostraron ninguna asociación.

Algunos estudios poblacionales muestran que las mujeres presentan mayores valores en el impacto de la CVRSO. (Cerón bastidas, 2014) indica de dicha diferencia podría deberse a una relación desbalanceada del género en la muestra estudiada (2:1 a favor de las mujeres), la misma que puede incidir en general en la satisfacción de vida. En la muestra estudiada se verificó lo indicado anteriormente puesto que el 68% de los pacientes encuestados correspondieron al sexo femenino. Datos que al ser comparados con el estudio realizado por (Ugalde Meza, 2014), concluyó que, no existen diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y mujeres en las puntuaciones de OHIP-14, que coincidieron con los datos analizados en el presente estudio.

Por todos los puntos antes mencionados es importante la sumatoria del OHIP para poder conocer la calidad de vida. Como lo hace (Camargo et al., 2014), donde las puntuaciones medias de la suma de los valores del OHIP-14 encontradas en las respuestas de los pacientes estudiados fueron: 9,42 (pretratamiento), 3,13 (control inmediato, al mes) y 2,13 (control mediato, a los 3 meses). Mientras que en el presente estudio se encontró que en hombres la CV antes fue 21,42 y después fue 12,72 mostrando un decremento importante hacia la estimación de una buena calidad de vida, mientras que en las mujeres antes fue de 21,09 y después fue de 10,4.

Mediante los resultados de la primera medición antes del tratamiento de prótesis, se puede apreciar que una salud bucal deficiente influye en la calidad de vida. (Galdames. & A., 2015) Lo que concuerda con los estudios realizados por (Díaz Shyrley y Cols, 2011). Y que luego de la inserción de prótesis, la calidad de vida mejora ostensiblemente, lo que concuerda con el estudio realizado por (Hernández-Mejía R. y cols. 2006). Valores que coinciden con las

cifras detalladas en el presente estudio, en el que se encontró una significancia estadística ( $p < 0,05$ ) con todas las dimensiones tanto en las medidas antes y después de la rehabilitación oral. Por tanto, las dimensiones en mención inciden de manera directa en el bienestar de la salud oral de los pacientes.

## 8. CONCLUSIONES

En la evaluación de la calidad de vida de los pacientes, que fueron sometidos a tratamientos de rehabilitación oral con prótesis fija en el sector anterior. Se demostró que, en la totalidad de las dimensiones valoradas, la calidad de vida mejoró de un 76,7% antes del tratamiento a un 93,2% después del tratamiento es decir un mejoramiento de la calidad de vida del 22,3% en la población de estudio.

Las diferentes dimensiones establecidas por el índice OHIP identificaron problemas en su estadio inicial que luego del procedimiento y seguimiento tuvieron notorias mejoras: en el caso de la limitación funcional se vio un cambio positivo en un 37,9%, luego de la intervención. Con respecto al dolor físico la manifestación recurrente fue de dientes sensibles y dolor, la cual mejoró en un 43,7%. En lo que respecta a la dimensión de malestar psicológico por inconformidad con la apariencia de los dientes boca o prótesis hubo una mejoría de un 49,5%. En lo referente a la incapacidad física se detallaron problemas al hablar, por ausencia o desadaptación de prótesis los cuales mejoraron en un 21,4%. Con relación a la incapacidad psicológica se presentó irritabilidad por problemas con sus dientes boca o prótesis con un cambio favorable en un 27,2%. En lo que corresponde a satisfacción estética se observó cambios positivos en un 20%, al igual que en aspectos de conformidad posterior al tratamiento de rehabilitación oral en un 10% de incremento en el mismo.

De acuerdo con el objetivo específico, determinar el nivel de calidad de vida OHIP con relación al sexo antes y después del tratamiento protésico, los resultados obtenidos en las diferentes dimensiones como: dolor físico se encontró una mejora en el sexo masculino 33,3%; mientras que en el sexo femenino la mejora fue del 45,7% posterior al tratamiento. En lo que corresponde a la incapacidad física la mejora en el sexo masculino fue del 27,3%, mientras que el sexo femenino fue de un 11,5%. En cuanto a la incapacidad psicológica en el sexo masculino se mejoró en un 21,2%, mientras que, en el sexo femenino, el incremento fue del 22,9%. En la dimensión de

molestias psicológicas en el sexo masculino se observa un incremento del 45,4%, mientras que en el femenino del 45,7%. A excepción de las dimensiones de incapacidad social y obstáculos.

En las diferentes dimensiones relacionadas con la edad antes y después del tratamiento, como: dolor físico se encontró una mejora en la calidad de vida posterior al tratamiento de un 48,1% en los pacientes menores o iguales a 54 años y de un 35,3% en los mayores de 54 años. En lo que corresponde a la incapacidad física en los pacientes menores o iguales a 54 años la mejora fue de 17,5% y de 19,6% en mayores a 54 años. En cuanto a la incapacidad psicológica en los pacientes menores o iguales a 54 años se mejoró en un 25%, mientras que, en los mayores a 54 años, el incremento fue del 19,6%. En la dimensión de limitación funcional la mejora fue del 32,7% en pacientes menores o iguales a 54 años y del 39,2% en mayores a 54 años. En lo que respecta a molestias psicológicas en los pacientes menores o iguales a 54 años se observa un incremento del 38,5%, mientras que en mayores a 54 años el incremento es del 53%. Las dimensiones que fueron implementadas en el OHIP-14 en el aspecto de satisfacción mostró un incremento del 4% en hombres y el 17% en mujeres, la dimensión de conformidad mejoró en un 18% en hombres y en mujeres fue del 24%.



## 9. RECOMENDACIONES

Se recomienda la rehabilitación oral a fin de mejorar el bienestar y prevenir la limitación funcional, dolor físico, molestias psicológicas, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y obstáculos; proporcionándole al paciente una óptima calidad de vida relacionada con la salud oral. Por tanto, se recomienda realizar estudios similares a nivel distrital, provincial y nacional, utilizando el presente instrumento.

Se recomienda el uso del presente instrumento que evalúa la calidad de vida de salud oral, para obtener una percepción específica de las dimensiones y en forma global de la calidad de vida, a fin de replantear investigaciones que definan el tipo de prótesis, material y factores intrínsecos del paciente que intervienen en el bienestar del paciente.

Es importante indicar que uno de los factores del deterioro de la salud oral, viene dado a partir de la edad; por lo que es recomendable para estudio futuros considerar el proceso de la calidad de vida, en grupos de edades mayores donde las condicionantes de vida son más complejos.

Se recomienda finalmente la utilización de este instrumento (evaluación subjetiva) junto con la historia clínica (evaluación objetiva), y los tratamientos de Rehabilitación oral a los cuales son sometidos los pacientes; a fin de interrelacionar diferentes variables en investigaciones futuras.

## REFERENCIAS

- Ali, Z., Baker, S. R., ShahrbaF, S., Martin, N., & Vettore, M. V. (2018). Oral health-related quality of life after prosthodontic treatment for patients with partial edentulism: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 121(1), 59–68e3. <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2018.03.003>
- Allen, P. F. (2003). Assessment of oral health related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes Review*, 8, 1–8.
- Baron, M., Oxford, R., January, E., Hudson, M., Hudson, M., Sayegh, T. El, ... Kolbinson, D. (2014). The Canadian systemic sclerosis oral health study : Orofacial manifestations and oral health-related quality of life in systemic sclerosis compared with the Original article The Canadian systemic sclerosis oral health study : orofacial manifestations and. *Research Gate*, 53(January), 1386–1394. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/ket441>
- Buraglia, B. M. (2014). *Estudio clínico para el desarrollo de un cuestionario específico, preciso y eficaz para evaluar la calidad de vida asociada al estado de salud oral en usuarios de implantoprótesis*. Universidad complutense de madrid.
- Camargo, Y. C., Magaly, E., & Delgado, G. (2014). DE REHABILITACIÓN ORAL EN LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS. *ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA* *Asignó*, 13, 49–54.
- Carlos, J., Rojas, C., Of, C., Arch, C., & Report, C. (2012). Oral Rehabilitation With Fixed Partial Prosthodontics in the Complex. *Usta Salud*, 11, 45–53.
- Cerón bastidas, X. A. (2014). Calidad de vida y su relación con la salud oral en personas de la tercera edad. *Revista Nacional de Odontología*, 10 numero, 83–89. <https://doi.org/doi:http://dx.doi.org/10.16925/od.v10i19.853> Calidad
- Cuenca Sala Emili, B. G. (2005). *Odontología Preventiva Y Comunitaria - Principios, métodos y aplicaciones*. (Masson, Ed.) ((Tercera e). Barcelona- España.

- Dable, R. A., Nazirkar, G. S., Singh, S. B., & Wasnik, P. B. (2013). Assessment of oral health related quality of life among completely edentulous patients in Western India by using GOHAI. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 7(9), 2063–2067. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2013/6377.3406>
- Degrandi, V. , Bentancourt, M. , Fabruccini, A. , Fuentes, F. (2017). Evaluación del impacto en la calidad de vida de pacientes adultos rehabilitados con nuevas prótesis removibles totales Introducción Calidad de vida en relación a la salud. *ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA*, 6:11, 155–158.
- Diaz-Reissner, C. V., Casas-García, I., & Roldán-Merino, J. (2017). Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral: Impacto de Diversas Situaciones Clínicas Odontológicas y Factores Socio-Demográficos. Revisión de la Literatura Quality of Life Related to Oral Health: Impact of Various Socio-Demographic Factors and Dental Cl. *Int. J. Odontostomat*, 11(1), 31–39. <https://doi.org/10.4067/S0718-381X2017000100005>
- Duarte, I. (2015). *Análisis de salud oral y su impacto en la calidad de vida de la población preescolar del municipio de cascais, portugal, en 2012*[Tesis Doctoral]. UNIVERSIDAD DE SEVILLA Facultad de Odontología.
- Duarte, L., Rabelo, V., Bonecker, M., Castro, L., Melo, G., & Cavalcanti, V. (2010). Avaliação da qualidade de vida em pacientes edêntulos totais rehabilitados com implantes zigomáticos Evaluation of life quality in totally edentulous patients rehabilitated with zygomatic implants. *Revista Implantnews*, 7, 183–190.
- Emami, E., Heydecke, G., Rompré, P. H., De Grandmont, P., & Feine, J. S. (2009). Impact of implant support for mandibular dentures on satisfaction, oral and general health-related quality of life: A meta-analysis of randomized- controlled trials. *Clinical Oral Implants Research*, 20(6), 533–544. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0501.2008.01693.x>
- Flores Bravo, E. (2017). *NIVEL DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES REHABILITADOS CON PRÓTESIS TOTAL Y PRÓTESIS PARCIAL*

*REMOVIBLE EN LA CLÍNICA ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO PIURA, 2017” TESIS.*

- Galdames., M. S. K. M. F., & A., P. R. D. A. T. (2015). *CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES REHABILITADOS CON PRÓTESIS DENTAL TOTAL, UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLO, FACULTAD DE ODONTOLOGÍA SEDE CONCEPCIÓN, AÑO 2014-2015.*
- Gallardo A, Picasso MA, Huillca N, Á. J. (2013). QuaLity of LifE rELatEd for oraL hEaLth in oLdEr aduLts in pEruVian popuLation. *KIRU*, 10(2), 145–150.
- Gallardo, A., Picasso, M. A., Huillca, N., & Ávalos, J. C. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana. *Kiru*, 10(2), 145–150. Retrieved from [http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2013/Kiruv.10.2/Kiru\\_v.10.2\\_Art.8.pdf](http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2013/Kiruv.10.2/Kiru_v.10.2_Art.8.pdf)
- Jaramillo, J. (1999). Rehabilitación Oral “Prostodoncia.” *Fundación Clínica Valle Del Lili*, 41, 4.
- Johansson, A. A. A., Nyström, C. K. E., & English. (2010). *Prosthetic rehabilitation of partially dentate or edentulous patients - SBU. SBU – Swedish Council on Health Technology Assessment.* Stockholm, Sweden. Retrieved from <http://www.sbu.se/en/Published/Yellow/Prosthetic-rehabilitation-of-partially-dentate-or-edentulous-patients/>
- Kanazawa, M., Tanoue, M., Miyayasu, A., Takeshita, S., Sato, D., Asami, M., ... Feine, J. (2018). The patient general satisfaction of mandibular single-implant overdentures and conventional complete dentures: Study protocol for a randomized crossover trial. *Medicine*, 97(20), e10721. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000010721>
- Lajes Ugarte, M., López Aúcar, J., Cardoso, I., Díaz Gómez, S. (2014). Influence of prosthetic rehabilitation in the patients' life quality. *Humanidades Médicas*, 14(3), 615–628.
- León, S., Cavicchioli, D., Correa-Beltrán, G., Giacaman, R. (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>
- Llanos Navarrete, F. (2014). *Asociación de la satisfacción con la calidad de vida relacionada con la salud oral, respecto a la rehabilitación protésica, convencional e implantoasistida, en adultos mayores chilenos atendidos en el contexto de un ensayo aleatorizado*. UNIVERSIDAD DE CHILE FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.
- Lopez, R., & Baelum, V. (2006). Spanish version of the Oral Health Impact Profile ( OHIP-Sp ). *BioMed Central*, 8, 1–8. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-6-11>
- Macedo De, C., Página, P., Macedo, C., Paula, D., & Montero Martín, J. (2015). Calidad de vida oral y habilidad masticatoria en implanto-prótesis, 128.
- Manuel, J., & Valiño, C. (2017). *Estudio de la calidad de vida de pacientes edéntulos totales inferiores en Galicia*. Universidad de Coruña.
- Mariño, R., Schofield, M., Wright, C., Calache, H., & Minichiello, V. (2008). Self-reported and clinically determined oral health status predictors for quality of life in dentate older migrant adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36(1), 85–94. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2007.00378.x>
- Marques, F. P., Tôrres, L. H. do N., Bidinotto, A. B., Hilgert, J. B., Hugo, F. N., & De Marchi, R. J. (2017). Incidence and predictors of edentulism among south Brazilian older adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 45(2), 160–167. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12274>
- Melo, A. De, Carvalho, B., Barros, N., & Neta, D. (2015). Bruxismo e qualidade de vida em escolares de 11 a 14 anos Bruxism and quality of life in schoolchildren aged 11 to 14. *Ciência & Saúde Coletiva*, 82, 3385–3394. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.20772014>
- Meneses G., E. J. (2010). *Salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores*.
- Mesko ME, Patias R, P.-C. T. (2013). Is OHIP-EDENT similar to GOHAI when Measuring Ohrqol in Partial and Complete Denture Wearers ? *Dentistry*, 3(2), 1–5. <https://doi.org/10.4172/2161-1122.1000160>

- Montagna F, B. M. (2013). *Cerámicas, Zirconio y CAD/CAM*. (AMOLCA, Ed.) (1era ed.). Venezuela.
- Montero-Martin, J., Bravo-Pérez, M., Albaladejo-Martínez, A., Hernández-Martin, L. A., & Rosel-Gallardo, E. M. (2016). Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 14(1), 7.
- Mustafa, A. A., Raad, K., & Mustafa, N. S. (2015). Effect of proper oral rehabilitation on general health of mandibulectomy patients. *Clinical Case Reports*, 11, 907–911. <https://doi.org/10.1002/ccr3.373>
- Palomares, T., Montero, J., Rosel, E. M., Del-Castillo, R., & Rosales, J. I. (2018). Oral health-related quality of life and masticatory function after conventional prosthetic treatment: A cohort follow-up study. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 119(5), 755–763. <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2017.07.023>
- Pelayo-Ramírez Norma Rocí, D.-G. I. F. (2018). La Calidad de vida relacionada con la salud oral, la selección de alimentos y la autoestima en un adulto mayor, antes y después de su rehabilitación dental. *Revista Impacto Odontológico Federación Dental Ibero Latinoamericana*, 2(4), 203–207.
- Piedad N. Rojas-Gómez , María F. Mazzini-Torres, Romero-rojas, K. (2017). Loss of teeth and relation to physiological factors and psycho-economic partner. *Dominio de Las Ciencias*, 3, 702–718.
- Pifarré, S., & Sueli, M. M. (2001). La función masticatoria en el anciano.
- Pommer, B. (2015). Use of the Oral Health Impact Profile (OHIP) in clinical oral implant research. *Journal of Dental, Oral and Craniofacial Epidemiology*, 1 No. 3.(April 2013), 3–10.
- Renner-sitar, K., Petričević, N., Čelebić, A., & Marion, L. (2018). Psychometric Properties of Croatian and Slovenian Short Form of Oral Health Impact Profile Questionnaires Psychometric Properties of Croatian and Slovenian Short Form of Oral Health Impact Profile Questionnaires. *Croatian Medical Journal*, 49(May 2014), 536–544. <https://doi.org/10.3325/cmj.2008.4.536>
- Rodríguez, M., Arpajón, Y., & Herrera, I. (2016). Autopercepción de salud bucal

en adultos mayores portadores de prótesis estomatológica. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 51–63. Retrieved from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2016000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100007)

- Sáez-Prado, B., Haya-Fernández, M. C., & Sanz-García, M. T. (2016). Oral health and quality of life in the municipal senior citizen's social clubs for people over 65 of Valencia, Spain. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, 21(6), e672–e678. <https://doi.org/10.4317/medoral.21305>
- Santos, C. M. Oliveira, B. H. Nadanovsky, P. J. B. Hilgert, R. K. C. and F. N. H. (2013). The Oral Health Impact Profile-14: A unidimensional scale? The Oral Health Impact Profile-14: a unidimensional scale? Oral Health Impact Profile-14: uma escala Oral Health Impact Profile-14: ¿una escala. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 4(May 2014), 749–757. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400012>
- Sepúlveda-correa, D., Giraldo-ramírez, O., & Agudelo-suárez, A. A. (2013). Oral health related quality of life in older adults assisting “ IPS Universitaria ” of Medellin and associated factors Artículos Artículos. *Revista CES Odontología*, 26(1), 10–23.
- Slade, G. D. (1997). Concepts of Oral Health, Disease and the Quality of Life. *Measuring Oral Health and Quality of Life*, 172.
- Slade, G. D., Sc, B. D., & Ph, D. (1997). THE ORAL HEALTH IMPACT PROFILE. *Oral Impacts on Daily Performances*, (Department of Dental Ecology, University of North Carolina), 7450–7599.
- 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\\_article3idental7.2.pdf](http://www.ulacit.ac.cr/files/revista/articulos/esp/resumen/111_article3idental7.2.pdf)
- Van der Bilt, A. (2011). Assessment of mastication with implications for oral rehabilitation: A review. *Journal of Oral Rehabilitation*, 38(10), 754–780. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2010.02197.x>

- Vasconcellos, C. De, Maia, R., Medeiros, F., Id, M., & Id, D. N. (2018). The impact of oral health on quality of life of urban and riverine populations of the Amazon : A multilevel analysis. *PLoS ONE*, *13*, 1–11.
- Velasco Ortega, E., García Méndez, A., Segura Egea, J. J., Medel Soteras, R., & López Frías, J. (2010). La carga funcional inmediata con implantes en pacientes edéntulos mandibulares: Técnica de Maló. *Avances En Periodoncia e Implantología Oral*, *18*(3), 127–134. <https://doi.org/10.4321/s1699-65852006000300002>
- Wickert, M., John, M. T., Schierz, O., Hirsch, C., Aarabi, G., Daniel, R., ... Sensitivity, R. (2014). Sensitivity to change of oral and general health-related quality of life during prosthodontic treatment. *Eur J Oral Sci*, *122*(10), 70–77. <https://doi.org/10.1111/eos.12104>
- Wöstmann, B., Michel, K., Brinkert, B., Melchheier-Weskott, A., Rehmann, P., & Balkenhol, M. (2008). Influence of denture improvement on the nutritional status and quality of life of geriatric patients. *Journal of Dentistry*, *36*(10), 816–821. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2008.05.017>
- Yang, S., Park, Y., Han, K., Min, J., Kim, S., Yang, S., ... Kim, S. (2016). Dental pain related to quality of life and mental health in South Korean adults Dental pain related to quality of life and mental health in South Korean adults, *8506*(April). <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1098781>
- Zucoloto, M., Alvares, J., & Bonini, D. (2014). Psychometric Properties of the Oral Health Impact Profile and new Methodological Approach AbstrAct. *Journal of Dental Research*, *93*(April), 645–650. <https://doi.org/10.1177/0022034514533798>
- Zucoloto, M. L., Maroco, J., Alvares, J., & Bonini, D. (2016). Impact of oral health on health-related quality of life : a cross-sectional study. *BMC Oral Health*, *16*, 2–7. <https://doi.org/10.1186/s12903-016-0211-2>



## **ANEXOS**

## **Anexo # 1.**

## **Anexo # 2. Consentimiento informado**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

## **Anexo # 3. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**

**Responsables:** Dra. Alexandra Mena

**Denisse Alejandra Padilla Yánez**

**Institución:** Universidad de las Américas

Posgrado de Rehabilitación Oral

**Teléfono:** +593 (2) 3981000 ext. 852

098 7591344

**Email:** [ap.mena@udlanet.ec](mailto:ap.mena@udlanet.ec)

[dapadilla@udlanet.ec](mailto:dapadilla@udlanet.ec)

**Título del proyecto :** “EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN CON PRÓTESIS FIJA EN EL SECTOR ANTERIOR, EN LA CLÍNICA DE POSGRADO DE LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS, 2017-2019”.

### **Invitación a participar:**

Está usted invitado a participar como paciente voluntario en la encuesta “evaluación de la calidad de vida en pacientes sometidos a tratamientos de rehabilitación con prótesis fija en el sector anterior, en la clínica de posgrado de la Universidad de las Américas, 2016-2017”.

### **PROPÓSITO**

Evaluar la calidad de vida en pacientes sometidos a tratamientos de rehabilitación con prótesis fija en el sector anterior, atendidos en la especialidad médica de rehabilitación oral en la clínica de la Universidad de las Américas, 2016-2017.

### **PROCEDIMIENTOS**

Se comenzará recabando los datos socio-demográficos, para posteriormente iniciar la lectura del cuestionario. Tras la lectura de cada pregunta, el paciente escogerá libremente entre cinco opciones, conforme a la escala Likert: Nunca= 0, Casi Nunca= 1, Algunas veces= 2, Frecuentemente= 3, Siempre= 4. El instrumento se aplicará de manera directa o vía telefónica.

### **RIESGOS**

---

Nombre del Paciente

---

Firma del Paciente

---

Fecha

---

Usted debe entender que los riesgos que corre con su participación en este curso, son nulos; ya que las preguntas corresponden al resultado posterior a la aplicación del tratamiento de Rehabilitación Oral recibido.

### **BENEFICIOS Y COMPENSACIONES**

Usted debe saber que su participación como paciente voluntario en la investigación, no le proporcionará ningún beneficio inmediato ni directo, no recibirá ninguna compensación monetaria por su participación. Sin embargo, tampoco incurrirá en ningún gasto.

### **CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE INFORMACIÓN**

Usted debe entender que todos sus datos generales y médicos, serán resguardados por la Facultad de Odontología de la UDLA, en dónde se mantendrán en estricta confidencialidad y nunca serán compartidos con terceros. Su información, se utilizará únicamente para realizar evaluaciones, usted no será jamás identificado por nombre. Los datos no serán utilizados para ningún otro propósito.

### **RENUNCIA**

Usted debe saber que su participación en esta encuesta es totalmente voluntaria y que puede decidir no participar si así lo desea, sin que ello represente perjuicio alguno para su atención odontológica presente o futura en la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas.

### **DERECHOS**

Usted tiene el derecho de hacer preguntas y de que sus preguntas le sean contestadas a su plena satisfacción. Puede hacer sus preguntas en este momento antes de firmar el presente documento o en cualquier momento en el futuro. Si desea mayores informes sobre su participación en esta encuesta, puede contactar escribiendo a la dirección de correo electrónico o llamando a los números telefónicos que se encuentran en la primera página de este documento.

Al firmar en los espacios provistos a continuación, y poner sus iniciales en la parte inferior de las páginas anteriores, usted constata que ha leído y entendido la información proporcionada en este documento y que está de acuerdo en participar como paciente voluntario en la encuesta. Al terminar su participación, recibirá una copia firmada de este documento.

### **ACUERDO**

**Anexo # 4. Datos personales e Instrumento utilizado****ENCUESTA SOBRE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES**

<b>1</b>	<b>NOMBRE:</b>
<b>2</b>	<b>EDAD:</b>
<b>3</b>	<b>SEXO:</b>
<b>4</b>	<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN:</b>

SOMETIDOS A TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN ORAL CON PRÓTESIS FIJA EN EL SECTOR ANTERIOR, EN LA CLÍNICA DE POSGRADO DE LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS, 2017-2019.

PREGUNTAS		Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Frecuentemente	Siempre
<b>5</b>	¿Ha sentido que su aliento se ha deteriorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
<b>6</b>	¿Ha sentido que su digestión ha empeorado por problemas con sus dientes boca o prótesis?					
<b>7</b>	¿Ha tenido dientes sensibles, por ejemplo debido alimentos o líquidos fríos?					
<b>8</b>	¿Ha sentido dolor de dientes?					
<b>9</b>	¿Los problemas dentales lo han hecho sentir totalmente infeliz?					
<b>10</b>	¿Se ha sentido inconforme con la apariencia de sus dientes, boca o prótesis?					
<b>11</b>	¿Ha sido poco clara la forma en que usted habla por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
<b>12</b>	¿La gente ha malentendido alguna de sus palabras, por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
<b>13</b>	¿Su sueño ha sido interrumpido por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					

<b>14</b>	¿Ha estado molesto o irritado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
<b>15</b>	¿Ha sido menos tolerante con su pareja o su familia por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
<b>16</b>	¿Ha tenido dificultades haciendo su trabajo habitual por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
<b>17</b>	¿Ha sido totalmente incapaz de funcionar por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
<b>18</b>	¿Ha sido incapaz de trabajar a su capacidad total por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
<b>19</b>	¿Ha sentido usted que su sonrisa mejoró después del tratamiento de RO?					
<b>20</b>	¿Ha notado usted que sus dientes mejoraron tras la aplicación del tratamiento de RO?					
<b>21</b>	¿Ha evitado sonreír después de la aplicación del tratamiento?					
<b>22</b>	¿Se siente avergonzado de sus dientes o sonrisa después del tratamiento?					

-----  
ENCUESTADO

-----  
ENCUESTADOR

**Anexo # 3:**  
**Cuestionario OHIP-14**

Recomendaciones: Debe establecer desde un inicio al entrevistado que las preguntas serán en relación a cómo se sintió en el último año (12 meses). Marque con una cruz la alternativa de la respuesta que el encuestado prefiera. Para obtener una calificación por medio del método aditivo se sumará el código de cada respuesta para obtener una calificación para cada dimensión y para el instrumento completo (0- 56), implicando que la mayor calificación representará el mayor efecto de los trastornos bucodentales en la calidad de vida del entrevistado. Las preguntas sin respuesta se codificarán como valor de “cero”.

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

Nunca= 0, Casi Nunca= 1, Algunas veces= 2, Frecuentemente= 3, Siempre= 4.  
León et al.: Validation of the Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14Sp) in elderly Chileans. (BMC Oral Health 2014 14:95.)

## Anexo # 5. GOHAI

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

(Reissmann, D. y Remmler, A. , 2012)

### Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHA)

	NUNCA Nº (%)	RARA VEZ Nº (%)	A VECES Nº (%)	A MENUDO Nº (%)	MUY A MENUDO Nº (%)	SIEMPRE Nº (%)
<b>FUNCIÓN FÍSICA</b>						
¿Limitó la clase o cantidad de alimentos debido a problemas con sus dientes o prótesis dentales?	3 (2,5)	4 (3,3)	9 (7,5)	34 (28,3)	49 (40,8)	21 (17,5)
¿Pudo tragar cómodamente?	5 (4,1)	76 (63,3)	29 (24,1)	6 (5,0)	1 (0,8)	3 (2,5)
¿Sus dientes o prótesis dentales le impidieron hablar del modo que usted quería?	3 (2,5)	4 (3,3)	22 (18,3)	42 (35,0)	36 (30,0)	13 (10,8)
¿Pudo comer lo que usted quería sin sentir molestias de sus dientes o prótesis dentales?	8 (6,6)	75 (62,5)	27 (22,5)	3 (2,5)	6 (5,0)	1 (0,8)
<b>FUNCIÓN PSICOSOCIAL</b>						
¿Evitó estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes o prótesis dentales?	6 (5,0)	9 (7,5)	14 (11,6)	43 (35,8)	43 (35,8)	5 (4,1)
¿Se sintió satisfecho o contento con la apariencia de sus dientes, encías o prótesis dentales?	12 (10,0)	46 (38,3)	11 (9,1)	29 (24,1)	14 (11,6)	8 (6,6)
¿Se preocupó o intranquilizó por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	0 (0,0)	3 (2,5)	8 (6,6)	31 (25,8)	51 (42,5)	27 (22,5)
¿Se sintió nervioso o consiente debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	2 (1,6)	2 (1,6)	10 (8,3)	29 (24,1)	48 (40,0)	29 (24,1)
¿Se sintió incómodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	5 (4,1)	3 (2,5)	11 (9,1)	32 (26,6)	53 (44,1)	16 (13,3)
¿Evitó reírse o sonreírse debido a que sus dientes o prótesis dentales eran antiestéticos?	3 (2,5)	5 (4,1)	10 (8,3)	35 (29,1)	46 (38,3)	21 (17,5)
<b>FUNCIÓN DOLOR</b>						
¿Ha tenido dolor o molestias alrededor de la boca?	0 (0,0)	1 (0,8)	4 (3,3)	50 (41,6)	42 (35,0)	23 (19,1)
¿Sintió sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces?	0 (0,0)	1 (0,8)	9 (7,5)	51 (42,5)	33 (27,5)	26 (21,6)

(Dable et al., 2013)



## Anexo # 6. OHIP-49

**Table 1.** The 49 items of the Oral Health Impact Profile (OHIP) organized into 7 subscales

### **Functional limitation**

- Have you had difficulty chewing any foods because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- Have you had trouble pronouncing any words because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- Have you noticed a tooth which doesn't look right?
- Have you felt that your appearance has been affected because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- Have you felt that your breath has been stale because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- Have you felt that your sense of taste has worsened because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- Have you had food catching in your teeth or dentures?
- Have you felt that your digestion has worsened because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- Have you felt that your dentures have not been fitting properly?

### **Physical pain**

- Have you had painful aching in your mouth?
- Have you had a sore jaw?
- Have you had headaches because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- Have you had sensitive teeth, for example, due to hot or cold foods or drinks?
- Have you had toothache?
- Have you had painful gums?
- Have you found it uncomfortable to eat any foods because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- Have you had sore spots in your mouth?
- Have you had uncomfortable dentures?
- Psychological discomfort
- Have you been worried by dental problems?
- Have you been self conscious because of your teeth, mouth or dentures?
- Have dental problems made you miserable?
- Have you felt uncomfortable about the appearance of your teeth, mouth or dentures?
- Have you felt tense because of problems with your teeth, mouth or dentures?

### **Physical disability**

- Has your speech been unclear because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- Have people misunderstood some of your words because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- Have you felt that there has been less flavour in your food because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- Have you been unable to brush your teeth properly because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- Have you had to avoid eating some foods because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- Has your diet been unsatisfactory because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- Have you been unable to eat with your dentures because of problems with them?
- Have you avoided smiling because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- Have you had to interrupt meals because of problems with your teeth, mouth or dentures?

**Psychological disability**

- Has your sleep been interrupted because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- Have you been upset because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- Have you found it difficult to relax because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- Have you felt depressed because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- Has your concentration been affected because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- Have you been a bit embarrassed because of problems with your teeth, mouth or dentures?

**Social disability**

- Have you avoided going out because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- Have you been less tolerant of your spouse or family because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- Have you had trouble getting on with other people because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- Have you been a bit irritable with other people because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- Have you had difficulty doing your usual jobs because of problems with your teeth, mouth or dentures?

**Handicap**

- Have you felt that your general health has worsened because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- Have you suffered any financial loss because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- Have you been unable to enjoy other people's company as much because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- Have you felt that life in general was less satisfying because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- Have you been totally unable to function because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- Have you been unable to work to your full capacity because of problems with your teeth, mouth or dentures?



(Pommer, 2015)

## OHIP-EDENT

OHIP-EDENT																				
Functional limitation			Physical pain				Psychological discomfort		Physical disability			Psychological disability		Social disability			Handicap			
Difficult chewing	Food catching	Dentures not fitting	Painful aching	Uncomfortable to eat	Sore spots	Uncomfortable dentures	Worried	Self-conscious	Avoids eating	Interrupts meals	Unable to eat	Upset	Has been embarrassed	Avoids going out	Less tolerant of others	Irritable with others	Unable to enjoy company	Life unsatisfying	PERCENTAGES	
31	16	31	51	39	51	39	46	61	45	58	53	59	68	70	73	71	67	66	70.8	Never and seldom
19	14	15	8	12	10	10	15	9	16	4	11	12	5	3	0	2	6	5	12.5	Sometimes
3	5	8	6	8	4	6	3	0	3	3	4	1	0	0	1	1	0	0	4.0	Often
21	39	20	9	15	9	19	10	4	10	9	6	2	1	1	0	0	1	3	12.7	Always

(Mesko ME, Patias R, 2013)

## Anexo # 7. OHIP-ESTÉTICO

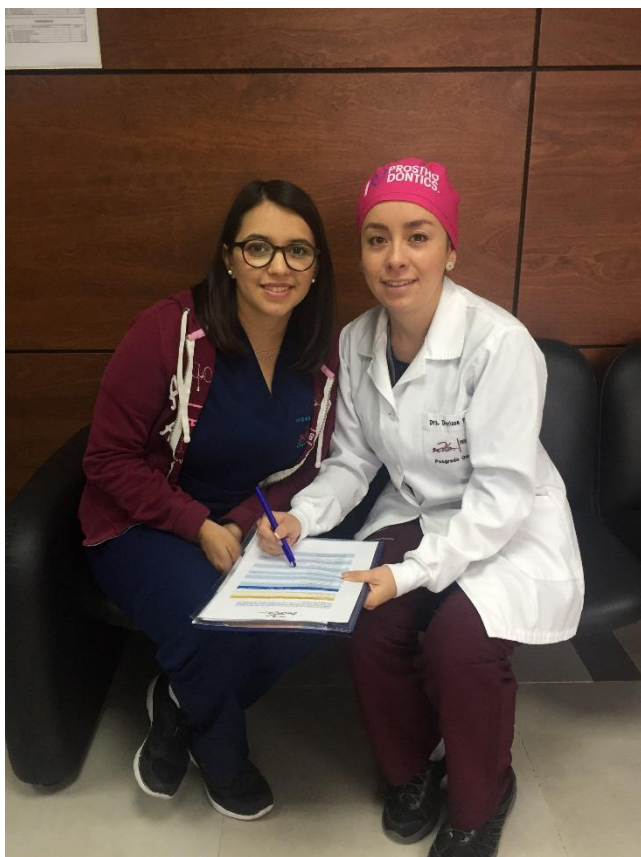
### CUESTIONARIO OHIP-ESTÉTICO

MARQUE CON UNA CRUZ LA ALTERNATIVA DE RESPUESTA QUE PREFIERA

1. ¿Ha notado usted que un diente no se ve bien?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
2. ¿Ha sentido usted que su apariencia ha sido afectada por problemas con sus dientes?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
3. ¿Ha tenido usted dientes sensibles, por ejemplo debido a calor o alimentos o líquidos fríos?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
4. ¿Ha tenido usted áreas dolorosas en su boca?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
5. ¿Ha sido consciente de usted mismo/a por sus dientes?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
6. ¿Ha sentido usted incomodidad por la apariencia de sus dientes?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
7. ¿Ha sentido usted que hay menos sabor en sus alimentos por problemas con sus dientes?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
8. ¿Ha evitado usted sonreír por problemas con sus dientes?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
9. ¿Ha encontrado difícil relajarse por problemas con sus dientes?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
10. ¿Ha estado usted un poco avergonzado por problemas con sus dientes?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
11. ¿Ha sido usted menos tolerante con su pareja o familia por problemas con sus dientes?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
12. ¿Ha tenido usted dificultades haciendo su trabajo habitual por problemas con sus dientes?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
13. ¿Ha sido incapaz de disfrutar mucho la compañía de otra gente por problemas con sus dientes?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
14. ¿Ha sentido usted que la vida en general fue menos satisfactoria por problemas con sus dientes?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre

(Mesko ME, Patias R, 2013)

**Anexo # 8. Serie de fotos durante la encuesta**





## Anexo # 9. Solicitud de permisos de ingreso a las Clínicas Odontológicas de la UDLA

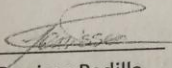
Quito, 31 de octubre del 2018

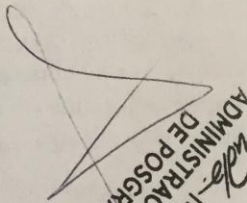
Doctora  
Ruth Esther Recalde Enríquez  
DIRECTORA DEL POSGRADO DE REHABILITACIÓN ORAL  
Presente. -

Yo Denisse Alejandra Padilla Yánez con CI: 171916045-7 y matrícula 724876, curso el cuarto semestre del posgrado de Rehabilitación Oral; solicito a su persona que me autorice revisar las historias clínicas de la primera promoción, para poder realizar la investigación para mi trabajo de titulación "EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN CON PRÓTESIS FIJA EN EL SECTOR ANTERIOR, EN LA CLÍNICA DE POSGRADO DE LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS, 2016-2017"

Agradezco de antemano por su colaboración.

Atentamente,

  
Denisse Padilla  
171916045-7

  
ADMINISTRACIÓN CLÍNICA  
DE POSGRADOS  
UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

