



Universidad
Nacional
de Córdoba



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESCUELA DE POSGRADO

**“GERONTOLOGÍA: PERFIL DEL IMPACTO DE LA SALUD
EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES
DEL I.N.N.S.J.P. EN LA CIUDAD DE CÓRDOBA”**

TESISTA:

OD. CRISTÍAN BAGLINI

DIRECTOR:

PROF. DR. HÉCTOR DAVID MARTÍNEZ

CÓRDOBA, 2019



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Escuela de Posgrado

Trabajo de Tesis para optar a título de Doctor en Odontología

**GERODONTOLOGÍA: PERFIL DE IMPACTO DE LA SALUD
BUCAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS
MAYORES DEL I.N.S.S.J.P. EN LA CIUDAD DE CÓRDOBA**

Autor: Od. Cristian BAGLINI

Director: Dr. Héctor David MARTINEZ

Córdoba, Abril de 2019

Comisión de Seguimiento de tesis:

Dra. Carolina Isla

Dra. Patricia Scherman

Dr. Héctor David Martínez

Jurado:

Dra. Carolina Isla

Dra. Patricia Scherman

Dra. Sofía de los Milagros Ali

DEDICATORIA

A Faustino y Lourdes, el futuro.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba, a todos los ciudadanos de la República Argentina que sostienen ésta institución dedicada a la educación y formación.

A mi familia, por el apoyo, a los Doctores David Martínez, Carolina Islas, Patricia Scherman y Daniel Ojea.

Esta tesis doctoral ha sido posible gracias a la colaboración de los jubilados y pensionados del PAMI de la Ciudad de Córdoba, sucursal San Vicente y a la energía de mis queridos estudiantes.

CERTIFICADO DEL COMITÉ DE ÉTICA

INDICE

ABREVIATURAS	7
RESUMEN y ABSTRACT	8
INTRODUCCION	10
MARCO TEORICO	
Envejecimiento y Vejez	13
Calidad de Vida	14
Odontología y Envejecimiento	16
Políticas públicas y Salud Oral	17
Calidad de Vida desde la Salud Oral	20
OBJETIVOS	26
MATERIALES Y MÉTODOS	
Diseño	27
Participantes	27
Recolección de datos	27
Análisis de datos	29
RESULTADOS	
Servicios de salud	32
Salud Bucal	34
Dimensiones del perfil de impacto de la Salud Oral	38
Calidad de Vida y Salud Oral	53
Análisis de indicadores socio-demográficos	56
Análisis de indicadores de servicios y cuidados	60
Análisis de indicadores cognitivos y actitudinales	63
DISCUSION	66
CONCLUSION	80
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	82
ANEXOS	88

ABREVIATURAS

AM: adultos mayores

CV: calidad de vida

CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud

CVRSO: Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral

INSSJP: Instituto Nacional de Servicio Social para Jubilados y Pensionados

OHIP: *Oral HealthImpactProfile*, nombre original de la escala de medición del Perfil de impacto de la Salud Oral en la calidad de vida

OMS: Organización Mundial de la Salud

PGISO: Perfil Global de Impacto de la Salud Oral

RESUMEN

Diferentes esfuerzos internacionales se han conducido para mejorar la calidad de vida en los adultos mayores, incluyendo los asociados a la salud bucal. Siendo aún escasa la investigación local sobre aquella, en especial la percepción subjetiva de la salud bucal, el objetivo general de este estudio fue analizar el perfil de impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores que concurren al INSSJP del barrio San Vicente de la ciudad de Córdoba. Se recolectaron datos con 158 pacientes de ambos sexos, de 60 o más años de edad, jubilados y pensionados. Se aplicó una entrevista estructurada que incluyó el OHIP-49 para indagar la Calidad de Vida. Los resultados indican que las mujeres, las personas solas, los de mayor edad y los pensionados perciben mayor impacto de la salud bucal en su CV. El uso de prótesis aparece como el factor de mayor impacto en la dimensión físico-biológica, no encontrándose impacto significativo en las dimensiones psicológica y social. Se destaca la importancia de implementar políticas de salud oral específicas para el grupo etario estudiado.

Estas reflexiones que ciñen el trabajo que aquí presento permiten, sin salir del contexto al que estoy obligado, agregar algunas consideraciones marginales pero universales. Todos queremos vivir muchos años lo cual, inexorablemente, implica a la vejez y sus vicisitudes, más allá de quejumbrosos y comprensibles reproches. Lo ideal y posible – valga el probable oxímoron- sería desmentir la sentencia de un sincero epicúreo como Balzac: “El anciano es un hombre que ya ha comido y observa cómo comen los demás”.

ABSTRACT

The population aging process is a global phenomenon due to the increase in life expectancy and the decrease in the fertility rate, which means that the proportion of people over 65 years of age increases exponentially in all countries. Although this phenomenon can be considered an advance in matters of public health policies, this situation poses social and economic challenges for national policymakers. In virtue of this, the present investigation has as a goal to promote a dental care that considers as pillars the subjective aspects of the quality of life of the elderly adult patient, especially the subjective perception of his oral health, for that reason, the general objective of this work is to analyze the Profile of impact of the Oral Health in the Quality of the greater adults who concur to the National Institute of Social Security of Retirees and Pensioners of Neighborhood San Vicente of the City of Córdoba.

These reflections that surround the work presented here allow, without leaving the context to which I am obliged, to add some marginal but universal considerations. We all want to live for many years which, inexorably, implies old age and its vicissitudes, beyond plaintive and understandable reproaches. The ideal and possible -value the probable oxymoron- would be to deny the sentence of a sincere Epicurean like Balzac: "The old man is a man who has already eaten and observes how others eat".

INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento poblacional es un fenómeno global producto del aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad, lo cual produce que la proporción de personas mayores de 65 años aumente exponencialmente en todos los países. Si bien, este fenómeno puede considerarse un avance en materia de políticas de salud pública, esta situación plantea desafíos en materia social y económica para los hacedores de políticas nacionales (1).

Diferentes esfuerzos internacionales se han conducido para mejorar la calidad de vida en los adultos mayores (en adelante, AM). Por ejemplo, el “Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento” coordinado por la Organización Mundial de la Salud (2), ha destacado tres líneas de acción que los organismos gubernamentales debieran fomentar con el fin de contribuir a un proceso de envejecimiento y vejez digna, a saber, participación, salud/bienestar, y creación de entornos propicios (físicos y sociales). La participación destaca la posibilidad de vivir y envejecer con seguridad y dignidad, ejerciendo en la sociedad su rol como ciudadanos con plenos derechos, acceso a una educación permanente, trabajo y seguridad social, entre otros. El segundo remite tanto el cuidado, la promoción y la protección de la salud, como al acceso a una nutrición y alimentos adecuados. Asimismo, estos factores mencionados necesitan para su consecución sociedades inclusivas y cohesionadas, aspectos que se manifiestan en áreas como la vivienda, el transporte, la eliminación de todas las formas de abandono, abuso y violencia contra los AM, y la superación de imágenes estereotipadas acerca del envejecimiento y la vejez (3).

Entre las diferentes líneas y programas de acción destinados al mejoramiento de la calidad de vida en AM, la salud bucal constituye un área escasamente reconocida y valorada. Como mencionan Bellamy Ortiz y Moreno Altamirano (4), estos autores han destacado el importante rol que posee la boca en aspectos socio-culturales (por ejemplo, hablar y sonreír); no obstante, gran parte de los estudios se han centrado en la función de masticación, deglución, y digestión, aspecto que explicaría la proliferación de investigaciones y programas vinculados estrictamente a la alimentación (5, 6).

Para contrarrestar esta tendencia, y mediante la introducción de una serie de conceptos de la calidad de vida en la salud oral, se ha originado una perspectiva integral que

considera a la salud bucodental como “el bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado de la dentición, así como de tejidos duros y blandos de la cavidad bucal”(6), dejando de lado las funciones estrictamente vinculadas a la alimentación e incorporando variables psicológicas (sensación de bienestar y comodidad, por ejemplo) y sociales (interacción entre grupo de pares, por ejemplo).

López G. *et al*, han enfatizado que los trabajos basados en el campo de la calidad de vida relacionada a la salud oral han puesto en evidencia la deficiencia de la salud bucal en los AM, debido a que ésta es considerada por los mismos como una parte natural del proceso de envejecimiento, y no como una consecuencia del mal cuidado y atención. Además, desde la perspectiva de los AM se destaca que, a raíz de que la salud oral no pone en riesgo sus vidas, la falta de cuidado bucal responde a la percepción subjetiva de gozar de buena salud oral, aun cuando esto contradiga la valoración realizada por el profesional odontólogo (7). Esta situación pone de relieve la necesidad de considerar la perspectiva subjetiva de los AM en relación a su salud oral.

Como muestran Sánchez *et al*, en un trabajo destinado a evaluar la presencia de enfermedades bucodentales en AM, se observó que los hábitos nocivos como la deficiente higiene bucal, la disfunción masticatoria y las caries, constituyen los factores de riesgo más comunes en este grupo etario (8). En adición a ello, Misrachiy Espinoza (9) han evidenciado que las enfermedades bucodentales presentaron relaciones negativas entre las enfermedades bucodentales, vínculos interpersonales, oportunidades de trabajo, y limitaciones vinculadas a la gama de alimentos consumibles, aspectos que se traducen en una ingesta deficiente, pérdida de la autoestima, comunicación con los demás y alteraciones en la fonación (5).

Si bien existen estudios destinados a evaluar la prevalencia de enfermedades bucodentales en nuestro contexto (10,11, 12), las características de los trabajos son diversas, no estando específicamente dirigidos a AM (10, 11), o vinculados estrictamente a prácticas específicas como el cuidado de prótesis dental removible (12). Aun así puede señalarse, a nivel local (10, 12), que es frecuente que los AM asistan al odontólogo con varias piezas dentarias perdidas, obturaciones en mal estado y caries, debido a la acumulación de daño en su salud bucal durante los años previos producto de la escasa cobertura de la atención odontológica, especialmente entre los adultos que se atienden en el sistema público de salud. A su vez, entre los AM que han podido acceder a una atención odontológica, la prestación en general es de tipo rehabilitadora, siendo

frecuente que los pacientes adultos lleguen sin ninguna pieza dentaria y, peor aún, sin los aparatos protésicos rehabilitadores debido a la ausencia de rebordes que permitan afirmar una prótesis. Como menciona Isla, C. (12), lo más frecuente es encontrar pacientes desdentados parciales, que traen las prótesis en mal estado y pacientes desdentados totales, que por lo general vienen rehabilitados con prótesis totales, con buena apariencia estética de su prótesis superior, y una prótesis mandibular que generalmente no pueden usar.

Esta situación muestra que, al enfocarse la atención dental en la rehabilitación de la funcionalidad de la cavidad oral, se dejan de lado la satisfacción y la autopercepción de la salud oral de cada paciente. Por lo mismo, en este trabajo se desplaza el interés desde la perspectiva centrada en la atención de los problemas odontológicos de las personas mayores cuyo estado físico esté significativamente influenciado por procesos degenerativos y/o enfermedades asociadas al proceso de envejecimiento (odontología geriátrica) hacia un aspecto de la prevención psicosocial de los problemas bucales de los AM, atendiendo tanto a personas sanas como enfermas, con la finalidad de lograr tanto la salud como el bienestar bucodental (gerodontología).

En virtud de ello, considerando la escasa bibliografía existente respecto a la promoción de la atención odontológica centrada en los aspectos subjetivos de la calidad de vida del paciente AM, en especial la percepción subjetiva de su salud bucal, el objetivo de este trabajo consiste en analizar el perfil de impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores que concurren al INSSJP del barrio San Vicente de la ciudad de Córdoba.

MARCO TEÓRICO

Envejecimiento y Vejez

El abordaje de las problemáticas vinculadas a los AM, sean estas destinadas a mejorar la calidad de vida en general o dirigidas a prácticas específicas como la salud oral (o bucal), deben basarse en la consideración y distinción de dos conceptos claves, a saber; envejecimiento y vejez. El primero refiere a un proceso universal, continuo y progresivo, que conduce al deterioro, el agotamiento y la muerte de los organismos biológicos; la vejez, en cambio, es un concepto social que difiere según las distintas culturas y épocas (13). En otras palabras, mientras que el envejecimiento es un proceso continuo que inicia desde el nacimiento, paralelo al de evolución y desarrollo, la vejez es un estado que se alcanza cuando se cumplen determinados parámetros y condiciones definidas por cada una de las sociedades y las culturas en su devenir histórico, y que llevan, por ejemplo, a la existencia de estereotipos que asocian la vejez con la pasividad, el aislamiento, el deterioro y las enfermedades (14).

Si bien el proceso de envejecimiento afecta a diferentes áreas del individuo, los deterioros biológicos y cognitivos son dos de las áreas más destacadas por su impacto en la vida cotidiana de los AM (15). En cuanto al primero, el envejecimiento es un proceso que afecta de manera desigual a cada órgano del cuerpo; esto implica que no existe una correlación lineal entre la edad cronológica y la edad biológica. Este fenómeno se ejemplifica en aquellos AM con un mayor desgaste físico, pero con una adecuada lucidez y productividad. Respecto al segundo, la función cognitiva es el resultado del funcionamiento global de la percepción, atención, habilidad viso-espacial, orientación, memoria, lenguaje y cálculo, algunos de los cuales sufren distintos grados de deterioro con el envejecimiento (2).

López G. *et al* (7) destacan cinco diferentes causas de pérdida de salud bucal en los AM, por ejemplo:

a) El tratamiento dental pasa a segundo término, ya que consideran como prioridad la atención de las enfermedades más frecuentes (por ejemplo, diabetes, hipertensión, artritis y artrosis), aspecto que provoca que pocas personas conserven todos sus dientes hasta la edad avanzada.

b) El cuidado dental inadecuado, es decir, pobre higiene dental debido al poco o mal cepillado, ausencia de limpieza con hilo dental, entre otros.

c) Falta de revisiones periódicas con el odontólogo, con el fin de prevenir enfermedades bucales evitando tratamientos de rehabilitación especializados y por lo tanto, algo costosos.

d) Rechazo ante la consulta dental debido al temor a las maniobras dentales, al proceso de adaptación a las prótesis o el rechazo a cambiar las que se tiene por unas nuevas, tanto por el costo económico como por las molestas que ello implica.

e) Enfermedades propias de la boca: caries dental y enfermedad periodontal.

González Ramos *et al* (16) destacan que existen factores determinantes médicos y no médicos que impactan en la salud oral de los AM. Entre los primeros incluyen las características biológicas y genéticas, así como los servicios y recursos humanos en salud bucal acorde a políticas públicas de salud. En relación con los determinantes no médicos, las condiciones socioculturales aparecen como las relevantes, incluyendo los ingresos y los niveles educativos, que a su vez inciden en la alimentación y el autocuidado. Remarcan también que las enfermedades bucales de los AM no son necesariamente producidas por el envejecimiento, sino resultado del mal cuidado y del mal estado bucal de la persona a lo largo de su vida.

León y Giacaman (17) destacan que los AM presentan una gran variedad de problemas bucales tales como caries, enfermedades periodontales, pérdida dentaria, prótesis dentales no funcionales, lesiones en la mucosa oral y xerostomía, entre otros; dificultades que pueden impactar fuertemente su calidad de vida. A ello se suman otras enfermedades crónicas que pueden limitar la tolerancia de los AM a los procedimientos dentales o disminuir su capacidad neuromuscular para adaptarse a los tratamientos rehabilitadores protésicos.

Sin embargo, a pesar del carácter irreversible de los fenómenos de envejecimiento antes mencionados y de las concepciones socialmente construidas sobre la vejez, lo cierto es que la prevención y las condiciones sanitarias pueden desempeñar un rol estratégico para mantener o mejorar la calidad de vida de los AM (15).

Calidad de Vida

Diferentes conceptualizaciones se han destacado en la literatura respecto a la calidad de vida (en adelante CV). Por ejemplo, Hörnquist (18) la define como la percepción global de satisfacción, con especial énfasis en el bienestar del individuo. Borthwick-Duffy (19) propuso que el concepto de CV abarcara las condiciones de vida, la satisfacción

experimentada con tales condiciones, y diversos componentes objetivos y subjetivos atravesados por los valores, las expectativas y las aspiraciones de cada persona. Cummins (20) ha destacado que cualquier definición de CV debería incorporar y/o atender los siguientes aspectos: (a) es un constructo multidimensional, que comprende aspectos objetivos como subjetivos, (b) refleja las normas culturales de bienestar objetivo, (c) como concepto debe ser aplicable por igual a todas las personas, cualesquiera que sean sus circunstancias vitales. Por su parte, Baster Moro (21) menciona que, cuando se la define en el contexto de la vejez, la CV adquiere matices diferenciales asociados a aspectos como la seguridad económica y la inclusión social provista por redes sociales de contención y apoyo, y con ello pone énfasis en la dimensión subjetiva que debe considerarse como parte definitoria de la CV.

La OMS (2) definió a la CV como la percepción individual de la posición en la vida, en el contexto del sistema cultural y de valores, en relación con los objetivos, expectativas, normas y preocupaciones personales. Esta conceptualización muestra a la CV como un constructo dinámico, donde la dimensión subjetiva debe ser considerada. En base a ello, la OMS (20) amplió el concepto de CV y actualmente la define como la expresión de satisfacción y expectativas que tiene cada persona, siendo frecuente que la CV sea utilizada como indicador de cambio.

Asociando la CV a la salud, el concepto refiere al hecho por el cual la disfunción física, el dolor y el malestar provocan limitaciones de las conductas cotidianas, actividades sociales, bienestar psicológico y otros aspectos del día a día de los individuos (22). Esto impulsó el concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), que lleva a definirla como la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad, la aplicación de tratamientos, y las consecuencias que provoca aquella sobre su bienestar físico, emocionales y social (52).

Relacionado con ello, Lawton (22) afirma que existen tres conceptos claves: (a) el **impacto** en la calidad de vida provocado por una enfermedad o tratamiento, (b) los **efectos** de tales enfermedades o del proceso de envejecimiento, que se traducen en la disminución de la ejecución “normal” de los comportamientos, y (c) los **juicios** sobre la calidad de la propia vida, que solo pueden ser realizados por la persona implicada. Además, el autor señala que esto se asocia a cuatro áreas diferentes, a saber:

1. Calidad de vida **física**: estado de salud y calidad de vida relacionada con la salud, constituye el dominio más ligado a la biología. Dolor, síntomas, limitaciones

funcionales y función cognitiva aparecen en casi todas las listas de dimensiones físicas de la calidad de vida.

2. Calidad de vida **social**: incluye indicadores relativamente objetivos de relación con el mundo externo, por ejemplo, tamaño del entorno social, frecuencia de contactos, participación en actividades y espacio social.

3. Calidad de vida **psicológica**: se compone de los afectos posibles y de los síntomas disfóricos y necesidades personales que tienen un efecto más generalizado en la calidad de vida global.

4. Calidad de vida **percibida**: representa el análogo subjetivo de la calidad de vida social, como la calidad familiar, de los amigos, del tiempo, y la seguridad económica.

Respecto a este último tópico, la autopercepción es básica porque contribuye en la mejora por parte de los pacientes sobre las consecuencias negativas de los síntomas que presentan; este tipo de información influye en la valoración de su estado de salud y de la necesidad de recibir tratamiento. Así, varios autores rescatan que gran parte de la *percepción* de calidad de vida que tienen los AM se ve afectada por problemas físicos o presencia de enfermedad (7, 19, 23), y en este punto, la salud bucal no es una excepción.

Odontología y Envejecimiento

Una disciplina encargada de optimizar los recursos para mejorar la calidad de vida de los AM es la Gerontología, la cual implica un área multidisciplinar compuesta de diferentes saberes complementarios, como, por ejemplo; geriatría, gerontología social, biología del envejecimiento, psicología del envejecimiento, y todas aquellas disciplinas que tienen por objeto el estudio científico del envejecimiento tanto individual como social (24, 25). Esto incluye la medicina geriátrica tanto como la gerodontología.

Una disciplina desarrollada en el seno de la gerontología es la odontología geriátrica (u odontogeriatría), que surgió con la finalidad de enfocar la salud bucodental desde la Geriatría. En virtud de esto, la odontogeriatría se define como la rama de la odontología que se ocupa de los problemas odontológicos de las personas mayores, a partir de 65 años de edad, cuyo estado físico esté significativamente influenciado por procesos degenerativos y/o enfermedades asociadas al proceso de envejecimiento (26).

En cambio, la gerodontología se define como la especialidad odontológica que busca proveer el óptimo cuidado bucodental para los adultos mayores, a través de la

prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las alteraciones bucodentales inherentes al envejecimiento, así como su repercusión odontológica de las enfermedades crónicas degenerativas que se presentan en la vejez (27). Así, enfatiza la prevención psicosocial de los problemas bucales de los AM, atendiendo tanto a personas sanas como enfermas, con la finalidad de lograr el máximo de salud y bienestar bucodental (27).

Como señalan Chávez-Reátegui *et al* (27), los AM demandan cada vez más del profesional odontólogo; esto significa que deben estar preparados no solo para atender a las condiciones de salud bucal de los AM sino también tener conocimientos asociados a los aspectos médicos, psicológicos y sociales que caracterizan la vejez como etapa vital, con la finalidad de efectuar diagnósticos y planes de tratamientos adecuados. Este es el enfoque que provee la gerodontología, en tanto considera los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento, y lo hace dentro de un contexto sociocultural específico.

Esta manera de concebir la salud oral en la vejez también toma en cuenta la definición de envejecimiento activo, propuesto por la OMS (2, 25), que refiere al proceso que optimiza las oportunidades de bienestar físico, social y psicológicos durante toda la vida, con la meta de ampliar la esperanza de vida en condiciones saludables, la etapa productiva y la calidad de vida.

Políticas públicas y salud oral

Las personas adultas mayores tienen derecho a una atención integral de la salud, de acceso universal e igualitario, en un conjunto articulado y continuo de acciones y servicios públicos y privados, que garanticen la prevención, la promoción, la protección y la recuperación de la salud, incluyendo la atención especial de las dolencias que afectan preferencialmente a las personas adultas mayores.

Además, la población en general debe tener acceso a toda la información gerontológica disponible, para incrementar su conocimiento y llevar a cabo acciones de prevención y preparación para la vejez (7, 24). Esto lleva a proponer una mirada integradora, que incluya dimensiones como imagen, representaciones y conocimientos que tanto profesionales como pacientes tienen del adulto mayor y de sus necesidades en materia de atención en salud bucal, y analizar cómo ellas construyen un determinado sentido acerca de lo que es ser un AM (14).

Para ello, es preponderante fortalecer la prevención, la promoción de la salud, y los servicios de salud en virtud de lograr un mayor bienestar para los AM, utilizando para ello una mirada integral que incluya la capacitación de recursos humanos del sector, la concientización social y el desarrollo de estudios e investigaciones.

Según el Censo Nacional de 2001, la población de adultos de más de 60 años constituía un 13,4% de la población total. A propósito de ello, señalamos que siendo Argentina uno de los países más envejecidos de Latinoamérica, este proceso plantea un claro desafío al sistema de salud; como actualmente se está observando, el aumento de la población adulto-mayor redundará en una intensificación de las demandas de servicios de atención y de rehabilitación.

En nuestro medio, se desconocen políticas estatales vinculadas a la prevención de enfermedades dentales, es decir, la salud bucodental depende en gran parte de una atención odontológica adecuada, la que sólo es demandada si los problemas relacionados con la misma son efectivamente percibidos por las personas y si no existen barreras de acceso a dicha atención.

En el caso de los AM, el acceso a la atención es más complejo a diferencia de otros grupos etarios, debido a la falta de lugares especializados, el alto costo de las prácticas, las demoras en los tiempos de espera y la insatisfacción en la atención recibida (27). En este sentido, corresponde destacar la importancia de revisar, diseñar y poner en marcha políticas y acciones que superen o modifiquen los factores que impiden o dificultan un buen acceso a la atención en salud por parte de los AM.

La Declaración de Talca, de 2010 (17), rescata las líneas estratégicas para abordar la atención de los AM y las perspectivas odontológicas para los años venideros, enfatizando que el eje debe centrarse en la prevención y educación como medio para controlar eficazmente los principales trastornos orales que afectan a los adultos. La educación enfocada no sólo a los profesionales del área odontológica y a los pacientes, sino también dirigida a otros profesionales como los médicos y los psicólogos, cuyos conocimientos sobre salud oral en AM son escasos; todo esto con la finalidad de integrar a la salud bucodental como parte importante de la salud general y de la CV.

Anaya Cassou (28) destaca que los planes de estudio en México se centran en la enfermedad, privilegiando las necesidades de atención a ésta, reduciendo así el foco en la prevención y la promoción de la salud. Esta crítica supone el reconocimiento de las

deficiencias en la formación de los recursos humanos en odontología, y que las prácticas derivan del paradigma hegemónico positivista e individualizante que impregna las prácticas académicas de formación, dejando de lado una perspectiva más socio-comunitaria y preventiva de la salud pública como es el que propone la Gerodontología.

Además, la salud bucal poblacional debiera ser una prioridad de los estados y de la propia población, tal como lo plantean González Ramos *et al* (16), en muchas esferas las políticas públicas orientadas a la protección de la salud oral siguiendo siendo débiles, desintegradas y efímeras, comprometiendo así la incorporación de la salud bucal al principio de “Salud en todas las políticas” desarrollado en la Declaración de Helsinki, la cual promueve considerar todas las decisiones políticas según el impacto que posea en el bienestar de la población, favoreciendo así la equidad sanitaria (16).

Schaefer Ferreira de Mello *et al*(29) destacan cuatro premisas que atentan en contra de una atención centrada en la prevención y promoción de la salud oral de los AM, en Brasil. La primera refiere a una explosión demográfica, con la consecuente desvalorización del anciano como ser improductivo; la segunda implica una cultura de valorizar al joven y a lo nuevo, lo que refuerza lo anterior; en tercer lugar, destacan la incapacidad de los Estados para resolver los problemas básicos de la población, provocando que el AM sea cada vez más vulnerable; y finalmente, la ausencia de políticas que consideren la comprensión de la morbilidad y la fragilidad de los sistemas de apoyo formal e informal del AM, aliadas al patrón estructural de los servicios de salud, centrados en el modelo de administración de medicamentos y con los hospitales como base operativa.

Alas Guillén *et al* (30) destacan que el 100% de los AM que acuden a las clínicas intramuros de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador lo hacen con patologías previas, lo que refleja la ausencia de programas preventivos y políticas públicas en cuidados de la salud bucal específicos para adultos. Esto parece ser la norma en la región Latinoamericana, con excepción de Cuba (16).

En Argentina, la provisión de servicios de salud para el AM, los programas de prevención, promoción y tratamiento en las políticas y planificación de los servicios públicos, es escasa; la atención odontológica preventiva y curativa en la ciudad de Córdoba es claramente insuficiente. Sin embargo, no pueden desconocerse algunas acciones generales asociadas al cuidado de la salud de los AM.

A través de la Resolución 753/07 del Ministerio de Salud de la Nación, se creó el Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para Adultos Mayores. Este programa recoge muchas de las cuestiones aquí planteadas, y señala que las políticas de promoción de la salud encaradas hacia los adultos mayores constituyen acciones costo/efectivas, que pueden reducir los factores de riesgo asociados con las enfermedades crónicas, además de reducir la demanda de servicios en el futuro (31).

Al respecto, y en particular en lo que concierne a los adultos mayores, no debemos olvidarnos del compromiso asumido por Argentina en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas, realizada entre el 8 y el 12 de abril del año 2002 en la ciudad de Madrid. En ella se adoptó un Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, de la que nuestro país formó parte, por la que se hacía "un llamamiento a la acción para cambiar actitudes, políticas y prácticas relacionadas con el envejecimiento en todos los niveles y en diferentes sectores, de forma que las personas mayores permanezcan saludables, activas y productivas (53). Esto también fue motorizado en el año 2003 a través de un acuerdo alcanzado con países de América Latina en Santiago de Chile por el cual se concertaba la Estrategia Regional para la implementación de dicho plan (54). A pesar de estos importantes consensos alcanzados y al Programa Nacional detallado más arriba, es preciso fortalecer los caminos emprendidos y que se cristalicen en una normativa que tenga por objeto un sistema de protección integral del adulto mayor tendiente a asegurar su acceso a la atención de la salud bucal y propiciar la incorporación de recursos humanos que proporcionen atención especializada en geriatría y gerodontología en todos los niveles de salud.

Calidad de vida desde la Salud Oral

Es importante destacar que los aspectos vinculados a la salud bucal y la percepción, la satisfacción con el tratamiento, la autoestima, y la imagen corporal, no son homogéneos para todas las personas; esto es, la relación entre la salud oral y la CV se encuentra mediada por variables como la edad, el nivel socioeconómico y la escolaridad (8, 32).

Sin embargo, existe estrecha relación entre la salud bucal y la calidad de vida, lo que ha llevado a definir la Calidad de Vida Referida a la Salud Oral (CVRSO). La CVRSO es la percepción que tiene el individuo del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como con los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal en el desempeño de las actividades diarias, teniendo en cuenta sus circunstancias presentes y pasadas, sus

implicaciones en el cuidado, expectativas y paradigmas acorde al sistema de valores dentro del contexto sociocultural (33).

Dado que valorar la CV según el estado bucodental es altamente subjetivo, y se encuentra influenciada por la personalidad, así como por el entorno donde se vive y se desarrolla cada persona. En la literatura se han diseñado diferentes instrumentos para evaluar la CVRSO en AM, destacándose medidas como el Índice de Evaluación de Salud Oral Geriátrico/General (GOHAI por sus siglas en inglés), Salud Bucodental y Calidad de Vida (OHQoL por sus siglas en inglés), Impacto de la Salud Oral en las Actividades Diarias (OIDP por sus siglas en inglés), y Perfil de Impacto en la Salud Oral (OHIP por sus siglas en inglés), entre otros. Si bien las dimensiones evaluadas por cada uno de estos instrumentos corresponden a una base teórica particular, la relevancia de su uso permite aportar información y conocer la salud del individuo a partir de su propia percepción (5, 34, 35).

Entre los trabajos que han utilizado el OHIP, se destacan estudios de tipo observacional y experimental; a continuación se presentan algunos ejemplos de los mismos.

Aubert *et al.* (36) realizaron un estudio transversal en Chile, con 137 mayores de 14 años (51.8% población femenina, con una edad media de 42.26). Los resultados evidenciados por el OHIP-14 destacaron que el 92%, percibe que la salud oral afecta su calidad de vida, siendo levemente mayor en mujeres. Las molestias psicológicas son una manifestación en el 80.3% de los encuestados, mientras que un 76% percibe incomodidad por dolor en su boca y un 62.8% manifiesta problemas de incapacidad psicológica. Además, los autores destacaron que existe mayor impacto en la calidad de vida relacionada con salud oral a medida que aumenta la edad, es decir, por cada año de vida, el valor del OHIP-14 aumenta 0.07 (IC 95% 0,04 - 0,10).

Meusel *et al.* (37), en un estudio de corte transversal, con 100 participantes con rango de edad entre los 30-58 años, encontró un mayor impacto en pacientes diagnosticados con periodontitis severa (65,6%) sobre la CVRSO. Particularmente, la severidad de la enfermedad estuvo asociada con la afectación de la capacidad de hablar y con el desarrollo de limitaciones funcionales. Con respecto a la incapacidad física, el 17% reportó tener que interrumpir sus comidas; de estos, el 58,3% tenía periodontitis severa. En general, el dolor fue reportado por el 46% de los pacientes; el 53% reportó incapacidad psicológica, interpretado como sentir vergüenza por sus dientes.

Brauchle *et al.* (38), basado en una muestra de 93 pacientes con rango de edad 27-74 años, observó que en la medición inicial los pacientes con periodontitis presentaron peor CVRSO al compararlos con el grupo control. No obstante, se reportó una mejoría con el paso del tiempo, lo que evidencia que la terapia periodontal no quirúrgica tiene efecto positivo sobre la percepción de calidad de vida en pacientes. Además, el malestar psicológico y la discapacidad psicológica disminuyeron de un 12.2 % a un 8.4 % después de recibir el tratamiento. Por el contrario, no se encontraron cambios con el tratamiento en las dimensiones de incapacidad y la discapacidad social.

Bellamy Ortiz y Moreno Altamirano (4) efectuaron en México un estudio transversal con la OHIP-14, en un grupo de 533 adultos mayores de 55 años de edad, y consideraron la pérdida dental y las prótesis removibles como indicadores clínicos. El grupo con peor CVRSO fue aquel que no tenía prótesis removible pero que sí las requerías por tener menos de 20 piezas dentales; esto implica que el uso de prótesis removible no es perjudicial para la CV cuando la persona presenta pérdida dental superior a los 20 dientes, siendo una opción económica por sobre otras, estéticamente aceptable y fácil de limpiar.

Duque-Duque *et al* (39) analizaron la CVRSO en adultos mayores que consultan en las instituciones prestadoras de salud dependientes de la Universidad de Medellín (Colombia). Llevaron a cabo un estudio transversal con 100 pacientes mediante el OHIP-14 y encontrar que la mayoría (más del 70%) de las respuestas se concentran en las categorías nunca y casi nunca, lo que se indica que los AM evalúan que su salud bucal no impacta negativamente sobre su CV. Sin embargo, encontraron gradientes de desigualdad según factores sociodemográficos, apareciendo los peores indicadores de prevalencia entre las mujeres, mayores de 75 años de edad, con bajo nivel educativo, de estratos socioeconómicos bajos y solteros. La severidad del impacto es de 7.61 (con valores referenciales entre 5.98 y 9.24. La extensión del impacto es de 0.86 como promedio, en un poco más de la tercera parte de los casos estudiados.

Kato *et al* (40) estudiaron la CVRSO en 804 adultos mayores de 70 años, en distintos grupos de la población sueca. Utilizando el OHIP-14, evaluaron la relación de dicha variable con el número de dientes y la enfermedad periodontal, así como las diferencias por sexo y edad. Mediante un análisis multivariado determinaron que la periodontitis no se asocia significativamente a la CV, pero sí el número de dientes, siendo deficiente la

CV de quienes cuentan con menos de 14 piezas dentarias; los datos son más significativos en el grupo de mujeres con edades más elevadas.

Da Mata *et al.* (41) estudiaron la relación entre el estado de salud general en AM irlandeses desde 60 años de edad y su CVRSO. La investigación se llevó a cabo con el OHIP-14, aplicado a una muestra de 327 pacientes, que según su estado global de salud física fueron divididos en dos grupos: sanos y frágiles. Los resultados muestran que el estado de salud general no se asocia significativamente con la forma en que los pacientes perciben su salud oral; sin embargo, factores como la salud oral objetiva, el uso de prótesis y las expectativas del paciente pueden jugar un papel mediador entre la CVRSO y la salud física.

Echeverría *et al.* (42) llevaron a cabo un estudio longitudinal con 161 adultos mayores brasileños, comparando la CVRSO evaluada inicialmente en 2009 y luego en 2015. Administraron el OHIP-14 y buscaron asociaciones entre la CV y variables demográficas, socioeconómicas y de salud general y bucal. La gravedad del impacto fue de 9.12 (DE=10.81) en 2009 y de 8.50 (DE=10.52) en 2015. El mayor impacto fue en el dominio de bienestar psicológico, en ambas evaluaciones (28.8% en 2009 y 22.9% en 2015). La regresión lineal muestra que el índice general de CVRSO aumentó 4.8 puntos en el grupo de adultos que experimentaron pérdida de dientes entre las dos evaluaciones, mostrando así el impacto que el número de dientes produce sobre la percepción de CV. A partir de los resultados los autores destacan la importancia de implementar políticas de salud oral específicas para el grupo etario estudiado.

Díaz Cardenas *et al.* (23) efectuaron un estudio con 120 adultos mayores que se atendieron en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena (Colombia), durante 2011, aplicando el GOHAI, en relación con variables sociodemográficas y el diagnóstico de salud bucal. La CV negativa se asocia significativamente con salud bucal deficiente; la regresión logística muestra que el mejor modelo que explica el detrimento de la CV en relación con la Salud bucal está compuesto por la hipertensión arterial, los problemas de origen endodónticos, y convivir con más de 5 miembros de la familia.

Durán-Napolitano *et al.* (43) compararon la CV asociada a la salud bucal de 270 adultos mayores, asistentes a centros de atención primaria de salud en dos comunidades distintas de Chile. Aplicando el GOHAI detectaron que el 77.4% percibe su CV como negativa, no siendo estadísticamente significativa la diferencia entre los dos grupos. Se observó una tendencia negativa entre las mujeres de ambas localidades. Los autores

indican que este resultado es coherente con un escenario de alta carga de enfermedades en Chile, el limitado acceso a la atención dental, que a su vez se agrava en la vejez por la histórica desprotección en salud dental.

Díaz-Reissner *et al* (44) efectuaron un estudio analítico transversal y prospectivo, para determinar los factores que inciden en la CV de los AM residentes de albergues estatales del área metropolitana de Asunción. De las 58 personas evaluadas, el 70.69% tiene percepción negativa de su estado de salud bucal y el 44.8% edentulismo total. Los indicadores de CV obtenidos con el GOHAI se asociaron significativamente a la falta de tratamiento dental, la autovaloración de la salud gingival y a la necesidad de prótesis inferior. Los autores destacan que el uso de prótesis dental aumenta la percepción positiva de la CVRSO, a pesar de que dicho uso puede asociarse a un mal estado de la salud bucal.

Rodríguez Fuentes *et al* (45) llevaron a cabo una investigación observacional descriptiva, en 2013, administrando el GOHAI a 150 adultos mayores de 60 años, rehabilitados protésicamente. La autopercepción más negativa de la salud bucal se produjo en las personas de mayor nivel educativo. Los datos indican que las percepciones del impacto de la salud bucal en la calidad de vida son más positivas en los menores de 80 años, el sexo masculino, la rehabilitación con prótesis en ambas arcadas y con experiencias previas de uso de prótesis.

Hayashi *et al.* (46) estudiaron la relación entre la CVRSO y el malestar psicológico en pacientes japoneses hospitalizados, desde 34 a 100 años de edad. Evaluaron la CVRSO mediante la GOHAI, e incluyeron las variables edad, sexo, nivel de higiene oral, independencia funcional, número de dientes y la enfermedad originaria de la hospitalización, además de la angustia emocional (asociada a estados de ansiedad y depresión). Mediante modelos de ecuaciones estructurales evaluaron relaciones causales entre las variables antes mencionadas y determinaron que la CVRSO era más deficiente en el grupo con más indicadores de angustia emocional; esta variable y el nivel de higiene oral son buenos predictores de la CVRSO; los datos son más significativos en el grupo de mujeres mayores.

Alzate-Urrea *et al.* (47) realizaron un estudio cualitativo, descriptivo-comprensivo, con perspectiva etnográfica, mediante 13 grupos focales. Con un total de 69 AM asistentes a consulta médico-odontológica en diferentes centros de salud de Bogotá (Colombia), encontraron diferencias entre varones y mujeres en relación a la salud

percibida y los factores que sobre esta influyen, con completas coincidencias y similitudes en las concepciones sobre la CV, y la conceptualización de la CVRSO como asociada a la tener dientes y demás estructuras del sistema estomatognático sanos, estética y funcionalmente. Sin importar sexo o edad, los participantes del estudio se mostraron conformes con los tratamientos bucales recibidos, pero señalaron que es más fácil acceder a atención médica que odontológica.

Haag *et al.* (48) llevaron a cabo una revisión sistemática de estudios causales y transversales publicados en inglés, donde la CVRSO operó como variable dependiente y se tomaron variables independientes tales como la presencia de caries, la pérdida dental y la enfermedad periodontal. El análisis de los 21 estudios seleccionados muestra que la presencia de caries es determinante de una mala o pobre CV, mientras que los resultados no son coincidentes en relación con otras variables. Surgen como recomendaciones la realización de estudios longitudinales y el uso de un mismo instrumento de medición de la CV.

Reissmann *et al.* (49) efectuaron una revisión sistemática de estudios publicados en inglés y realizados desde 1960 con al menos 50 AM edéntulos o parcialmente desdentados; el objetivo fue determinar el impacto que el uso de implantes tiene sobre la CV. Los resultados indican que la CV mejora significativamente con los implantes solo cuando aquella era inicialmente pobre y el paciente solicitó el tratamiento; además, la mejoría en la CV varía según variables clínicas y psicosociales.

En resumen, los resultados de las investigaciones reseñadas sugieren la necesidad de considerar la salud oral desde una perspectiva integral, poniendo énfasis en poblaciones vulnerables como la de los AM.

Por todo lo expuesto, los objetivos de la presente investigación fueron:

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar el Perfil de impacto de la Salud Bucal en la Calidad de Vida de los adultos mayores concurrentes al INSSJP del barrio San Vicente de la ciudad de Córdoba.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar la percepción del Servicio de Salud Bucal recibido del INSSJP que presentan los adultos mayores participantes.
2. Describir condiciones de Salud Bucal y aspectos cognitivo-actitudinales asociados a la misma, de los adultos mayores de la muestra en estudio.
3. Evaluar indicadores de Calidad de Vida asociada a la Salud Bucal de los adultos mayores participantes, a partir de las dimensiones del OHIP-49.
4. Analizar el Perfil de Impacto de la Salud Bucal sobre la Calidad de Vida en función de variables sociodemográficas, en los adultos mayores participantes
5. Determinar potencial relación entre los factores de impacto de la salud bucal en la Calidad de Vida y los indicadores cognitivos y actitudinales sobre cuidados personales y formales de la salud oral, de los adultos mayores participantes

MATERIALES y MÉTODOS

Diseño

En base a la clasificación de Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (50), se efectuó una investigación de carácter cuantitativo, de tipo descriptiva, con diseño transversal. Se incluyen correlaciones entre variables y comparaciones entre grupos según lo especificado en el apartado Análisis de datos de esta misma sección.

Participantes

La población la integran las personas desde 65 años de edad, que son afiliados y adherentes al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), de la ciudad de Córdoba. Por su parte, la muestra se conformó por 158 adultos mayores, de ambos sexos (99 de sexo femenino y 59 de sexo masculino), con buen estado de sus funciones cognitivas, afiliados y adherentes al INSSJP, que asisten al Servicio de Odontología de Barrio San Vicente de la ciudad de Córdoba. Los criterios de inclusión para el estudio fueron adultos mayores afiliados a PAMI (jubilados o pensionados), que posean una antigüedad igual o mayor a cinco años, que hayan concurrido una vez a la atención odontológica, y que presenten un nivel de alfabetización que les permite leer y escribir, mientras que los criterios de exclusión fueron aquellos adultos mayores que nunca asistieron al servicio odontológico brindado por el programa PAMI, que posean dificultades físicas para trasladarse hasta el centro de atención domiciliaria, y que posean alguna incapacidad física o mental. La presente investigación se desarrolló entre el mes de octubre del 2016 a febrero del 2018.

Los pacientes fueron informados del objetivo de la investigación; sus respuestas fueron brindadas de forma voluntaria y acompañadas del consentimiento informado correspondiente (ver Anexo, página número 83, 84)

Recolección de Datos

La información se recolectó mediante una entrevista estructurada (ver Anexo, página 85-92). El mismo consta de distintas partes, a saber:

- (a) preguntas sociodemográficas,
- (b) preguntas sobre condiciones de salud bucal y conductas de cuidado,

(c) preguntas sobre Gerodontología y los servicios odontológicos brindados por el INSSJP, y

(d) los ítems que componen el OHIP-49 (34).

El profesional responsable de la investigación determinó el estado de salud bucal real, incluyendo el uso de prótesis removibles parciales, y recabó la información correspondiente a los dos primeros puntos, para facilitar el procedimiento, y luego de explicar la forma de responder, solicitó a cada participante que leyese cuidadosamente las preguntas y que brindase respuestas sinceras, garantizando el anonimato y la confidencialidad, tanto para la parte c como para la d.

Las preguntas de los apartados a, b y c fueron elaboradas por el profesional responsable de la investigación en base al cuestionario desarrollado por Rojas-Torres *et al*(49) . La redacción definitiva de aquellas surgió de la prueba piloto llevada a cabo con anterioridad a la recolección de datos definitiva.

El apartado d incluyó los ítems provenientes del *Oral HealthImpactProfile* (OHIP), traducido como Perfil de impacto en la salud oral. El mismo fue desarrollado por Slade y Spencer en 1994, y cuenta con versiones que contiene distintas cantidades de reactivos (5). En esta investigación se aplicó la versión más completa, de 49 ítems, con base en los estudios de validez y confiabilidad llevados a cabo en Chile (34).

El OHIP-49 evalúa la periodicidad con la que una persona experimenta problemas para llevar a cabo acciones de la vida cotidiana a raíz de problemas orales, y como éstos afectan su calidad de vida. Los ítems se responden en escala de 0 a 4 puntos, donde 0=Nunca, 1=casi nunca, 2=a veces, 3=frecuentemente, 4=Siempre.

De acuerdo con lo propuesto por sus autores, el OHIP-49 evalúa siete dimensiones interdependientes y proporciona también una puntuación final general. La consistencia interna del instrumento fue determinada mediante el índice Alpha de Cronbach. A continuación, se indica el número de ítems y el alpha de cada factor o dimensión (34):

- Limitación funcional (dificultad para masticar): 9 ítems, $\alpha=.875$
- Dolor físico (sensibilidad de los dientes): 9 ítems, $\alpha=.969$
- Malestar psicológico (conciencia de uno mismo): 5 ítems, $\alpha=.964$,
- Discapacidad física (cambios en la dieta): 9 ítems, $\alpha=.989$,
- Discapacidad psicológica (reducción de la capacidad de concentración): 6 ítems, $\alpha=.992$,
- Discapacidad social (evitación de la interacción social): 5 ítems, $\alpha=.993$

- Minusvalía (imposibilidad de trabajar de forma productiva): 6 ítems, $\alpha=.995$
- Perfil Global: 49 ítems, $\alpha=.990$.

El estudio llevado a cabo en México (45) presenta índices de confiabilidad levemente inferiores, pero igualmente elevados, con coeficientes de correlación interclase (indicadores de estabilidad de las respuestas) que varían entre 0.70 y 0.90 salvo para el factor discapacidad social, que requiere nuevos estudios. Los autores compararon además sus resultados con los obtenidos para población de AM en Canadá, Holanda, Japón, Corea, China y Alemania, para verificar la validez intercultural del instrumento.

Este modelo factorial se basa en la clasificación de la OMS en la que los efectos de la enfermedad se clasifican en una jerarquía que va desde los síntomas internos, sobre todo para el individuo (representado en la dimensión de la limitación funcional), a las desventajas que afectan a los roles sociales, como el trabajo (34). En la actualidad, el OHIP cuenta con dos versiones una compuesta por 49 (OHIP-49), y otra versión abreviada de 14 preguntas (OHIP-14) (5); independientemente de su versión, el OHIP ha evidenciado adecuadas propiedades psicométricas, presentado estudios de confiabilidad satisfactorios (mediante el coeficiente Alfa de Cronbach), y evidencia sobre su estructura interna (mediante análisis factorial confirmatorio); características estas que indican que es un instrumento válido y fiable para su utilización.

Además, utilizando los catorce ítems que corresponden a la versión abreviada, pueden evaluarse tres variables de resumen del perfil de impacto: prevalencia, extensión y severidad. Según Duque-Duque *et al* (39) la prevalencia equivale a los reportes de uno o más ítems como “frecuentemente” o “siempre”; la extensión es el número de ítems reportados como “frecuentemente” o “siempre”; la severidad es la suma total de los ítems.

La decisión de usar la OHIP-49 en lugar de la OHIP-14 y la GOHAI, se basó en lo expresado por Velázquez-Olmedo (5), y en la consideración de que la versión con 49 ítems está adaptada al español y ha sido validada para Chile y México (34, 45).

Análisis de datos

De acuerdo con los objetivos propuestos y en función del tipo de estudio realizado, se efectuaron procedimientos de estadística descriptiva e inferencial.

En primer lugar, se determinaron distribuciones de frecuencia y porcentuales de todas las variables indagadas. En segundo término, se calcularon los factores o

dimensiones detectadas por el OHIP-49, incluido el Perfil Global de impacto, y las variables de resumen prevalencia, extensión y severidad. En tercer lugar, se calcularon las correlaciones de los factores entre sí, estos con las variables resumen, y todos con las variables de Salud bucal (real y autopercebida). Finalmente, se analizaron los factores del Perfil en base a variables sociodemográficas, indicadores de servicios y cuidados, y determinantes cognitivos y actitudinales.

RESULTADOS

La muestra está compuesta por 158 adultos mayores de 63 a 90 años de edad, agrupados por fines estadísticos en tercera y cuarta edad (75 años o menos, y mayores de 75 años, respectivamente), tal como se observa en la Tabla 1. La media de edad es de 75.19 años ($D.S.=6.73$). El 62.7% es de sexo femenino (Tabla 2).

Todos los participantes son de Córdoba (Argentina) y son considerados como pasivos a nivel laboral, siendo pensionados el 27.8% (Tabla 3).

El 67.7% de la muestra tiene nivel educativo básico (Tabla 4). El 76.6% de la muestra convive con alguien, siendo “casado” el estado civil del 43% (Tabla 5).

Tabla 1. *Distribución de frecuencias según Edad*

	F	%	% acumulado
75 o menos años	80	50,6	50,6
Mayores de 75 años	78	49,4	100,0
Total	158	100,0	

Tabla 2. *Distribución de frecuencias según Sexo*

	f	%
Femenino	99	62,7
Masculino	59	37,3
Total	158	100,0

Tabla 3. *Distribución de frecuencias según Ocupación actual*

	f	%
Jubilado	114	72,2
Pensionado	44	27,8
Total	158	100,0

Tabla 4. *Distribución de frecuencias según Nivel de instrucción alcanzado*

	f	%	% acumulado
Primario incompleto	10	6,3	6,3
Primario completo	33	20,9	27,2
Secundario incompleto	64	40,5	67,7
Secundario completo	35	22,2	89,9
Universitario/Terciario incompleto	7	4,4	94,3
Universitario/Terciario completo	9	5,7	100,0
Total	158	100,0	

Tabla 5. *Distribución de frecuencias según Estado Civil y Convivencia*

		Convive			
			NO	SI	Total
Estado Civil	Soltero	f	9	6	15
		%	5,7%	3,8%	9,5%
	Casado	f	6	68	74
		%	3,8%	43,0%	46,8%
	Divorciado	f	8	20	28
		%	5,1%	12,7%	17,7%
	Viudo	f	14	27	41
		%	8,9%	17,1%	25,9%
Total		f	37	121	158
		%	23,4%	76,6%	100,0%

Servicio de salud

Todos los adultos mayores son afiliados del INSSJP. La mayoría de los afiliados (89.9%) considera que el nivel de atención en la misma es entre buena y muy buena (Tabla 6), aunque este porcentaje disminuye (72.1%) cuando se refiere a la opinión que le merece el Servicio de Salud de la obra social (Tabla 7).

En cuanto a las expectativas que se expresan en la Tabla 8, como factor determinante de la satisfacción que presentan los pacientes del servicio de odontología brindado por la sede del INSSJP estudiado, el 12.7% espera que el servicio de la obra social mejore y el 15.8% que nada empeore.

Tabla 6. *Distribución de frecuencia de la opinión sobre el Nivel de atención recibido en*

INSSJP

	f	%	% acumulado
Malo	4	2,5	2,5
Regular	8	5,1	7,6
Bueno	61	38,6	46,2
Muy bueno	81	51,3	97,5
Excelente	4	2,5	100,0
Total	158	100,0	

Tabla 7. *Distribución de frecuencia de la opinión sobre el Servicio de Salud del INSSJP*

	f	%	% acumulado
Malo	8	5,1	5,1
Regular	31	19,6	24,7
Bueno	89	56,3	81,0
Muy bueno	25	15,8	96,8
Excelente	5	3,2	100,0
Total	158	100,0	

Tabla 8. *Distribución de frecuencia de las expectativas sobre el servicio recibido en el*

INSSJP

	f	%
No ir al odontólogo	40	25,3
Todo siga igual	73	46,2
Que nada empeore	25	15,8
Mejore el servicio	20	12,7
Total	158	100,0

Tabla 9. *Distribución de frecuencia de la opinión sobre el Servicio de Odontología en relación a la opinión sobre la Atención brindada por los Odontólogos*

		Opinión respecto al Servicio de Odontología						
		Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Excel.	Total	
Opinión respecto a la Atención brindada por Odontólogos	Malo	f	1	3	2	0	0	6
		% total	0,6%	1,9%	1,3%	0,0%	0,0%	3,8%
	Regular	f	4	10	22	4	1	41
		% total	2,5%	6,3%	13,9%	2,5%	0,6%	25,9%
	Bueno	f	6	12	47	16	3	84
		% total	3,8%	7,6%	29,7%	10,1%	1,9%	53,2%
	Muy bueno	f	0	2	14	3	1	20
		% total	0,0%	1,3%	8,9%	1,9%	0,6%	12,7%
	Excel.	f	0	5	1	1	0	7
		% total	0,0%	3,2%	0,6%	0,6%	0,0%	4,4%
	Total	f	11	32	86	24	5	158
		% total	7,0%	20,3%	54,4%	15,2%	3,2%	100,0%

Si bien el 53.2% de la muestra presenta una buena opinión sobre a la Atención que brindan los odontólogos del servicio estudiado, y el 54.4% de la muestra opina que es bueno el Servicio odontológico de la obra social, solo el 29.7% coincide en tal opinión (Tabla 9).

Salud Bucal

Conocimientos y formación sobre Salud Oral

Se realizaron algunas indagaciones asociadas al conocimiento y la formación que tienen los participantes sobre la salud oral en la vejez.

El 67.1% de la muestra no conoce el concepto de Gerodontología y tampoco el de Odontogeriatría; el 4.4% conoce ambos conceptos (Tabla 10).

En cuanto a las fuentes de la información y/o formación recibida sobre salud oral, el 25.9% reconoce al odontólogo como tal (Tabla 11). Asimismo, la mayoría (87.3%) reconoce que recurre a instancias informativas alternativas sobre los posibles problemas y/o cuidados requeridos a nivel de salud bucal (Tabla 12).

Tabla 10. *Distribución de frecuencia según el conocimiento del concepto “Odontogeriatría” en relación al conocimiento del concepto “Gerodontología”*

				¿Sabe usted lo que es la Odontogeriatría?		Total
				NO	SI	
¿Sabe usted qué es la Gerodontología?	NO	F	106	24	130	
		%	67,1%	15,2%	82,3%	
	SI	F	21	7	28	
		%	13,3%	4,4%	17,7%	
	Total	F	127	31	158	
		%	80,4%	19,6%	100,0%	

Tabla 11. *Distribución de frecuencia sobre la fuente de información sobre Salud Bucal*

	f	%
Odontólogo	41	25,9
Familiares y amigos	74	46,8
Medios de comunicación	43	27,2
Total	158	100,0

Tabla 12. *Distribución de frecuencias según instancias informativas alternativas sobre el cuidado de Salud Bucal*

	f	%
NO	20	12,7
SI	138	87,3
Total	158	100,0

Condiciones Objetivas de cuidados de la salud bucal

En relación a los hábitos de cuidado de la salud bucal, el 77.2% de los adultos mayores participantes afirma que utiliza cepillo y pasta dental para tal fin (Tabla 13).

Las condiciones reales de salud bucal de los Adultos Mayores participantes fueron determinadas por el autor de la investigación. Se consideraron dos indicadores: el uso

de prótesis removible y la cantidad de piezas dentarias conservadas en buenas condiciones (± 20 piezas). Tal como se observa en la Tabla 14, el 25.1% de la muestra utiliza prótesis removibles. La Tabla 15 muestra que el 55.1% de los participantes presenta buena salud bucal.

Tabla 13. *Distribución de frecuencia del hábito para el cuidado de la salud bucal*

	f	%
Ninguno	8	5,1
Cepillo y pasta dental	122	77,2
Pastilla para prótesis	28	17,7
Total	158	100,0

Tabla 14. *Distribución de frecuencia según uso de Prótesis removible*

		f	%
Usa prótesis removible	NO	117	74,1
	SI	41	25,9
	Total	158	100,0

Tabla 15. *Distribución de frecuencia según Salud bucal real de los participantes*

	f	%	% acumulado
Salud bucal Buena	87	55,1	55,1
Salud bucal Regular	41	25,9	81,0
Salud bucal Mala	87	55,1	100,0
Total	158	100,0	

Percepciones asociadas a la salud bucal

Dado que la Calidad de vida puede verse condicionada por la autopercepción de la salud general, en la Tabla 16 se describe la variable Salud Autopercebida de los Adultos Mayores participantes. El 62.0% percibe que posee una buena salud bucal.

La Tabla 17 presenta palabras que las personas evocan al pensar en Odontología, lo que permite entender la percepción que sobre la misma poseen. Como se observa, los adultos mayores piensan en “Dentadura” o “Prótesis” (33.6%), estados emocionales

displacenteros como son el “Dolor” y el “Miedo” (23.5%); se destaca que el 7.0% menciona que es “un lugar al que le gusta ir”. Asimismo, el dolor es el motivo por el cual la mayoría (57.0%) acude al profesional odontólogo (Tabla 18).

Tabla 16. *Distribución de frecuencia según Salud Autopercebida de los participantes*

	f	%	% acumulado
Salud autopercebida Buena	98	62,0	62,0
Salud autopercebida Regular	21	13,3	75,3
Salud autopercebida Mala	39	24,7	100,0
Total	158	100,0	

Tabla 17. *Distribución de frecuencia de la representación sobre la Odontología*

	f	%
Dentadura	30	19,0
Prótesis	23	14,6
Miedo	20	12,7
Algo de los dientes	19	12,0
Dolor	17	10,8
Caries	16	10,1
Anestesia	14	8,9
Lugar al que me gusta ir	11	7,0
Salud bucal	4	2,5
Torno	4	2,5
Total	158	100,0

Tabla 18. *Distribución de frecuencia de la circunstancia en que acude al odontólogo*

	f	%
Dolor	90	57,0
Arreglos	53	33,5
Control	15	9,5
Total	158	100,0

Dimensiones del Perfil de impacto de la Salud Oral

A continuación, se describen, por separado, las siete dimensiones de la OHIP-49, presentando en cada caso la información agrupada de los indicadores que las componen y luego la información dimensional que permite caracterizar el estado de salud bucal percibido por los adultos mayores respondientes.

Limitación funcional

En la Tabla 19 se incluyen todos los indicadores de Limitación Funcional que evalúa el OHIP-49.

Los datos indican que los participantes algunas veces han tenido dificultades para morder algún alimento (36.1%), problemas para pronunciar palabras (33.5%), han notado que algún diente no se les ve bien (36.1%) y que les ha quedado comida atrapada entre los dientes (44.3%). En cambio, afirman que casi nunca han notado que su apariencia se haya visto afectada (39.9%), que su aliento se haya deteriorado (43.0%), que la percepción del sabor haya empeorado (43.0%) o que su prótesis no ajuste apropiadamente (38.0%). A ello se agrega que el 59.9% afirma que nunca ha sentido que su digestión empeorase.

Tabla 19. *Distribución de frecuencia de los indicadores de la limitación funcional*

Indicadores de Limitación funcional		f	% total N
Dificultad para morder algún alimento	Nunca	10	6,3%
	Casi nunca	21	13,3%
	Algunas veces	57	36,1%
	Frecuentemente	48	30,4%
	Siempre	22	13,9%
	Total	158	100,0%
Problemas para pronunciar palabras	Nunca	12	7,6%
	Casi nunca	32	20,3%
	Algunas veces	53	33,5%
	Frecuentemente	45	28,5%
	Siempre	16	10,1%
	Total	158	100,0%

Continúa en la página siguiente

Indicadores de Limitación funcional		f	% total N
Ha notado que algún diente no se ve bien	Nunca	7	4,4%
	Casi nunca	51	32,3%
	Algunas veces	57	36,1%
	Frecuentemente	33	20,9%
	Siempre	10	6,3%
	Total	158	100,0%
Siente que su apariencia ha sido afectada	Nunca	5	3,2%
	Casi nunca	63	39,9%
	Algunas veces	44	27,8%
	Frecuentemente	33	20,9%
	Siempre	13	8,2%
	Total	158	100,0%
Siente que su aliento se ha deteriorado	Nunca	5	3,2%
	Casi nunca	68	43,0%
	Algunas veces	52	32,9%
	Frecuentemente	21	13,3%
	Siempre	12	7,6%
	Total	158	100,0%
Siente que su sensación de sabor ha empeorado	Nunca	36	22,8%
	Casi nunca	68	43,0%
	Algunas veces	22	13,9%
	Frecuentemente	20	12,7%
	Siempre	12	7,6%
	Total	158	100,0%
Ha quedado comida atrapada entre sus dientes	Nunca	3	1,9%
	Casi nunca	41	25,9%
	Algunas veces	70	44,3%
	Frecuentemente	33	20,9%
	Siempre	11	7,0%
	Total	158	100,0%

Continúa en la página siguiente

Indicadores de Limitación funcional		f	% total N
Ha sentido que su digestión ha empeorado	Nunca	94	59,5%
	Casi nunca	26	16,5%
	Algunas veces	4	2,5%
	Frecuentemente	21	13,3%
	Siempre	13	8,2%
	Total	158	100,0%
Ha sentido que su prótesis no ajusta apropiadamente	Nunca	17	10,8%
	Casi nunca	60	38,0%
	Algunas veces	49	31,0%
	Frecuentemente	19	12,0%
	Siempre	13	8,2%
	Total	158	100,0%

Los índices de este factor varían entre 0 y 36 puntos (según OHIP-49). En la muestra estudiada las puntuaciones varían entre 4 y 34, con una media de 16.16 ($D.S.=7.16$). Coincidentemente, la Tabla 20 muestra que la limitación funcional de los adultos mayores usuarios del servicio de odontología de la sede San Vicente del INSSJP es relativa (56.3%), siendo bajo el porcentaje que presenta una limitación funcional severa (5.7%).

Tabla 20. *Distribución de frecuencia según Limitación Funcional*

	F	%	% acumul.
Nula o escasa LF	2	1,3	1,3
Relativa LF	89	56,3	57,6
Moderada LF	30	19,0	76,6
Elevada LF	28	17,7	94,3
Severa LF	9	5,7	100,0
Total	158	100,0	

Dolor físico

En la Tabla 21 se incluyen todos los indicadores del Dolor Físico que evalúa el OHIP-49.

Como se puede apreciar, los participantes afirman que nunca han tenido dolores de cabeza asociados a la salud bucal (82.8%), o sentido dolor en su mandíbula (64.6%), o en dientes (61.4%), ni tenido áreas dolorosas en su boca (57.0%). Además, afirman que casi nunca han tenido dolor en su boca (33.5%) o tenido dientes sensibles (45.9%). También señalan que algunas veces han tenido dolor de encías (38.0%), o sentido incomodidad al comer algún alimento (39.2%), y/o tenido prótesis removibles incómodas (44.9%).

Tabla 21. *Distribución de frecuencia de los indicadores de dolor físico*

Indicadores de Dolor Físico		f	% total
¿ha tenido dolor en su boca?	Nunca	29	18,4%
	Casi nunca	53	33,5%
	Algunas veces	44	27,8%
	Frecuentemente	24	15,2%
	Siempre	8	5,1%
	Total	158	100,0%
¿ha tenido dolor en su mandíbula?	Nunca	102	64,6%
	Casi nunca	20	12,7%
	Algunas veces	4	2,5%
	Frecuentemente	21	13,3%
	Siempre	11	7,0%
	Total	158	100,0%
¿ha tenido dolores de cabeza?	Nunca	101	82,8%
	Casi nunca	16	13,1%
	Algunas veces	5	4,1%
	Frecuentemente	0	0,0%
	Siempre	0	0,0%
	Total	122	100,0%
¿ha tenido dientes sensibles?	Nunca	13	10,7%
	Casi nunca	56	45,9%
	Algunas veces	53	43,4%
	Frecuentemente	0	0,0%
	Siempre	0	0,0%
	Total	122	100,0%

Continuación Tabla 21

Indicadores de Dolor Físico		f	% total
¿ha tenido dolor de dientes?	Nunca	97	61,4%
	Casi nunca	19	12,0%
	Algunas veces	11	7,0%
	Frecuentemente	23	14,6%
	Siempre	8	5,1%
	Total	158	100,0%
¿ha tenido dolor de encías?	Nunca	12	7,6%
	Casi nunca	58	36,7%
	Algunas veces	60	38,0%
	Frecuentemente	20	12,7%
	Siempre	8	5,1%
	Total	158	100,0%
¿ha sentido incomodidad al comer algún alimento?	Nunca	4	2,5%
	Casi nunca	53	33,5%
	Algunas veces	62	39,2%
	Frecuentemente	32	20,3%
	Siempre	7	4,4%
	Total	158	100,0%
¿ha tenido áreas dolorosas en su boca?	Nunca	90	57,0%
	Casi nunca	33	20,9%
	Algunas veces	8	5,1%
	Frecuentemente	20	12,7%
	Siempre	7	4,4%
	Total	158	100,0%
¿ha tenido prótesis incómodas?	Nunca	5	3,2%
	Casi nunca	51	32,3%
	Algunas veces	71	44,9%
	Frecuentemente	20	12,7%
	Siempre	11	7,0%
	Total	158	100,0%

Según los autores de la OHIP-49, esta escala varía de 0 a 36 puntos, siendo el puntaje mayor el indicador de mayor dolor físico. En la muestra estudiada los valores varían entre 3 y 32, con una media de 13.20 (*D.E.*=7.98); tal como aprecia en la Tabla 22, el 75.3% de la muestra presenta bajos niveles de dolor físico.

Tabla 22. *Distribución de frecuencia según Dolor Físico*

	F	%	% acumulado
Nulo o escaso DF	15	9,5	9,5
Relativo DF	104	65,8	75,3
Moderado DF	3	1,9	77,2
Elevado DF	30	19,0	96,2
Severo DF	6	3,8	100,0
Total	158	100,0	

Malestar Psicológico

En la Tabla 23 se incluyen todos los indicadores del Malestar Psicología tal como evalúa el OHIP-49.

Tabla 23. *Distribución de frecuencia de los indicadores de malestar psicológico*

Indicadores de Malestar Psicológico	f	% del total	
¿Ha estado preocupado?	Nunca	47	29,7%
	Casi nunca	59	37,3%
	Algunas veces	23	14,6%
	Frecuentemente	21	13,3%
	Siempre	8	5,1%
	Total	158	100,0%
¿Ha estado obsesionado?	Nunca	95	60,1%
	Casi nunca	30	19,0%
	Algunas veces	7	4,4%
	Frecuentemente	19	12,0%
	Siempre	7	4,4%
	Total	158	100,0%

Continúa en la página siguiente

Indicadores de Malestar Psicológico		f	% total
¿Los problemas dentales lo han hecho sentir infeliz?	Nunca	90	57,0%
	Casi nunca	35	22,2%
	Algunas veces	5	3,2%
	Frecuentemente	20	12,7%
	Siempre	8	5,1%
	Total	158	100,0%
¿Se ha sentido inconforme con la apariencia de sus dientes?	Nunca	14	8,9%
	Casi nunca	66	41,8%
	Algunas veces	50	31,6%
	Frecuentemente	21	13,3%
	Siempre	7	4,4%
	Total	158	100,0%
¿Se ha sentido tenso por problemas con sus dientes?	Nunca	94	59,5%
	Casi nunca	30	19,0%
	Algunas veces	3	1,9%
	Frecuentemente	23	14,6%
	Siempre	8	5,1%
	Total	158	100,0%

Los participantes indicaron que nunca han estado obsesionados por temas relativos a la salud bucal (60.1%), ni los problemas dentales los han hecho sentir infelices (57.0%) y que nunca se han sentido tensos por problemas relativos a sus dientes (59.5%). Asimismo, casi nunca se han sentido preocupados por temas relativos a la salud bucal (37.3%) o inconformes con la apariencia de sus dientes (41.8%).

Tabla 24. *Distribución de frecuencia según Malestar Psicológico*

	f	%	% acumulado
Nulo o escaso MP	91	57,6	57,6
Relativo MP	31	19,6	77,2
Moderado MP	3	1,9	79,1
Elevado MP	21	13,3	92,4
Severo MP	12	7,6	100,0
Total	158	100,0	

La OHIP-49 indica que esta escala varía de 0 a 20 puntos, siendo el puntaje mayor el indicador de mayor malestar psicológico. En la muestra estudiada los valores varían entre 0 y 18, con una media de 5.44 (*D.E.*=5.21). En virtud de lo anterior, y tal como se observa en la Tabla 24, el 57.6% de la muestra no presenta o presenta escaso malestar psicológico asociado a su salud bucal.

Discapacidad Física

A continuación, se incluyen todos los indicadores de Discapacidad Física que evalúa el OHIP-49.

Se puede observar en la Tabla 25 que el 49.4% de los participantes afirman que frecuentemente han tenido que evitar comer algunos alimentos. Los pacientes algunas veces han sentido que sus alimentos tienen menos sabor (46.2%), han sido incapaces de cepillarse apropiadamente (43.7%), han sido incapaces de comer con las prótesis por problemas con las mismas (48.7%), ha evitado sonreír (43.7%) o ha tenido que interrumpir comidas (41.1%). Además, los encuestados señalan que casi nunca ha sido poco clara su forma de hablar (56.3%) o su dieta ha sido insatisfactoria (39.9%). El 38.0% afirma que nunca la gente ha malentendido alguna de sus palabras.

Tabla 25. *Distribución de frecuencia de los indicadores de discapacidad física*

Indicadores de Discapacidad Física		f	% total
¿Ha sido poca clara la forma en que usted habla?	Nunca	10	6,3%
	Casi nunca	89	56,3%
	Algunas veces	30	19,0%
	Frecuentemente	20	12,7%
	Siempre	9	5,7%
	Total	158	100,0%
¿La gente ha malentendido alguna de sus palabras?	Nunca	60	38,0%
	Casi nunca	46	29,1%
	Algunas veces	22	13,9%
	Frecuentemente	21	13,3%
	Siempre	9	5,7%
	Total	158	100,0%

Continúa en la página siguiente

Indicadores de Discapacidad Física		f	% total
¿Has sentido que hay menos sabor en sus alimentos?	Nunca	7	4,4%
	Casi nunca	46	29,1%
	Algunas veces	73	46,2%
	Frecuentemente	23	14,6%
	Siempre	9	5,7%
	Total	158	100,0%
¿Has sido incapaz de cepillarte apropiadamente?	Nunca	5	3,2%
	Casi nunca	52	32,9%
	Algunas veces	69	43,7%
	Frecuentemente	20	12,7%
	Siempre	12	7,6%
	Total	158	100,0%
¿Ha tenido que evitar comer algunos alimentos?	Nunca	1	0,6%
	Casi nunca	15	9,5%
	Algunas veces	53	33,5%
	Frecuentemente	78	49,4%
	Siempre	11	7,0%
	Total	158	100,0%
¿Su dieta ha sido insatisfactoria?	Nunca	45	28,5%
	Casi nunca	63	39,9%
	Algunas veces	19	12,0%
	Frecuentemente	22	13,9%
	Siempre	9	5,7%
	Total	158	100,0%
¿Ha sido incapaz de comer con sus prótesis por problemas con ellas?	Nunca	12	7,6%
	Casi nunca	34	21,5%
	Algunas veces	77	48,7%
	Frecuentemente	23	14,6%
	Siempre	12	7,6%
	Total	158	100,0%

Continúa en la página siguiente

Indicadores de Discapacidad Física		f	% total
¿Ha evitado sonreír?	Nunca	12	7,6%
	Casi nunca	43	27,2%
	Algunas veces	69	43,7%
	Frecuentemente	26	16,5%
	Siempre	8	5,1%
	Total	158	100,0%
¿Ha tenido que interrumpir comidas?	Nunca	15	9,5%
	Casi nunca	40	25,3%
	Algunas veces	65	41,1%
	Frecuentemente	28	17,7%
	Siempre	10	6,3%
	Total	158	100,0%

Según la estructura factorial del OHIP-49, esta escala varía de 0 a 36 puntos, siendo el puntaje mayor el indicador de mayor discapacidad física. En la muestra estudiada los valores varían entre 6 y 31, con una media de 15.74 (*D.E.*=6.96). En virtud de lo anterior, y tal como se observa en la Tabla 26, el 62,7% de la muestra presenta relativa discapacidad física asociada a su salud bucal.

Tabla 26. *Distribución de frecuencia según Discapacidad Física*

	f	%	% acumulado
Nula o escasa DisF	3	1,9	1,9
Relativa DisF	99	62,7	64,6
Moderada DisF	19	12,0	76,6
Elevada DisF	30	19,0	95,6
Severa DisF	7	4,4	100,0
Total	158	100,0	

Discapacidad Psicológica

En la Tabla 27 se incluyen todos los indicadores de Discapacidad Psicológica evaluada por el OHIP-49.

Tabla 27. *Distribución de frecuencia de los indicadores de discapacidad psicológica*

Indicadores de Discapacidad Psicológica		f	% total
¿Su sueño ha sido interrumpido?	Nunca	81	51,3%
	Casi nunca	42	26,6%
	Algunas veces	5	3,2%
	Frecuentemente	20	12,7%
	Siempre	10	6,3%
	Total	158	100,0%
¿Ha estado molesto o irritado?	Nunca	62	39,2%
	Casi nunca	17	10,8%
	Algunas veces	46	29,1%
	Frecuentemente	22	13,9%
	Siempre	11	7,0%
	Total	158	100,0%
¿Ha encontrado difícil relajarse?	Nunca	34	21,5%
	Casi nunca	73	46,2%
	Algunas veces	18	11,4%
	Frecuentemente	21	13,3%
	Siempre	12	7,6%
	Total	158	100,0%
¿Se ha sentido deprimido?	Nunca	91	57,6%
	Casi nunca	28	17,7%
	Algunas veces	7	4,4%
	Frecuentemente	22	13,9%
	Siempre	10	6,3%
	Total	158	100,0%
¿Se ha afectado su concentración?	Nunca	13	8,2%
	Casi nunca	104	65,8%
	Algunas veces	8	5,1%
	Frecuentemente	21	13,3%
	Siempre	12	7,6%
	Total	158	100,0%

Continúa en la página siguiente

Indicadores de Discapacidad Psicológica		f	% total
¿Ha estado un poco avergonzado?	Nunca	1	0,6%
	Casi nunca	34	21,5%
	Algunas veces	92	58,2%
	Frecuentemente	24	15,2%
	Siempre	7	4,4%
	Total	158	100,0%

Los datos indican que los adultos mayores encuestados algunas veces se han sentido avergonzados (58.2%) en relación a su salud bucal. A su vez, indican que casi nunca han encontrado difícil relajarse (46.2%) o se ha visto afectada su concentración (65.8%) por causa de aquella. En el mismo sentido, afirman que nunca han sufrido interrupciones del sueño (51.3%), han estado molestos o irritados (39.2%) o se han sentido deprimidos (57.6%) por efecto de su salud bucal.

La medición de este factor en la OHIP-49 varía de 0 a 24; en la muestra estudiada los puntajes varían entre 2 y 23 puntos, con una media de 8.16 (*D.E.*=6.09). Corresponde destacar que la discapacidad psicológica del grupo encuestado es entre nula y relativa (77.2%), como se indica en la Tabla 28.

Tabla 28. *Distribución de frecuencia según Discapacidad Psicológica*

	f	%	% acumulado
Nula o escasa DisPs	41	25,9	25,9
Relativa DisPs	81	51,3	77,2
Moderada DisPs	1	,6	77,8
Elevada DisPs	22	13,9	91,8
Severa DisPs	13	8,2	100,0
Total	158	100,0	

Discapacidad Social

Los datos sobre Discapacidad Social, tal como la determina el OHIP-49, proceden de la Tabla 29.

Tabla 29. *Distribución de frecuencia de los indicadores de Discapacidad Social*

Indicadores de Discapacidad Social		f	% total
¿Ha evitado salir de la casa?	Nunca	0	0,0%
	Casi nunca	88	55,7%
	Algunas veces	41	25,9%
	Frecuentemente	18	11,4%
	Siempre	11	7,0%
	Total	158	100,0%
¿Ha sido menos tolerante con su pareja o familia?	Nunca	98	62,0%
	Casi nunca	22	13,9%
	Algunas veces	9	5,7%
	Frecuentemente	19	12,0%
	Siempre	10	6,3%
	Total	158	100,0%
¿Ha tenido problemas para relacionarse con otras personas?	Nunca	12	7,6%
	Casi nunca	64	40,5%
	Algunas veces	51	32,3%
	Frecuentemente	19	12,0%
	Siempre	12	7,6%
	Total	158	100,0%
¿Ha estado un poco irritable con otras personas?	Nunca	72	45,6%
	Casi nunca	49	31,0%
	Algunas veces	9	5,7%
	Frecuentemente	21	13,3%
	Siempre	7	4,4%
	Total	158	100,0%
¿Ha tenido dificultad para hacer su trabajo habitual?	Nunca	77	48,7%
	Casi nunca	43	27,2%
	Algunas veces	8	5,1%
	Frecuentemente	21	13,3%
	Siempre	9	5,7%
	Total	158	100,0%

Los adultos mayores encuestados han afirmado que “nunca han sido menos tolerante con su pareja o familia” (62.0%), “nunca han estado irritable con otras personas”

(45.6%) y “nunca han tenido dificultad para hacer su trabajo habitual” (48.7%). El 55.7% afirma que casi nunca ha evitado salir de la casa y el 40.5% que casi nunca ha tenido problemas para relacionarse con otras personas.

La medición de este factor, según la OHIP-49, varía de 0 a 20 puntos, siendo el puntaje mayor el indicador de mayor discapacidad social. En la muestra estudiada los valores varían entre 1 y 19, con una media de 6.28 (*D.E.*=5.09). En virtud de lo anterior, y tal como se observa en la Tabla 30, el 77.2% de la muestra no presenta discapacidad social o bien esta es baja.

Tabla 30. *Distribución de frecuencia según Discapacidad Social*

	f	%	% acumulado
Nula o escasa DisS	58	36,7	36,7
Relativa DisS	64	40,5	77,2
Moderada DisS	2	1,3	78,5
Elevada DisS	27	17,1	95,6
Severa DisS	7	4,4	100,0
Total	158	100,0	

Minusvalía

En la Tabla 31 se incluye la distribución frecuencial y porcentual de todos los indicadores de Minusvalía evaluados por el OHIP-49.

Tabla 31. *Distribución de frecuencia de los indicadores de Minusvalía*

Indicadores de Minusvalía	f	% total	
¿Ha sentido que su salud general ha empeorado?	Nunca	25	15,8%
	Casi nunca	77	48,7%
	Algunas veces	23	14,6%
	Frecuentemente	22	13,9%
	Siempre	11	7,0%
	Total	158	100,0%

Continúa en la página siguiente

Indicadores de Minusvalía		f	% total
¿Ha sufrido cualquier pérdida económica?	Nunca	109	69,0%
	Casi nunca	14	8,9%
	Algunas veces	5	3,2%
	Frecuentemente	21	13,3%
	Siempre	9	5,7%
	Total	158	100,0%
¿Ha sido incapaz de disfrutar mucho la compañía de otras personas?	Nunca	78	49,4%
	Casi nunca	46	29,1%
	Algunas veces	4	2,5%
	Frecuentemente	22	13,9%
	Siempre	8	5,1%
	Total	158	100,0%
¿Ha sentido que su vida en general es menos satisfactoria?	Nunca	89	56,3%
	Casi nunca	33	20,9%
	Algunas veces	2	1,3%
	Frecuentemente	24	15,2%
	Siempre	10	6,3%
	Total	158	100,0%
¿Ha sido totalmente incapaz de funcionar?	Nunca	83	52,5%
	Casi nunca	40	25,3%
	Algunas veces	2	1,3%
	Frecuentemente	22	13,9%
	Siempre	11	7,0%
	Total	158	100,0%
¿Ha sido incapaz de trabajar a su capacidad total?	Nunca	64	40,5%
	Casi nunca	59	37,3%
	Algunas veces	2	1,3%
	Frecuentemente	24	15,2%
	Siempre	9	5,7%
	Total	158	100,0%

Se observa que el 48.7% de los participantes afirman que casi nunca ha sentido que su salud general haya empeorado, particularmente en relación con su salud bucal. En relación al resto de los indicadores, los participantes coinciden en que nunca han sufrido pérdida económica (69.0%), han sido incapaces de disfrutar de la compañía de los

demás (49.4%), han sentido que su vida en general es menos satisfactoria (56.3%), han sido totalmente incapaces de funcionar (52.5%) ni se han sentido incapaces de trabajar a plena capacidad (40.5%).

Según la OHIP-49, la medición de este factor varía de 0 a 24; en la muestra estudiada los puntajes varían entre 0 y 22 puntos, con una media de 6.22 (*D.E.*=6.99). Corresponde destacar que la minusvalía del grupo encuestado es principalmente nula o escasa (72.8%), como se observa en la Tabla 32.

Tabla 32. *Distribución de frecuencia según Minusvalía*

	f	%	% acumulado
Nula o escasa minusvalía	115	72,8	72,8
Relativa minusvalía	7	4,4	77,2
Moderada minusvalía	0	0,0	77,2
Elevada minusvalía	23	14,6	91,8
Severa minusvalía	13	8,2	100,0
Total	158	100,0	

Calidad de Vida y Salud Oral

Los factores que componen el Perfil Global de Impacto de Salud Oral correlacionan entre sí de manera positiva y moderada, tal como se muestra en la Tabla 33.

Tabla 33. *Correlación entre los factores del Perfil Global de Impacto de Salud Oral*

		D	MP	DiF	DiPs	DiS	Mi
LF	Rs	,539**	,577**	,488**	,546**	,528**	,602**
D	Rs		,518**	,677**	,562**	,628**	,621**
MP	Rs			,590**	,473**	,505**	,493**
DiF	Rs				,589**	,611**	,597**
DiPs	Rs					,657**	,622**
DiS	Rs						,511**

Rs= coeficiente de correlación Rho Spearman.

Todas las correlaciones se efectuaron sobre N=158 y son significativas a nivel 0.01 (bilateral)

Corresponde destacar que la correlación más baja se produce entre las dimensiones Malestar Psicológico y Discapacidad Psicológica, siendo los componentes más subjetivos de la Calidad de Vida. La correlación más alta se produce entre las dimensiones Dolor Físico y Discapacidad Física.

En base a los datos anteriores, y la puntuación total de la OHIP-49, se ha establecido el **Perfil global de Impacto de la Salud Oral sobre la Calidad de Vida** de afiliados del INNSJP. Como se observa en la Tabla 34, solo el 22.8% de la muestra posee una salud oral de elevado o severo impacto. La puntuación media en la escala global del OHIP-49 es de 71.18 (*D.E.*=43.58), con una diferencia de 28 puntos por debajo de lo esperado.

Tabla 34. *Distribución de frecuencia del Perfil Global de Impacto de la Salud Oral*

	f	%	% acumulado
Impacto escaso	11	7,0	7,0
Impacto relativo	109	68,9	75,9
Impacto moderado	2	1,3	77,2
Impacto elevado	31	19,6	96,8
Impacto severo	5	3,2	100,0
Total	158	100,0	

Considerando los datos anteriores, y siguiendo la propuesta de Duque-Duque et al (39), se analizaron los indicadores y las dimensiones en tres variables de resumen: Prevalencia, Extensión y Severidad del impacto de la salud oral sobre la calidad de vida de los participantes.

Tabla 35. *Distribución de frecuencia de la Prevalencia del impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida*

	f	%	% acumulado
Grado prevalencia Nulo-escaso	50	31,6	31,6
Grado severidad Relativo	50	31,6	63,3
Grado severidad Moderado	22	13,9	77,2
Grado severidad Elevado-extremo	36	22,8	100,0
Total	158	100,0	

Respecto a la **prevalencia** del impacto (Tabla 35), los datos indican que la Salud Oral tiene un grado de prevalencia entre nulo y moderado, sobre la Calidad de Vida, en el 63,3% de los casos estudiados.

En cuanto a la **extensión** del impacto, los datos de la Tabla 36 muestran que la Salud Oral impacta de forma moderada-elevada sobre la Calidad de Vida, en el 22,8% de los casos estudiados.

Como se observa en la Tabla 37, la **severidad** del impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida es elevado-severo en el 22,8% de los casos, siendo, en la mayoría de los casos (63,3%), relativa.

Tabla 36. *Distribución de frecuencia de la Extensión del impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida*

	f	%	% acumulado
Grado extensión Escaso	74	46,8	46,8
Grado extensión Relativo	48	30,4	77,2
Grado extensión Moderado	14	8,9	86,1
Grado extensión Elevado-extremo	22	13,9	100,0
Total	158	100,0	

Tabla 37. *Distribución de frecuencia de la Severidad del impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida*

	f	%	% acumulado
Grado severidad Escaso	18	11,4	11,4
Grado severidad Relativo	100	63,3	74,7
Grado severidad Moderado	4	2,5	77,2
Grado severidad Elevado-extremo	36	22,8	100,0
Total	158	100,0	

Los indicadores de impacto de la salud oral sobre la calidad de vida se correlacionaron con la salud bucal real y la autopercebida por los participantes. La Tabla 38 resume dicha información. Se puede observar que el estado de salud bucal real

correlaciona de forma estadísticamente significativa con el resto de los indicadores pero que presentan los índices más bajos en términos comparativos. Por el contrario, la salud oral autopercibida correlaciona de manera fuerte con los índices obtenidos del OHIP-49, que es un instrumento de auto-reporte.

Tabla 38. *Correlación entre Indicadores de impacto e Indicadores de Salud bucal*

		Salud O. Autoperc	Preval.	Exten.	Sever.	Perfil Global
Salud oral real	Rs	,293*	,264*	,291*	,343*	,357*
Salud oral autopercib.	Rs		,885*	,758*	,765*	,791*
Prevalencia	Rs			,718*	,724*	,742*
Extensión	Rs				,789*	,779*
Severidad	Rs					,935*

Rs= coeficiente de correlación Rho Spearman.

Todas las correlaciones se efectuaron sobre N=158 y son significativas a nivel 0.01 (bilateral)

Análisis de indicadores Socio-demográficos

A los fines de determinar variables asociadas al perfil global tanto como a sus dimensiones o factores, se calcularon diferencias de medias para las variables socio-demográficas. Mediante la Prueba F de Levene se determinó la igualdad de varianzas.

Asumiendo la igualdad de varianzas para todas las dimensiones del Perfil, se observa que hay diferencias estadísticamente significativas, por **Sexo**, en relación al Dolor Físico, el Malestar Psicológico, la Discapacidad Psicológica, la Discapacidad Social, la Minusvalía y el perfil global de Impacto (ver Tabla 39). En todos los casos el sexo femenino presenta valores más problemáticos.

Para la variable **Edad** se agruparon los participantes en dos grupos, en función de la clasificación en tercera y cuarta edad (mayores y menores de 75 años). Por la prueba F de Levene se aceptó que no hay igualdad de varianzas; la Tabla 40 muestra que no hay diferencias estadísticamente significativas para esta variable en relación a todos y cada una de las dimensiones del Perfil de Impacto.

En cuanto al nivel de instrucción, se agrupó a los participantes según se haya o no superado o no el nivel educativo básico. Asumiendo igualdad de varianzas para todas las dimensiones del Perfil, se puede observar en la Tabla 41 que hay diferencias estadísticamente significativas por **Nivel de instrucción** para las dimensiones Limitación Funcional y Discapacidad Social, siendo mayor el problema en el grupo con menos instrucción.

Como se aprecia en la Tabla 42, se compararon los participantes en función de su **Ocupación actual**, agrupándolos en las categorías jubilados y pensionados. Para todas las dimensiones se asumió la igualdad de varianzas (mediante la Prueba F de Levene) y se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas. Las diferencias son negativas, lo que indica que los pensionados presentan puntuaciones más elevadas que los jubilados.

Tabla 39. *Diferencia de medias por sexos para Perfil Global de Impacto de Salud Oral*

Dim.	Sexo	N	Media	Desviación estándar	Media de error st.	t	GI	Sig. (bilateral)																																																																																														
LF	Femenino	99	16,7879	7,78443	,78236	1,436	156	,153																																																																																														
	Masculino	59	15,1017	5,89475	,76743				D	Femenino	99	14,2828	8,57862	,86218	2,233	156	,027	Masculino	59	11,3898	6,51792	,84856	MP	Femenino	99	5,9697	5,59054	,56187	2,676	156	,018	Masculino	59	4,5424	4,39169	,57175	DiFi	Femenino	99	16,3333	7,59431	,76326	1,391	156	,166	Masculino	59	14,7458	5,66475	,73749	DiPs	Femenino	99	8,8889	6,43633	,64688	2,092	156	,038	Masculino	59	6,9153	5,27613	,68689	DiS	Femenino	99	6,9798	5,33946	,53664	2,275	156	,024	Masculino	59	5,1017	4,42444	,57601	Mi	Femenino	99	7,0000	7,43955	,74770	2,386	156	,018	Masculino	59	4,8983	5,98762	,77952	GI	Femenino	99	76,2424	47,03192	4,72689	2,039	156	,043	Masculino
D	Femenino	99	14,2828	8,57862	,86218	2,233	156	,027																																																																																														
	Masculino	59	11,3898	6,51792	,84856				MP	Femenino	99	5,9697	5,59054	,56187	2,676	156	,018	Masculino	59	4,5424	4,39169	,57175	DiFi	Femenino	99	16,3333	7,59431	,76326	1,391	156	,166	Masculino	59	14,7458	5,66475	,73749	DiPs	Femenino	99	8,8889	6,43633	,64688	2,092	156	,038	Masculino	59	6,9153	5,27613	,68689	DiS	Femenino	99	6,9798	5,33946	,53664	2,275	156	,024	Masculino	59	5,1017	4,42444	,57601	Mi	Femenino	99	7,0000	7,43955	,74770	2,386	156	,018	Masculino	59	4,8983	5,98762	,77952	GI	Femenino	99	76,2424	47,03192	4,72689	2,039	156	,043	Masculino	59	62,6949	35,85519	4,66795										
MP	Femenino	99	5,9697	5,59054	,56187	2,676	156	,018																																																																																														
	Masculino	59	4,5424	4,39169	,57175				DiFi	Femenino	99	16,3333	7,59431	,76326	1,391	156	,166	Masculino	59	14,7458	5,66475	,73749	DiPs	Femenino	99	8,8889	6,43633	,64688	2,092	156	,038	Masculino	59	6,9153	5,27613	,68689	DiS	Femenino	99	6,9798	5,33946	,53664	2,275	156	,024	Masculino	59	5,1017	4,42444	,57601	Mi	Femenino	99	7,0000	7,43955	,74770	2,386	156	,018	Masculino	59	4,8983	5,98762	,77952	GI	Femenino	99	76,2424	47,03192	4,72689	2,039	156	,043	Masculino	59	62,6949	35,85519	4,66795																								
DiFi	Femenino	99	16,3333	7,59431	,76326	1,391	156	,166																																																																																														
	Masculino	59	14,7458	5,66475	,73749				DiPs	Femenino	99	8,8889	6,43633	,64688	2,092	156	,038	Masculino	59	6,9153	5,27613	,68689	DiS	Femenino	99	6,9798	5,33946	,53664	2,275	156	,024	Masculino	59	5,1017	4,42444	,57601	Mi	Femenino	99	7,0000	7,43955	,74770	2,386	156	,018	Masculino	59	4,8983	5,98762	,77952	GI	Femenino	99	76,2424	47,03192	4,72689	2,039	156	,043	Masculino	59	62,6949	35,85519	4,66795																																						
DiPs	Femenino	99	8,8889	6,43633	,64688	2,092	156	,038																																																																																														
	Masculino	59	6,9153	5,27613	,68689				DiS	Femenino	99	6,9798	5,33946	,53664	2,275	156	,024	Masculino	59	5,1017	4,42444	,57601	Mi	Femenino	99	7,0000	7,43955	,74770	2,386	156	,018	Masculino	59	4,8983	5,98762	,77952	GI	Femenino	99	76,2424	47,03192	4,72689	2,039	156	,043	Masculino	59	62,6949	35,85519	4,66795																																																				
DiS	Femenino	99	6,9798	5,33946	,53664	2,275	156	,024																																																																																														
	Masculino	59	5,1017	4,42444	,57601				Mi	Femenino	99	7,0000	7,43955	,74770	2,386	156	,018	Masculino	59	4,8983	5,98762	,77952	GI	Femenino	99	76,2424	47,03192	4,72689	2,039	156	,043	Masculino	59	62,6949	35,85519	4,66795																																																																		
Mi	Femenino	99	7,0000	7,43955	,74770	2,386	156	,018																																																																																														
	Masculino	59	4,8983	5,98762	,77952				GI	Femenino	99	76,2424	47,03192	4,72689	2,039	156	,043	Masculino	59	62,6949	35,85519	4,66795																																																																																
GI	Femenino	99	76,2424	47,03192	4,72689	2,039	156	,043																																																																																														
	Masculino	59	62,6949	35,85519	4,66795																																																																																																	

Tabla 40. *Diferencia de medias por edad para PGISO*

Dim.	Edad	N	Media	Desviación estándar	Media de error st.	t	Gl	Sig. (bilateral)
LF	75 años o menos	80	15,9375	6,92518	,77426			
	Mayores de 75	78	16,3846	7,44020	,84244	-,391	154,55	,697
D	75 años o menos	80	12,8375	7,77768	,86957			
	Mayores de 75	78	13,5769	8,20598	,92914	-,581	155,03	,562
MP	75 años o menos	80	5,2875	5,15382	,57621			
	Mayores de 75	78	5,5897	5,29012	,59899	-,364	155,59	,717
DiFi	75 años o menos	80	15,5375	7,06739	,79016			
	Mayores de 75	78	15,9487	6,88853	,77997	-,370	156,00	,712
DiPs	75 años o menos	80	7,8625	5,94435	,66460			
	Mayores de 75	78	8,4487	6,25569	,70832	-,604	155,09	,547
DiS	75 años o menos	80	6,0500	5,05889	,56560			
	Mayores de 75	78	6,5128	5,13390	,58130	-,571	155,75	,569
Mi	75 años o menos	80	5,9000	6,81881	,76237			
	Mayores de 75	78	6,5385	7,18710	,81378	-,573	155,06	,568
GI	75 años o menos	80	69,4125	42,63139	4,76633			
	Mayores de 75	78	73,0000	44,72717	5,06435	-,516	155,16	,607

Tabla 41. *Diferencia de medias por Nivel de instrucción para PGISO*

Dim.	Edad	N	Media	Desviación estándar	Media errorst.	t	gl	Sig. (bilateral)
LF	NEBásico	107	16,9252	7,40054	,71544	2,069	156	,041
	NEMedio-Superior	51	14,5490	6,41658	,89850			
D	NEBásico	107	13,9346	8,39729	,81180	1,681	156	,095
	NEMedio-Superior	51	11,6667	6,83130	,95657			
MP	NEBásico	107	5,8879	5,59705	,54109	1,585	156	,115
	NEMedio-Superior	51	4,4902	4,16832	,58368			
DiFi	NEBásico	107	15,9439	7,59199	,73395	,531	156	,596
	NEMedio-Superior	51	15,3137	5,44606	,76260			
DiPs	NEBásico	107	8,6729	6,41016	,61969	1,565	156	,120
	NEMedio-Superior	51	7,0588	5,23989	,73373			
DiS	NEBásico	107	6,8972	5,44429	,52632	2,501	156	,014
	NEMedio-Superior	51	4,9804	3,97739	,55695			
Mi	NEBásico	107	6,7757	7,50007	,72506	1,466	156	,145
	NEMedio-Superior	51	5,0392	5,65672	,79210			
GI	NEBásico	107	75,0374	46,63769	4,50864	1,618	156	,108
	NEMedio-Superior	51	63,0980	35,39619	4,95646			

Tabla 42. *Diferencia de medias por Ocupación actual para PGISO*

Dim.	Ocupación	N	Media	Desviación estándar	Media error st.	t	gl	Sig. (bilateral)
LF	Jubilado	114	14,4649	6,26718	,58697	-5,157	156	,000
	Pensionado	44	20,5455	7,54353	1,13723			
D	Jubilado	114	11,4912	6,56654	,61501	-4,614	156	,000
	Pensionado	44	17,6364	9,54083	1,43833			
MP	Jubilado	114	4,2368	4,32793	,40535	-5,007	156	,000
	Pensionado	44	8,5455	6,00564	,90538			
DiFi	Jubilado	114	14,2018	5,76867	,54029	-4,773	156	,000
	Pensionado	44	19,7273	8,17928	1,23307			
DiPs	Jubilado	114	6,7544	4,96815	,46531	-4,985	156	,000
	Pensionado	44	11,7727	7,20098	1,08559			
DiS	Jubilado	114	5,2456	4,29357	,40213	-4,336	156	,000
	Pensionado	44	8,9545	5,98430	,90217			
Mi	Jubilado	114	4,6930	5,66174	,53027	-4,693	156	,000
	Pensionado	44	10,1591	8,48513	1,27918			
GI	Jubilado	114	61,0877	35,48340	3,32333	-5,038	156	,000
	Pensionado	44	97,3409	51,51786	7,76661			

La variable **Estado Civil**, categorizado en soltero, casado-en pareja, viudo, y divorciado-separado no mostró diferencias estadísticamente significativas en relación a los factores del OHIP-49. En virtud de ello, combinando esta variable con la información brindada sobre la convivencia, se creó una variable dicotómica a la que se denominó **Situación vincular**, con las categorías: Con vínculo estable (casados que conviven con familiares) y Sin vínculo estable (para todas las otras situaciones).

Asumiendo la igualdad de varianzas (mediante la Prueba F de Levene), se determinó que existen diferencias estadísticamente significativas para todas las dimensiones, incluido el Perfil Global de Impacto (Tabla 43). En todos los casos, se observa que los puntajes son más bajos (no problemáticos o positivos) para las personas casadas que conviven con su pareja y otros familiares.

Tabla 43. *Diferencia de medias por Situación vincular para PGISO*

		N	Media	Desviación estándar	Media error st.	t	gl	Sig. (bilateral)
LF	Sin Vínculo estable	90	17,5444	7,62338	,80358	2,861	156	,005
	Con Vínculo estable	68	14,3235	6,08998	,73852			
D	Sin Vínculo estable	90	14,5333	8,75792	,92317	2,451	156	,015
	Con Vínculo estable	68	11,4412	6,45162	,78237			
MP	Sin Vínculo estable	90	6,2222	5,75488	,60662	2,208	156	,029
	Con Vínculo estable	68	4,3971	4,19716	,50898			
DiFi	Sin Vínculo estable	90	16,8222	7,43599	,78382	2,277	156	,024
	Con Vínculo estable	68	14,3088	6,03536	,73190			
DiPs	Sin Vínculo estable	90	9,1667	6,51230	,68646	2,449	156	,015
	Con Vínculo estable	68	6,8088	5,22410	,63352			
DiS	Sin Vínculo estable	90	7,0667	5,53802	,58376	2,271	156	,025
	Con Vínculo estable	68	5,2353	4,23249	,51326			
Mi	Sin Vínculo estable	90	7,4778	7,52558	,79327	2,663	156	,009
	Con Vínculo estable	68	4,5441	5,84995	,70941			
GI	Sin Vínculo estable	90	78,8333	47,46453	5,00320	2,584	156	,011
	Con Vínculo estable	68	61,0588	35,69810	4,32903			

Análisis de indicadores de Servicios y cuidados

Para determinar las correlaciones entre las dimensiones del perfil de impacto y las variables de tipo ordinal referidas al servicio de salud brindado, se utilizó el estadístico tau-b de Kendall.

Como se observa en la Tabla 44, todas las dimensiones, incluido el Perfil global de impacto, correlacionan de forma moderada e inversa con el Nivel de satisfacción con el servicio de salud. Las dimensiones también correlacionan inversamente con la opinión que los usuarios tienen de la atención que brindan los odontólogos, aunque de manera débil. Hay correlaciones inversas y débiles entre el Nivel de Atención que brinda la obra social según sus afiliados y las dimensiones Dolor físico, Discapacidad psicológica, Minusvalía y el Perfil global de impacto. Corresponde señalar además que no se presenta ninguna correlación estadísticamente significativa entre las dimensiones del perfil de impacto y las variables Opinión sobre el servicio de salud brindado y Opinión sobre el servicio odontológico brindado.

Tabla 44. *Correlación entre factores del PGISO y variables de Servicio brindado por el INSSJP*

		Tau-b de Kendall	Error st.asintótico^a	t aprox.^b	Sig. aprox.^c
	Nivel de atención	-,111	,075	-1,481	,139
	Nivel satisfacción con servicio	-,374	,065	-5,316	,000
LF	Opinión servicio de salud	,083	,063	1,317	,188
	Opinión servicio de odontología	-,031	,069	-,448	,654
	Opinión atención de odontólogos	-,153	,061	-2,442	,015
	Nivel de atención	-,171	,080	-2,135	,033
	Nivel satisfacción con servicio	-,448	,058	-6,624	,000
D	Opinión servicio de salud	,051	,069	,727	,467
	Opinión servicio de odontología	,025	,067	,377	,707
	Opinión atención de odontólogos	-,236	,051	-4,329	,000
	Nivel de atención	-,121	,077	-1,572	,116
	Nivel satisfacción con servicio	-,414	,058	-6,356	,000
MP	Opinión servicio de salud	,091	,062	1,469	,142
	Opinión servicio de odontología	,004	,060	,069	,945
	Opinión atención de odontólogos	-,226	,061	-3,575	,000
	Nivel de atención	-,067	,079	-,852	,394
	Nivel satisfacción con servicio	-,354	,068	-4,864	,000
DiFi	Opinión servicio de salud	,027	,065	,422	,673
	Opinión servicio de odontología	-,083	,065	-1,283	,200
	Opinión atención de odontólogos	-,199	,059	-3,263	,001
	Nivel de atención	-,151	,077	-1,970	,049
	Nivel satisfacción con servicio	-,453	,054	-7,329	,000
DiPs	Opinión servicio de salud	,124	,071	1,737	,082
	Opinión servicio de odontología	-,023	,062	-,370	,711
	Opinión atención de odontólogos	-,182	,066	-2,693	,007
	Nivel de atención	-,119	,077	-1,555	,120
	Nivel satisfacción con servicio	-,411	,058	-6,427	,000
Di.S.	Opinión servicio de salud	,053	,063	,843	,399
	Opinión servicio de odontología	-,059	,061	-,966	,334
	Opinión atención de odontólogos	-,357	,060	-5,680	,000

Continuación de la Tabla 44

		Tau-b de Kendall	Error st.asintótico^a	t aprox.^b	Sig. aprox.^c
	Nivel de atención	-,172	,081	-2,107	,035
	Nivel satisfacción con servicio	-,462	,054	-6,752	,000
Mi	Opinión servicio de salud	,010	,061	,170	,865
	Opinión servicio de odontología	-,027	,062	-,440	,660
	Opinión atención de odontólogos	-,192	,065	-2,816	,005
	Nivel de atención	-,166	,076	-2,174	,030
	Nivel satisfacción con servicio	-,467	,051	-7,239	,000
Gl	Opinión servicio de salud	,079	,069	1,128	,259
	Opinión servicio de odontología	-,028	,063	-,436	,663
	Opinión atención de odontólogos	-,224	,053	-3,929	,000

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

c. Se destacan en color las correlaciones estadísticamente significativas

Tabla 45. Asociación entre factores del PGISO y Comportamientos de cuidado bucal

		X²	gl	Coefic. contingencia	Sig. aprox.^b
LF	Hábitos de cuidado	9,053 ^a	8	-	,338
	Uso de prótesis removible	4,539 ^a	4	-	,338
D	Hábitos de cuidado	19,239 ^a	8	,329	,014
	Uso de prótesis removible	14,647 ^a	4	,402	,005
MP	Hábitos de cuidado	7,659 ^a	8	-	,468
	Uso de prótesis removible	7,454 ^a	4	-	,117
DiFi	Hábitos de cuidado	13,253 ^a	8	-	,103
	Uso de prótesis removible	5,694 ^a	4	-	,223
DiPs	Hábitos de cuidado	8,027 ^a	8	-	,431
	Uso de prótesis removible	6,704 ^a	4	-	,152
Di.S.	Hábitos de cuidado	14,896 ^a	8	,237	,048
	Uso de prótesis removible	9,694 ^a	4	,247	,047
Mi	Hábitos de cuidado	15,130 ^a	6	,296	,019
	Uso de prótesis removible	19,105 ^a	3	,348	,000
Gl	Hábitos de cuidado	9,028 ^a	8	-	,340
	Uso de prótesis removible	5,885 ^a	4	-	,208

a. En todos los casos el recuento no es menor a 5.

b. La significación del coeficiente de contingencia se basa en la significación del Chi cuadrado

Tal como se aprecia en la Tabla 45, se ha utilizado el Chi cuadrado para determinar las asociaciones entre los distintos factores del perfil de impacto (OHIP-49) y las condiciones objetivas de salud bucal, debido a que éstas variables son nominales.

Al analizar si existe relación entre los hábitos de cuidado bucal y los indicadores de impacto del OHIP-49, se rechazó la hipótesis nula para el Dolor físico, la Discapacidad Social y la Minusvalía. En los tres casos, el coeficiente de contingencia indica que las asociaciones entre variables son débiles. Los mismos indicadores también presentan asociación con el uso de prótesis removible, siendo débil dicha asociación en la Discapacidad Social y la Minusvalía, mientras que es moderada para el Dolor físico.

Análisis de indicadores cognitivos y actitudinales

Para analizar los Conocimientos sobre los cuidados bucales y su relación con la calidad de vida percibida en la vejez, se consideraron cuatro variables: conocimiento del concepto “Gerodontología”, y de “Odontogerontología”, la fuente de información sobre los cuidados, y el acceso a instancias informativas alternativas.

Dado que las variables son de tipo nominal, se calcularon el estadístico Phi de Cramer para las variables nominales dicotómicas y el V de Cramer para las pluricategoriales. Todas las asociaciones consideradas se plasman en la Tabla 46.

El cálculo de la prueba chi cuadrado permite rechazar la hipótesis nula de relación entre “Quién informa sobre cuidados bucales” y todas las dimensiones del Perfil de impacto; se observa además que en todos los casos las asociaciones son moderadas.

En cuanto a “Poseer instancias informativas alternativas”, la hipótesis nula de relación con las dimensiones del Perfil de impacto se ha aceptado, en virtud de lo cual se afirma que las variables son independientes entre sí.

El concepto de Gerodontología aparece asociado – luego de rechazar la hipótesis nula de relación – con las dimensiones Malestar psicológico, Discapacidad física, Discapacidad psicológica, Discapacidad social, Minusvalía y el Perfil global, siendo débiles tales asociaciones.

Para el concepto de Odontogeriatría se determinaron asociaciones débiles – habiendo rechazado la hipótesis nula – con las dimensiones Malestar psicológico, Discapacidad psicológica, Discapacidad social, Minusvalía y el Perfil global.

Tabla 46. *Correlación entre factores del PGISO y Conocimientos e información sobre cuidado bucal*

		X ²	gl	Phi/V de Cramer	Sig. aprox. ^b
LF	Concepto de Gerodontología	7,422	4	-	,115
	Concepto de Odontogeriatría	7,766	4	-	,101
	Quien informa cuidados bucales	25,057	8	,398	,002
	Instancias informativas alternativas	4,938	4	-	,294
D	Concepto de Gerodontología	8,697	4	-	,069
	Concepto de Odontogeriatría	8,547	4	-	,073
	Quien informa cuidados bucales	21,593	8	,370	,006
	Instancias informativas alternativas	2,288	4	-	,683
MP	Concepto de Gerodontología	11,387	4	,268	,023
	Concepto de Odontogeriatría	10,394	4	,256	,034
	Quien informa cuidados bucales	22,481	8	,377	,004
	Instancias informativas alternativas	6,284	4	-	,179
DiFi	Concepto de Gerodontología	10,558	4	,259	,032
	Concepto de Odontogeriatría	5,721	4	-	,221
	Quien informa cuidados bucales	25,751	8	,404	,001
	Instancias informativas alternativas	2,872	4	-	,579
DiPs	Concepto de Gerodontología	13,448	4	,292	,009
	Concepto de Odontogeriatría	11,390	4	,268	,023
	Quien informa cuidados bucales	20,555	8	,361	,008
	Instancias informativas alternativas	2,255	4	-	,689
Di.S.	Concepto de Gerodontología	16,213	4	,320	,003
	Concepto de Odontogeriatría	12,760	4	,284	,013
	Quien informa cuidados bucales	25,421	8	,401	,001
	Instancias informativas alternativas	2,636	4	-	,620
Mi	Concepto de Gerodontología	10,137	3	,256	,017
	Concepto de Odontogeriatría	7,688	3	,221	,050
	Quien informa cuidados bucales	20,770	6	,363	,002
	Instancias informativas alternativas	3,371	3	-	,338
GI	Concepto de Gerodontología	12,607	4	,282	,013
	Concepto de Odontogeriatría	10,756	4	,261	,029
	Quien informa cuidados bucales	23,677	8	,387	,003
	Instancias informativas alternativas	1,793	4	-	,774

a. En todos los casos el recuento no es menor a 5.

b. La significación del coeficiente de contingencia se basa en la significación del Chi cuadrado

Tabla 47. Asociación entre factores del PGISO y Percepciones sobre la salud bucal

		X²	gl	Cofic. contingencia	Sig. aprox.^b
LF	Salud Autopercebida	146,82 ^a	8	,694	,000
	Motivos acude odontólogo	32,721 ^a	8	,414	,000
D	Salud Autopercebida	149,28 ^a	8	,697	,000
	Motivos acude odontólogo	47,747 ^a	8	,482	,000
MP	Salud Autopercebida	142,31 ^a	8	,688	,000
	Motivos acude odontólogo	33,690 ^a	8	,419	,000
DiFi	Salud Autopercebida	138,65 ^a	8	,684	,000
	Motivos acude odontólogo	44,969 ^a	8	,471	,000
DiPs	Salud Autopercebida	147,79 ^a	8	,695	,000
	Motivos acude odontólogo	35,206 ^a	8	,427	,000
Di.S.	Salud Autopercebida	143,42 ^a	8	,690	,000
	Motivos acude odontólogo	40,394 ^a	8	,451	,000
Mi	Salud Autopercebida	144,40 ^a	6	,691	,000
	Motivos acude odontólogo	36,806 ^a	6	,435	,000
Gl	Salud Autopercebida	157,84 ^a	8	,707	,000
	Motivos acude odontólogo	45,738 ^a	8	,478	,000

a. En todos los casos el recuento no es menor a 5.

b. La significación del coeficiente de contingencia se basa en la significación del Chi cuadrado

Como se aprecia en la Tabla 47, se ha utilizado el Chi cuadrado para determinar las asociaciones entre los distintos factores del perfil de impacto (OHIP-49) y las percepciones asociadas a la salud bucal de los participantes, debido a que éstas variables son nominales.

Para todos los indicadores de impacto de la salud bucal sobre la calidad de vida en relación con la salud autopercebida, se rechazó la hipótesis nula. Al determinar los grados de asociación de dicha variable con cada indicador se aprecia que las mismas entre moderadas y fuertes.

En cuanto a los motivos por los que acude al odontólogo y su asociación con los indicadores de impacto, se rechazó la hipótesis nula en todos los casos. Los coeficientes de contingencia permiten afirmar que las asociaciones entre las variables son moderadas, aunque comparativamente son inferiores a obtenidas en cuanto a la salud bucal autopercebida.

DISCUSIÓN

La presente investigación se formuló con el objetivo de analizar el perfil de impacto de la salud bucal en la CV de los adultos mayores que concurren al INSSJP del barrio San Vicente de la Ciudad de Córdoba, con base en el enfoque de la Gerodontología.

Para ello se recolectó información entre los adultos mayores asistentes al servicio de odontología del INSSJP de la sede local antes mencionada, seleccionándose una muestra de 158 personas de ambos sexos, que aceptaron participar voluntariamente del estudio y que respondieron en su totalidad el instrumento de recolección administrado. La media de edad de los participantes fue de 75.19 años ($D.S.=6.73$), el 62.7% corresponde al sexo femenino, el 72.2% se identificó como jubilado, el 67.7% informó que solo alcanzó nivel educativo básico; el 43% indicó que era casado y el 76.6% que convive con al menos un familiar.

En materia de salud, en nuestro país son limitadas las políticas de prevención de enfermedades dentales. En este sentido, la salud bucodental depende de la atención odontológica adecuada, que solo puede brindarse cuando confluyen el acceso a la atención y la percepción de que se tiene un problema bucodental. Tal como lo plantean Díaz-Cárdenas *et al* (23), esto varía entre grupos etarios, siendo compleja la situación cuando se trata de AM.

El aumento de esperanza de vida ha traído como consecuencia el aumento de la proporción poblacional de mayores de 65 años, a nivel mundial (1), de modo que todos los países – en distintas medidas – deban enfrentar desafíos económicos y socio-sanitarios asociados al envejecimiento poblacional. Estos desafíos incluyen acompañar el aumento de años de vida con aumento de CV, ésta última ha sido conceptualizada de diversas maneras, y que en esta investigación se la ha entendido tal como la propone la OMS (2, 20), destacando su relación con la Salud en general (CVRS) y con la Salud Oral en particular (CVRSO). Es decir, la CV incluye indicadores tanto objetivos como subjetivos, a la vez que está condicionada por determinantes tanto sociales como personales (22). Dada esta complejidad, en esta investigación se enfocaron algunos de dichos indicadores y determinantes, siendo los factores sociales-objetivos los primeros en abordarse aquí.

La salud oral, como se señaló, es un componente fundamental de la salud general, en tanto posibilita funciones vitales como la alimentación, la comunicación, los afectos y la

sexualidad, además de relacionarse con aspectos de carácter fisiológico, psicológico y social. Sin embargo, a pesar de la abundante literatura sobre la vejez como etapa vital, y del impacto del proceso de envejecimiento sobre la CV de los AM, sigue siendo limitada la investigación sobre la relación entre la salud bucal de este grupo etario y la CV como constructo multidimensional.

Al igual que señalan distintos estudios reseñados (8, 23, 27, 43), en nuestro contexto es frecuente que los AM asistan al odontólogo con caries y con varias piezas dentarias perdidas, producto de la acumulación de daño durante un tiempo prolongado, y en general, por la escasa cobertura de la atención odontológica, situación que es marcada entre los adultos que asisten al sistema público de salud. De la misma forma, se encuentran pacientes con prótesis en mal estado y pacientes edentulos que, por lo general, vienen rehabilitados con prótesis totales, con buena apariencia estética de su prótesis superior, y una prótesis mandibular que generalmente no pueden usar. En definitiva, la atención bucal en AM se enfoca principalmente en la rehabilitación de la funcionalidad bucal.

Esto impacta en la CV de los AM tratados, por lo cual es importante conocer la opinión y el grado de satisfacción que los mismos tienen de dichos tratamientos. Por esto, con el objetivo de caracterizar la percepción que los AM participantes tienen del Servicio de Salud Bucal recibido del INSSJP, se indagaron sus opiniones al respecto.

Se observó que el 72.1% tiene una buena-muy buena opinión sobre el servicio de salud general que brinda el INSSJP, y el 89.9% afirma que los niveles de atención también lo son. No obstante, y posiblemente por la primacía del enfoque odontogeriátrico o rehabilitador, los porcentajes disminuyen a la hora de considerar el servicio odontológico en particular. Así, solo 54.4% opina que el mismo es bueno dentro del INSSJP y el 53.2% tiene una buena opinión sobre la atención que brindan los odontólogos del servicio estudiado. Coincide esto con lo planteado por Diaz-Cárdenas *et al* (23) en relación a que la atención odontológica para AM se caracteriza no solo por la falta de lugares especializados para este grupo etario, sino también por la insatisfacción en la atención recibida.

Las personas adultas mayores tienen derecho a una atención integral de la salud, de acceso universal e igualitario, en un conjunto articulado y continuo de acciones y servicios públicos y privados, que garanticen la prevención, promoción, protección y recuperación de la salud, incluyendo la atención especial de las dolencias que afectan

preferencialmente a las personas adultas mayores. Pero cuando la atención se enfoca prioritariamente en la rehabilitación de la funcionalidad bucal, son dejados de lado otros aspectos igualmente importantes, que incluyen – entre otros – la autopercepción de la salud oral de cada paciente, los conocimientos que sobre el cuidado bucal posee la población en general y la forma en algunos determinantes sociales inciden en la salud bucal.

Además, las personas en general deberían tener acceso a toda la información gerontológica disponible, para incrementar su conocimiento y llevar a cabo acciones de prevención y preparación para la vejez. Esto lleva a buscar conceptos teóricos que no solo abarquen aspectos socio-demográficos y/o culturales, sino también una mirada integradora, que incluya dimensiones como las representaciones y los conocimientos que tanto profesionales como pacientes tienen del adulto mayor y de sus necesidades en materia de atención en salud bucal.

Por lo mismo, la investigación se planteó desde un enfoque integral proveniente de la Gerodontología (27) y el envejecimiento activo (25), lo cual suponen que la prevención y la promoción en materia de cuidados de la salud son tan relevantes como el tratamiento y la rehabilitación.

Surge de aquí la importancia de indagar qué conocimiento y/o formación tienen los participantes sobre la salud oral en la vejez, ya que de ella dependen las posibilidades de implementar acciones preventivas y de autocuidado.

Solo el 4.4% conoce tanto el concepto de Odontogeriatría como el de Gerodontología; el 25.9% reconoce en el odontólogo la fuente de información y/o formación recibida sobre la salud oral, reconociendo un 87.3% que recurre a instancias informativas alternativas sobre los posibles problemas y/o cuidados requeridos a nivel de salud bucal. Es decir, el profesional odontólogo no es reconocido por la mayoría como una figura que provee de información sobre cómo cuidar de la salud bucal ni sobre el rol que esta tiene en el marco de los cuidados de la salud en general, para alcanzar una vejez saludable.

En este punto caben las reflexiones de Anaya Cassou (28), quien destaca que los profesionales odontólogos reciben una formación centrada en las enfermedades y el tratamiento, dejándose de lado la formación en acciones preventivas y de promoción de la salud; es decir, los odontólogos no estarían cumpliendo su función de formadores informales o agentes de salud primaria en materia de prevención.

Los datos muestran, por ejemplo, que el 57.0% acude al odontólogo por dolores en la región bucal, y que relaciona la visita al consultorio odontológico con dolor, miedo, prótesis, caries, anestesia y torno (59.6%). Esto implica que la demanda de atención no es para un control preventivo, en general, sino por problemas dentales prevalentes y cuando la necesidad de atención es urgente, coincidiendo con los resultados de Alas Guillen *et al* (30). De igual manera lo plantean López *et al* (7) cuando destacan, entre las diferentes causas de pérdida de salud bucal en los AM, el rechazo a la consulta odontológica por el temor a las maniobras dentales, y la falta de revisiones periódicas para prevenir enfermedades bucales que podrían evitar tratamientos de rehabilitación especializados y costosos.

Reiteramos entonces, para retomar luego, la importancia de brindar información a la población sobre los cuidados de salud bucal y su relación con el envejecimiento, debiendo provenir la misma de los profesionales odontólogos, quienes a su vez requieren de mayor formación en materia de promoción y prevención de la salud bucal (27).

Desde las conceptualizaciones de la CVRSO se ha originado una perspectiva integral que considera a la salud bucodental como bienestar físico-psicológico-social relacionado al estado de la dentición y los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal. Es importante entonces sumar a la descripción anterior variables psicológicas y sociales, que son condiciones inherentes al concepto de Calidad de Vida. Por lo mismo, otro objetivo fue describir condiciones de Salud Bucal y aspectos cognitivo-actitudinales asociados a la misma, en los adultos mayores de la muestra en estudio.

León y Giacaman (17) destacan que los AM presentan una gran variedad de problemas bucales tales como caries, enfermedades periodontales, pérdida dentaria, prótesis dentales no funcionales, lesiones en la mucosa oral y xerostomía, entre otros; a ello se suman otras enfermedades crónicas que pueden limitar la tolerancia de los AM a los procedimientos dentales o disminuir su capacidad neuromuscular para adaptarse a los tratamientos rehabilitadores protésicos. Pero, como lo remarcan Gonzalez Ramos *et al* (16), las enfermedades bucales de los AM no son necesariamente producidas por el envejecimiento, sino resultantes del mal cuidado y del mal estado bucal de la persona a lo largo del tiempo. Dado que todo ello puede impactar fuertemente en su CV, se indagaron condiciones de cuidado de la salud bucal dentro de la muestra de participantes.

Se consideraron el uso de prótesis removible y la cantidad de piezas dentarias conservadas en buenas condiciones (± 20 piezas) como indicadores de las condiciones reales de salud bucal de los AM participantes; el 25.1% de la muestra utiliza prótesis removibles, y el 55.1% presenta buena salud bucal. En relación a los hábitos de cuidado de la salud bucal, el 77.2% de los adultos mayores participantes afirma que utiliza cepillo y pasta dental para tal fin. Además, dado que la CV puede verse condicionada por la autopercepción de la salud general, corresponde señalar que el 62.0% percibe que posee una buena salud bucal.

Esta discrepancia entre lo evaluado por el profesional odontólogo y lo percibido por los participantes es una constante dentro de los estudios asociados a la autopercepción de la salud oral en AM (8, 43, 44, 45, 47). Los AM tienden a evaluar subjetivamente su salud bucal, haciéndolo de forma más positiva que lo indicado por el profesional odontólogo. Como se afirma en distintos estudios (7, 16, 47), la deficiencia de la salud bucal en los AM es considerada por ellos como una parte natural del proceso de envejecimiento, y no como una consecuencia de sus propios hábitos de cuidado, a lo que se suma que la percepción es favorable por considerar que la salud bucal no implica ningún riesgo para la propia vida.

En la presente investigación estos datos importan a la luz de la CV percibida de los participantes. Entre los conceptos claves que propone Lawton (22) en relación con la CV, destacan los **juicios** que sobre la calidad de la propia vida hace cada persona. Así, el aspecto valorativo, subjetivo, se torna condicionante de la evaluación. Por lo mismo, al estudiar la CV de vida deben considerarse las cuatro áreas que menciona el autor: CV ligada a la biología (ej., dolor), CV ligada a afectos y necesidades personales (ej., malestar psicológico), CV ligada a la relación con el mundo externo (ej., discapacidad social) y CV *percibida*, como el componente más subjetivo que atraviesa al resto de las áreas. Fue así que se evaluaron indicadores de Calidad de Vida asociada a la Salud Bucal de los adultos mayores participantes, a partir de las dimensiones del OHIP-49, los cuales se han agrupado en las áreas mencionadas por Lawton a los fines de su análisis.

En relación con los indicadores **biológicos o físicos**, se evaluaron la limitación funcional, el dolor físico y la discapacidad física.

Según las dimensiones del OHIP-49, la limitación funcional de los AM se asocia, básicamente, a las dificultades para masticar (34). Los datos recolectados indican que en el 56.3% de los casos esta limitación es relativa, siendo severa solo en el 5.7%. De los

indicadores individuales en base a los cuales se determina esta limitación, se observa como más prevalente que el 44.3% afirma que algunas veces la comida se queda atrapada entre sus dientes, mientras que el 59.9% afirma que nunca ha sentido que su digestión empeora al llegar a la vejez.

En cuanto al dolor físico – entendido como sensibilidad en los dientes –, el 75.3% dice que no lo siente, o que percibe el mismo en bajos niveles, en relación a su salud bucal; no obstante, algunas veces han tenido dolor en sus encías (38.0%), sentido algún grado de dolor (molestia o incomodidad) al comer algún alimento (39.2%), y/o sentido incómodas sus prótesis removibles (44.9%).

El 62.7% de la muestra presenta relativa discapacidad física referida a su salud oral, asociándose esto a los cambios en la dieta producidos por problemas bucales. Entre los indicadores individuales, destaca que el 49.4% de los participantes afirman que frecuentemente han tenido que evitar comer algunos alimentos, y algunas veces han sentido que sus alimentos tienen menos sabor (46.2%), han sido incapaces de cepillarse apropiadamente (43.7%), han sido incapaces de comer con las prótesis por problemas con las mismas (48.7%), ha evitado sonreír (43.7%) o ha tenido que interrumpir comidas (41.1%).

Como se observa, los datos muestran que tanto el dolor físico como la discapacidad física – en relación a la salud oral – se asocian principalmente al uso de prótesis, siendo esto coincidente con lo que reseñan distintos estudios (36, 37, 41, 44, 45); la percepción de la CV es más negativa tanto cuanto se usa prótesis removible (experiencia) como cuando el número de dientes faltantes exigiría su uso (expectativas). Puede suponerse que esto se asocia a que los AM suelen sufrir de enfermedades crónicas que disminuyen su capacidad de adaptarse a las prótesis, y/o a que frecuentemente las prótesis pueden no resultar funcionales (17). Inversamente, algunos estudios (4, 44, 48, 49) indican que el uso de prótesis – aun las removibles – producen un impacto positivo en la percepción de CVRSO cuando el paciente solicitó dicho tratamiento, y/o cuando se perciben las ventajas de usar prótesis removibles ante la pérdida dental superior a las 20 piezas: opción económica, estéticamente aceptable y facilidad de limpieza.

De los resultados también se infiere que el indicador más claro respecto al impacto que la salud bucal tiene en la CV de los AM es el asociado a la función alimenticia, siendo esto coincidente con algunas investigaciones (23, 37, 39, 47, 49). Esto muestra que, en general, los AM toman conciencia de sus problemas dentales cuando la función

alimenticia se ve disminuida o resentida(17). Por lo mismo, Bellamy Ortiz y Moreno Altamirano (4) señalan que la prótesis removible puede ser percibida como positiva frente a la alternativa de no tener dientes, y por ende, estos AM perciben como favorable su CVRSO, aunque la pérdida dental es indicadora de una mala salud bucal.

Corresponde destacar la importancia que tiene el asesoramiento odontológico sobre la dieta o ingesta de alimentos; es decir, el rol del odontólogo no se termina en el cuidado de la salud bucal (27) sino que debe concebir a la misma como parte de la salud general, y por ende, también es su función orientar en relación con la alimentación apropiada para dicho cuidado (31). En sentido más amplio, los datos sugieren la necesidad de generar políticas públicas que consideren a la salud oral desde una perspectiva integral.

Siguiendo a Lawton, se evaluaron como indicadores **psicológicos** de la CV, tanto el malestar como la discapacidad de tipo psicológicos.

El 57.6% de la muestra no presenta o presenta escaso malestar psicológico asociado a su salud bucal; los participantes afirmaron que nunca se sintieron obsesionados por temas relativos a la salud bucal (60.1%), ni los problemas dentales los han hecho sentir infelices (57.0%) ni se han sentido tensos por problemas relativos a sus dientes (59.5%). Es decir, la salud oral no ha afectado la conciencia de sí mismo, en sentido general.

Los datos indican que los AM encuestados algunas veces se han sentido avergonzados en relación a su salud bucal (58.2%), pero casi nunca se ha visto afectada su concentración (65.8%) por causa de aquella. En el mismo sentido, afirman que nunca han sufrido interrupciones del sueño (51.3%), han estado molestos o irritados (39.2%) o se han sentido deprimidos (57.6%) por efecto de su salud bucal. En suma, el 77.2% afirma que han tenido nulas o relativas dificultades para concentrarse, como efecto de la salud oral.

Puede apreciarse entonces que los aspectos psicológicos asociados a las condiciones de salud bucal no impactarían negativamente en la CV de la mayor parte del grupo en estudio. Esto se diferencia de los resultados obtenidos por otros investigadores (36, 37, 42). En los estudios de Aubert *et al.* (36) y Meusel *et al.* (37) aparecen las molestias psicológicas asociadas a la salud bucal en porcentajes superiores al 80% así como problemas de incapacidad psicológica que superan el 50%. Sin embargo, cabe destacar que en ambos estudios los investigadores incluyeron personas de distintas edades, sin circunscribirse exclusivamente al grupo de AM, lo que podría derivar en percepciones

diferentes en cuanto a la dimensión psicológica. En cuanto al estudio de Echeverría *et al* (42) la diferencia puede deberse a la estrategia metodológica implementada, a diferencias culturales o bien a las políticas de salud bucal implementada por cada país.

En otro sentido, Hayashi *et al.* (46) reportan que la angustia emocional es predictora de la deficiente CV; es decir, los estados emocionales disfóricos o negativos, como la ansiedad y la depresión, serían previos o concomitantes a los problemas de salud bucal, haciendo que la valoración de la CVRSO se vea comprometida en su dimensión psicológica.

Corresponde señalar que los resultados del presente estudio son coherentes con los hallazgos de Brauche *et al.* (38), Da Mata *et al* (41) y Alzate-Urrea *et al.* (47); es posible que la valoración de las variables psicológicas haya sido positiva porque al momento de ser entrevistados los participantes estaban recibiendo tratamientos odontológicos, lo que lleva a percibir menos situaciones de malestar psicológico asociado a su salud bucal.

Por último, en acuerdo con lo afirmado por Haag *et al.* (48) y Reissman *et al.* (49), los resultados discordantes entre investigaciones pueden deberse a factores psicosociales, a condiciones clínicas no indagadas, y a la aplicación de distintos instrumentos de medición de la CVRSO, o a tipos de investigaciones con diseños disímiles (como en 42). En virtud de ello, y en base a la Declaración de Talca (17), se sugiere la realización de estudios interdisciplinarios, donde el análisis de los estados emocionales se efectúe con instrumentos apropiados para ello y desde una perspectiva psico-socio-emocional, así como la comparación de CVRSO en personas con y sin enfermedades crónicas o condiciones de salud adversas.

Respecto a los factores de índole **social**, los datos se asocian a la evitación de la interacción social y a la imposibilidad de trabajar en forma productiva. En cuanto a la primera, se observa que el 77.2% de los participantes no presenta o presenta en muy bajo nivel discapacidad social, siendo la minusvalía del grupo encuestado principalmente nula o escasa (72.8%). Los AM participantes afirmaron, por ejemplo, que no han sido menos tolerantes con su familia o pareja a raíz de su salud bucal (62.0%), ni que ello le hubiera provocado dificultades para hacer su trabajo habitual (48.7%). Tampoco asocian su salud bucal a la incapacidad de disfrutar la compañía de otros (49.4%), o percibido que su vida era menos satisfactoria (56.3%), ni sentido que eran incapaces de funcionar socialmente (52.5%).

Estos resultados muestran que el conjunto de factores sociales asociados a las condiciones de salud bucal parece ser el menos asociado a la CV, según lo que señalan los mismos AM. Esto coincide con los hallazgos de diversos estudios reseñados (36, 37, 38, 41, 42, 43, 44, 46, 48), donde los aspectos físicos y/o los psicológicos adquieren relevancia en relación con la CVRSO pero no las variables sociales, lo que podría deberse a la condición de personas laboralmente retiradas de los participantes, o bien a que las problemáticas de salud psico-físicas percibidas como propias de la edad preocupan más que las condiciones sociales de vida.

Por otra parte, los datos son discordantes con los hallazgos de González Ramos *et al* (16) y de Díaz Cárdenas *et al* (23), siendo posible atribuir las diferencias tanto a condiciones socioculturales y económicas de las poblaciones estudiadas, como a la aplicación de instrumentos de medición de CV diferentes. Esto último se retoma más adelante, dada la importancia que se asigna actualmente a la búsqueda de estrategias comunes de investigación para evitar los sesgos(48). En cuanto a lo primero, puede suponerse que las diferencias se asocian a que los participantes de nuestro estudio cuentan con prestaciones de salud bucal (son asistentes al INSJJP), mientras que los participantes de Cuba (16) y Colombia (23) reciben tratamientos gratuitos brindados en instituciones educativas y/o de investigación, con las limitaciones que ello supone para el acceso a los servicios de salud.

En cuanto al **Perfil Global de Impacto de la Salud Oral sobre la Calidad de Vida**, en el sentido que se indagó mediante la OHIP-49 (34), puede señalarse que solo en el 22.8% de los casos el impacto alcanzaría alto grado. De hecho, la muestra estudiada se ubica sensiblemente por debajo de la puntuación total esperada (M=71.18, D.E.=43.58). Al respecto cabe señalar que los resultados no coinciden con los reportados en algunas investigaciones en que también se usó la escala OHIP (36, 37, 38, 41, 42), aunque coinciden con los presentados por Duque-Duque *et al* (39). En base a estos resultados se determinó completar el análisis con los indicadores evaluados en el mencionado estudio.

Así, siguiendo la propuesta de Duque-Duque *et al* (39), se analizaron tres variables de resumen surgidas de la información que provee el OHIP: Prevalencia, Extensión y Severidad del impacto de la salud oral sobre la calidad de vida de los participantes. Respecto a la primera, los datos indican que la Salud Oral tiene un grado de prevalencia de impacto sobre la CV entre nulo y moderado, en el 63,3% de los casos estudiados. El

análisis de la extensión del impacto muestra que la Salud Oral impacta de forma moderada-elevada sobre la CV solo en el 22,8% de los casos estudiados. Esto se repite en cuanto a la severidad de dicho impacto, que solo es elevado-severo en el 22.8% de los casos, siendo relativo en la mayoría de estos (63,3%). Los datos locales son inferiores a los reportados en la investigación de referencia.

Una potencial explicación de estas diferencias se asocia a las características del instrumento administrado para evaluar la relación entre la Salud Oral y la Calidad de Vida de los AM. Según la revisión sistemática de instrumentos que miden la CVRSO realizada por Cardona y De la Hoz en 2017 (35), los datos reportados en distintos países indican que la GOHAI (*Geriatric Oral Health Assessment Index*) se presenta como más sensible que el OHIP – en cualquiera de sus versiones -, y es menos dependiente de la falta de calificación profesional a la hora de ser administrado. Sin embargo, la GOHAI no está debidamente estudiada para población latinoamericana; es decir, está siendo aplicada en estudios con AM (43, 44, 45) pero sin las investigaciones debidas sobre confiabilidad y validez. Al respecto es recomendable que tales estudios se realicen, porque ello garantizaría la posibilidad de contar con un instrumento sólido a la hora de estudiar la CVRSO en los AM (48).

Los indicadores del impacto de la salud oral sobre la calidad de vida se correlacionaron con las variables referidas a las condiciones de salud oral real y a la salud bucal autopercebida por los participantes. Si bien el estado real correlaciona significativamente, desde el punto de vista estadístico, con la salud bucal autopercebida y con los distintos indicadores de impacto, tales correlaciones son débiles y visiblemente más bajas que las correlaciones entre la salud bucal autopercebida y los mencionados indicadores. En este sentido acordamos con lo afirmado en distintas investigaciones (4, 27, 30): aunque las mediciones objetiva y subjetiva de la salud oral son complementarias entre sí, en realidad son distintas, siendo la segunda la que más se asocia a la CV, ya que en ambos casos la medición se basa en el juicio o percepción personal de cada AM.

En la búsqueda de potenciales variables explicativas de esta situación, también se analizó el perfil de impacto de la Salud bucal sobre la CV, en función de variables sociodemográficas y todos los indicadores cognitivo-actitudinales y comportamentales evaluados.

Coincidentemente con el estudio de Alzate-Urrea *et al* (47) y a diferencia de lo reportado en otros (39, 40, 42, 45), no se encontró diferencia por edades para ninguno de los indicadores del PGISO. Esto puede deberse a una percepción generalizada, en nuestra población, de las condiciones de salud de los AM, que llevan a la naturalización de las mismas (14) y por consiguiente, no producen un mayor impacto en la CVRSO.

En relación con el sexo, en la mayoría de los casos se encontraron solo tendencias en cuanto a que las mujeres presentan valores más problemáticos que los hombres, coincidentemente con lo reportado por Duque-Duque *et al* (39) y Durán-Napolitano *et al* (43). Sin embargo, las diferencias son estadísticamente significativas en los factores psicológicos y sociales así como en el dolor físico. Rodríguez Fuentes *et al* (45) encontraron que, para todas las dimensiones, la CV es superior en los varones, y explican estas diferencias desde una perspectiva de género; refieren a que por generaciones las mujeres han vivido un rol cultural que ha exigido de ellas una responsabilidad del cuidado familiar, lo que incentivó su propio cuidado, y por ende, tendrían más conciencia respecto a los factores que impactan negativamente en su CV, lo que haría que en escalas como la aplicada reporten mayores niveles de preocupación, dolor y diversos síntomas bucales.

Coincidiendo en parte con Rodríguez Fuentes *et al* (45), y según los factores de riesgo postulados por González Ramos *et al* (16), hay diferencias estadísticamente significativas por nivel de instrucción alcanzado, siendo mayor el problema en el grupo con menos instrucción en sentido general, aunque solo con diferencias estadísticamente significativas en la limitación funcional y la discapacidad social.

En concordancia con las afirmaciones de González Ramos *et al* (16) y el estudio de Alzate-Urrea *et al* (47), se encontraron diferencias estadísticamente significativas para todas las dimensiones del impacto de la salud oral, en relación con la ocupación y con la situación vincular. En el primer caso se consideró si los participantes eran jubilados o pensionados, y las diferencias indican que los segundos sufren un impacto más negativo que los primeros; esto coincide con los resultados de Duque-Duque *et al* (39). Sin embargo, el estudio de estos autores señala que los solteros presentan los peores índices de CV, diferencia que no aparece claramente en el estudio de Rodríguez Fuentes *et al* (45). En el presente estudio no se encontraron diferencias en relación al estado civil; por ello, se combinó dicha variable con la información brindada sobre la convivencia, lo que permitió crear la variable “situación vincular”; los datos muestran que el impacto es

menos problemático para las personas casadas que conviven con su pareja o con otros familiares, tal como lo describen Alzate-Urrea *et al* (47). Respecto a esto último, el dato no es comparable con el hallazgo de Díaz Cárdenas *et al* (23) de que a mayor número de convivientes peor CV, porque en nuestro caso no se consideró individualmente la cantidad de convivientes del participante.

En definitiva, las mujeres, las personas solas, los menos instruidos y los pensionados reportaron mayor impacto de la salud bucal en su calidad de vida; la CV es percibida por participantes, en general, como buena, pero aparecen algunos factores que podrían operar como factores de riesgo y vulnerabilidad, en el mismo sentido que lo proponen algunos investigadores (8, 16, 41, 45, 46, 49).

En cuanto a los aspectos referidos al servicio de salud del INSSJP y las prestaciones odontológicas, los resultados son variables. Todas las dimensiones del perfil de impacto correlacionan de forma moderada e inversa con el nivel de satisfacción con el servicio de salud; hay correlaciones inversas y débiles entre la opinión sobre el nivel de atención que brinda el INSSJP y las percepciones sobre Dolor físico, Discapacidad psicológica, Minusvalía y el PGISO. Todas las dimensiones del perfil de impacto correlacionan inversa y débilmente con la opinión que los usuarios tienen de la atención brindada por los odontólogos y no se presenta ninguna correlación con la opinión sobre el servicio odontológico brindado.

No hemos encontrado otros antecedentes que permitan comparar estos resultados. Si bien las correlaciones son débiles, las mismas son estadísticamente significativas e inversas para las variables más asociadas a las percepciones subjetivas; es decir, el nivel de satisfacción – subjetivamente medido – y la relación directa con el profesional odontólogo son las dos variables asociadas por los participantes con el perfil de impacto de la salud bucal sobre su CV. Esto mismo puede explicar por qué la mayoría de los AM encuestados reportaron pocos indicadores de impacto negativo.

Tampoco se encontraron antecedentes con los cuales confrontar resultados referidos a las variables cognitivas. Al margen de esto, y basándonos en la misma hipótesis explicativa arriba expresada, es llamativo que la variable “quien informa sobre los cuidados bucales” se asocie de forma moderada con todas las dimensiones del perfil de impacto, y que no se asocie al mismo el uso de instancias informativas alternativas.

Las dimensiones Dolor físico, Discapacidad Social y Minusvalía se encuentran asociados – aunque de forma débil – tanto con los hábitos de cuidado bucales como al

uso de prótesis removibles. Respecto a esto último, Rodríguez Fuentes *et al* (45) demostraron que con el uso de prótesis se incrementan las lesiones bucales, por el uso permanente, y esto influye negativamente en la autopercepción de la salud bucal, sin importar el tiempo de uso en cuanto a meses o años; de igual forma, distintos estudios (4, 23, 36, 44, 47) muestran que el uso de prótesis – en particular las removibles –, se asocian a dolor y una evaluación más negativa de la CV, aunque esta percepción cambia positivamente con otros tipos de tratamientos y prótesis. En cuanto a la discapacidad social y la minusvalía, los resultados coinciden con lo hallado en distintos estudios (23, 37, 38), respecto a que los AM tienden a demandar asistencia odontológica frente al dolor y cuando la capacidad fisiológica bucodental les presenta problemas sociales, especialmente comunicacionales. Pero, siguiendo el mismo razonamiento, también eran esperables asociaciones con las dimensiones Discapacidad psicológica y Malestar psicológico, que en nuestro estudio no se produjeron.

Finalmente, para todos los indicadores de impacto de la salud bucal sobre la calidad de vida se encontraron asociaciones estadísticamente significativas, entre moderadas y fuertes, con la salud bucal autopercebida, en contraposición al resultado obtenido por López Castellanos *et al*(7). Siendo la CV medida desde una perspectiva global, con foco en la CV percibida, el resultado es esperable. Por lo mismo es lógico que las dimensiones del impacto no alcancen similares correlaciones con el estado de salud bucal real. Como ya se afirmó antes, si bien las medidas objetivas y subjetivas de la salud oral son complementarias, son entidades conceptuales diferentes (4) y parten de perspectivas diferentes: la del profesional con formación específica, por un lado, y la del propio paciente, por el otro. Esto permite un análisis más complejo y acabado, porque integra la percepción del paciente sobre su propia salud bucal y el impacto que esta tiene sobre su propia CV. Además, esta percepción contiene un alto componente subjetivo, que surge de combinar variables tanto socio-culturales como histórico-psicológicas (22, 33).

Asociado a esto es preciso señalar que la investigación realizada tiene algunas limitaciones, siendo la principal que los AM no siempre proporcionan toda la información necesaria para efectuar estudios como el aquí presentado; generalmente sienten desconfianza respecto al destino que tendrán sus respuestas (7, 40), de manera que sesgan lo que responden. A ello se pueden sumar sesgos de memoria, el contexto de evaluación y que los resultados son provenientes de participaciones voluntarias dentro

de un estudio descriptivo y transversal. Por lo mismo, los resultados deben interpretarse como una aproximación a la relación compleja de la salud oral de los AM y la percepción que tienen sobre su CV, pero sin pretensiones de generalización o extrapolación a otros contextos o culturas.

CONCLUSIÓN

Los AM de la muestra estudiada, como los provenientes de otras latitudes, tienen una percepción sobre su salud oral más positiva de lo que marcan los indicadores objetivos aplicados por los profesionales odontólogos. Y esta percepción tiene un impacto negativo en tanto implica, por una parte, que el cuidado de la salud bucal no se entiende como parte fundamental de la salud general y, por otra, que una mala salud bucal es esperable en la vejez e inherente al proceso de envejecimiento.

Es en virtud de ello que corresponde proponer líneas de acción que faciliten y promuevan tanto la toma de conciencia a tempranas edades sobre el rol que la salud oral tiene dentro de la salud general, como la formación del profesional odontólogo en una atención integral que no se centre ya en la odontología geriátrica rehabilitadora sino en la gerodontología.

Como se señaló, la Declaración de Talca (17) rescata las líneas estratégicas para abordar la atención de los AM y las perspectivas odontológicas para los años venideros, enfatizando que el eje debe centrarse en la prevención y la educación como medios para controlar eficazmente los principales trastornos orales que afectan a los adultos.

Pero para que el odontólogo pueda operar como agente de prevención debe primero recibir formación de grado en atención primaria y promoción de la salud. La educación actualmente se centra en atender la enfermedad, tal como lo señala Anaya Casau (28), dejando de lado la perspectiva de la salud pública que privilegia la promoción, la prevención, la educación y la comunicación en salud. La formación debe plantearse desde una mirada interdisciplinaria (17), incorporando académicos de la geriatría, la gerontología, la antropología, la psicología, la sociología, entre otros.

Además, la educación no solo debe ser enfocada a los profesionales del área odontológica – y de estos hacia sus pacientes –, sino que también debe involucrar a otros profesionales de la salud, como médicos y psicólogos, cuyos conocimientos sobre salud oral en AM y su impacto en la CV son escasos. El odontólogo debe involucrarse activamente con sus pares en distintos ámbitos del cuidado de la salud, fomentando el abordaje integral e interdisciplinario de las necesidades de atención de los AM (23, 27).

Argentina, en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas (Madrid, 2002), adoptó un Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento, haciendo un llamamiento a la acción para cambiar actitudes, políticas y

prácticas relacionadas con el envejecimiento en todos los niveles y en diferentes sectores, y concertó la Estrategia Regional para la implementación de dicho plan (Chile, 2003) firmando un acuerdo con otros países de Latinoamérica.

No obstante, la política actual de proveer servicios odontológicos pensados en personas de 65 años resulta claramente insuficiente. El aumento constante y acelerado de la población adulta mayor en la Argentina requiere promover acciones tendientes a mejorar la atención de su salud de manera integral, continua, universal y sustentable con un enfoque transversal e intersectorial.

Subvencionar y subsidiar el acceso a tratamientos complejos - y no siempre efectivos -, son acciones a las que se recurre para paliar la problemática del acceso a salud bucal en AM. Pero el accionar paliativo no es una política sustentable a largo plazo. El Estado debe fijar prioridades en la planificación y la ejecución de acciones positivas que redunden en un nuevo modelo de atención de la salud.

Para ello, es preponderante fortalecer la prevención y la promoción de la salud, así como los servicios de salud, en pos de lograr un mayor bienestar para los AM, desde una mirada integral que incluya la calidad y la efectividad de los servicios de salud oral, la capacitación de recursos humanos del sector, la concientización social sobre el establecimiento de una cultura de autocuidado, y el desarrollo de estudios e investigaciones interdisciplinarios. Como lo proponen Díaz Cárdenas *et al* (23), es indispensable trabajo con la población joven en la promoción de estilos saludables, que permitan disfrutar de una vejez con buena CV.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Mundial sobre Envejecimiento y la Salud. 2015;Suiza: OMS.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento activo, un marco político. Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud Envejecimiento y Ciclo Vital. En Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37(2), 74-105
3. Dulce-Ruiz E., Arrubla Sánchez, D.J. & Sanabria Ferrand, P. Envejecimiento y Vejez en Colombia. Colombia: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud. 2013.
4. Bellamy Ortiz, C., & Moreno Altamirano, A. Relación entre calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años derechohabientes del IMSS. Avances en odontoestomatología, 2014; 30(4), 195-203.
5. Velázquez-Olmedo, L., Ortíz-Barrios, L., Cervantes-Velazquez, A., Cárdenas-Bahena, A., García-Peña, C., & Sergio Sánchez-García, S. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación. Rev Med Inst Mex Seguro Soc, 2014; 52(4), 448-56.
6. Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Reyes-Morales H, De la Fuente-Hernández J, Solórzano-Santos F, García-Peña C. Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales. Salud Publica Mex. 2007;49:173-81.
7. López, G., López, L., Nachon, M., & Hernández, D. Salud bucal, salud bucal percibida y calidad de vida en adultos mayores. Rev Med UV, 2014; 14(2), 6-11.
8. Díaz Sánchez, L. S., Jiménez Castellanos, M. I., Paez Delgado, D. & Díaz Sánchez, L. H Enfermedades bucales y factores de riesgo en la población geriátrica perteneciente a un consultorio médico. MEDISAN, 2018; 22(5): 491.
9. Misrachi C., & Espinoza, I. Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Revista Dental de Chile 2005; 96 (2): 28-35.
10. Caciva RC, Belardinelli PA, López de Blanc SA, Grenón M, Morelatto R, Scatena M, Barembaum S. Prevalencia De Lesiones Estomatológicas Y De Patología

Sistémica En Adultos De La Ciudad de Córdoba. Jornada de Investigación Científica.

11. Pautasso R, Fonseca C, & Córdoba P. La caries dental y factores relacionados en una población de adultos de la ciudad de La Rioja, Argentina. *Acta Odontológica Venezolana*, 2014; 52 (2). Disponible online en <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/2/art-1/>
12. Isla, C. Consejería sobre salud bucal y cuidados de prótesis dental removible en adultos portadores. 2012. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba.
13. Alvarado García, A. M., Maya, S., & María, Á. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 2014; 25(2), 57-62.
14. Berger, K. S. *Psicología del Desarrollo. Adulthood and Aging (7ª Edición)*. Buenos Aires: Médica Panamericana. 2009.
15. García Mejía, M. A., Moya Polania, L. M., & Cristina Quijano, M. Rendimiento cognitivo y calidad de vida de adultos mayores asistentes a grupos de tercera edad. *Acta Neurológica Colombiana*, 2015; 31(4), 398-403.
16. González Ramos R, Hechavarría Puente G., Batista González N., Cueto Salas A. Los determinantes sociales y su relación con la salud general y bucal de los adultos mayores. *Revista Cubana de Estomatología*, 2017; 54(1): 60-71.
17. León S. & Giacaman R. A. Realidad y desafíos de la salud bucal de las personas mayores en Chile y el rol de una nueva disciplina: Odontogeriatría. *Revista médica de Chile*, 2016; 144(4), 496-502.
18. Hörnquist J. O. Quality of life: concepts and assessment. *Scand J. Soc. Med.*, 1989; 18, 68-79.
19. Roncero C., Díaz-Morán S., Comín M., Miquel L., Gonzalvo B., Casas M. Evolución del concepto de calidad de vida: la dimensión subjetiva como factor relevante en las drogodependencias. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 2011; XXII: 343-349.
20. Cummins R. A psychometric evaluation of the comprehensive quality of life scale-fifth edition. En L. Yuen & C. Low (eds.): *Urban quality of life: critical issues and options*. Singapore: University of Singapore press. 1999.
21. Baster Moro J C. Hacia un envejecimiento mayor [editorial en línea]. *COCMED*. 2003; 7(2). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no72/n72edi.htm>

22. Lawton M. P. Quality of life and the end of life. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.): Handbook of the psychology of aging (5th ed). San Diego, CA: Academic Press. 2001.
23. Díaz Cárdenas, S., Arrieta Vergara, K., & Ramos Martínez, K. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores. Revista Clínica de Medicina de Familia, 2012; 5(1), 9-16.
24. Reig Ferrer, A. La calidad de vida en gerontología como constructo psicológico. Revista Española de geriatría y Gerontología, 2000; 35(2), 5-16.
25. Pardo Andreu, G. Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, 2003; 22(1), 58-67.
26. Hernández R, Mendoza V, Martínez I, Morales L. Odontogeriatría y gerontología. México DF: Editorial Trillas; 2011
27. Chavez-Reátegui B., Manrique-Chávez J., & Manrique-Guzmán J. Odontogeriatría y Gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor; revisión de literatura. Revista Estomatológica Herediana, 2014; 24(3): 199-207.
28. Anaya Cassou, J. La importancia de las necesidades de salud en la evaluación de la formación de odontólogos. 2008, Tesis de Maestría de Salud Pública presentada al Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, Región Xalapa.
29. Schaefer Ferreira de Mello, A. L., Andrade, S. R. D., Moysés, S. J., & Erdmann, A. L. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. Ciência & Saúde Coletiva, 2014; 19, 205-214.
30. Alas Guillén, N., Arias Rivas, D., Calles Girón, S., & Chacón Rico, E. Afluencia, permanencia y grado de satisfacción de pacientes adultos de las clínicas de la facultad de odontología de la universidad de el salvador, período 2010-2014. Doctoral thesis, Universidad de El Salvador. 2016. Recuperado de: <http://ri.ues.edu.sv/13836/1/17100421.pdf>
31. Soria AG, Tefaha LM, Arias NN, Guber RS, Sandoval NG, Fernández M. Responsabilidad social universitaria y salud comunitaria en el marco de un proyecto de extensión que fortalece la relación Universidad-Comunidad. Ponencia XI Congreso Iberoamericano de Extensión Universitaria, 2011. Santa Fe, Argentina.

32. John M. T., Koepsell T. D., Hujoel P., Miglioretti D. L., LeResche L., & Micheelis W. Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life. *Community dentistry and oral epidemiology*, 2004; 32(2), 125-132.
33. Lezaun J. Y. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional (No. 11002). IMSERSO, 2006.
34. León S., Bravo-Cavicchioli D., Giacaman R., Correa-Beltrán G., & Albala C. Validation of the Spanish version of the oral health impact profile to assess an association between quality of life and oral health of elderly Chileans. *Gerodontology*, 2016; 33 97-105.
35. Cardona Á. S., & De La Hoz R. P. Instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral: una revisión sistemática. *SaludUninorte*, 2017; 33(3), 504-516.
36. Aubert J., Sánchez S., Castro R., Monsalves M. J., Castillo P., & Moya P. Calidad de vida relacionada con salud oral en mayores de 14 Años en la Comunidad San Juan Bautista, Isla Robinson Crusoe, Chile. *International journal of odontostomatology*, 2014; 8(1), 141-145.
37. Meusel DR, Ramacciato JC, Motta RHL, Brito Júnior RB, Flório FM. Impact of the severity of chronic periodontal disease on quality of life. *J Oral Sci*. 2015;57(2):87-94. <http://dx.doi.org/10.2334/josnusd.57.87>
38. Brauchle F, Noack M, Reich E. Impact of periodontal disease and periodontal therapy on oral health-related quality of life. *Int Dent J*. 2013;63(6):306-11.
39. Duque-Duque V., Tamayo-Castrillón J., Echeverri-Cadavid P., Gutierrez-Osorio A., Sepúlveda-Correa D., Giraldo-Ramirez O., & Agudelo-Suárez A. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. *Revista CES Odontología*, 2013; 26(1): 10-23.
40. Kato T, Abrahamsson I, Wide U & Hakeberg M. Periodontal disease among older people and its impact on oral health-related quality of life. *Gerodontology*, 2018; 35(4): 382-390. DOI: 10.1111/ger.12363
41. Da Mata C, Allen P, McKenna G, Hayes M, & Kashan A. The relationship between oral-health-related quality of life and general health in an elderly population: A cross-sectional study. *Gerodontology*. Disponible on-line, pre-publicación definitiva: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ger.12384>

42. Echeverria M, Wunsch I, Langlois C, Cascaes A, & Ribeiro Silva A. Oral health-related quality of life in older adults – Longitudinal study. *Gerodontology*. Disponible on-line, pre-publicación definitiva: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ger.12387>
43. Durán-Napolitano D., Moya-Rivera P., Aubert-Valderrama J., Becerra-Reus A., Lara-Lüer A., & Monsalves-Villalobos M. Percepción de salud bucal en adultos mayores de dos comunas con desarrollos extremos en Chile. *Revista CES Odontología*, 2016; 29(1): 5-12.
44. Diaz-Reissner CV., Pérez-Bejarano NM., Ferreira-Gaona MI., Sanabria-Vázquez DA., Torres-Amarilla CD., Araujo F., Fernández B., Fleitas D., Real C., Godoy J. & Páez E. Autopercepción de la calidad de vida relacionada con salud oral en adultos mayores residents en albergues estatales del áreametropolitan, Paraguay. *Revista Odontológica Latinoamericana*, 2015; 7(11): 23-31.
45. Rodriguez Fuentes M., Arpajón Peña Y., Herrera López I., Justo Díaz M., & Jiménez Quintana Z. Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis parcial removible acrílica. *Revista Cubana de Estomatología*, 2016; 53 (4): 210-221.
46. Hayashi K, Izumi M, Mastuda Y, Isobe A, & Akifusa S. Relationship between anxiety/depression and oral health-related quality of life in inpatients of convalescent hospitals. *Odontology*, 2018; version online disponible en <https://doi.org/10.1007/s10266-018-0394-x>
47. Alzate-Urrea S., Agudelo-Suárez A., López-Vergel F., López-Orosco C., Espinosa-Herrera E., Posada-Lopez A., & Meneses-Gómez E. Calidad de vida y salud bucal: perspectiva de adultos mayores atendidos en la red hospitalaria pública de Medellín, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 2015; 14 (29): 83-96.
48. Haag D, Peres K, Balasubramanian M, & Brennan D. Oral conditions and health-related quality of life: a systematic review. *Journal of dental research*, 2017; 96(8): 864-874. DOI: 10.1177/0022034517709737
49. Reissmann R, Dard M, Lamprecht R, Struppek J, & Heydecke G. Oral health-related quality of life in subjects with implant-supported prostheses: a systematic review. *Journal of Dentistry*, 2017; 65(octubre): 22-40. DOI: 10.1016/j.jdent.2017.08.003

50. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C.& Baptista Lucio, P. Metodología de la Investigación, Madrid: McGraw Hill. 5° ed, 2014.
51. Castrejón-Pérez, R, Borges-Yañes, S, & Irigoyen-Camacho, M. Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos, RevPanam Salud Publica, 2010; 27: 321-9.
52. Urzúa, A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Revista médica de Chile, 2010; 138(3), 358-365.
53. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 2002, Nueva York. Recuperado de: <https://undocs.org/es/A/CONF.197/9>
54. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid, 2003. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado de: <https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/1/13611/FINAL-DSC-1-Espanol.pdf>

ANEXOS

ENTREVISTA - Personas Mayores

DATOS PERSONALES

Identificación:
Sexo: _____ Edad: _____. Estado Civil: _____
Convive: _____
Barrio: _____ Provincia: _____ País de origen _____
Ocupación: _____
Tiene Obra Social _____
Nivel de Atención: Excelente <input type="checkbox"/> Muy bueno <input type="checkbox"/> bueno <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/>
Nivel de instrucción:
Analfabeto. <input type="checkbox"/>
Primario completo <input type="checkbox"/> incompleto <input type="checkbox"/>
Secundario completo <input type="checkbox"/> incompleto <input type="checkbox"/>
Terciario completo <input type="checkbox"/> completo <input type="checkbox"/>
Universitario completo <input type="checkbox"/> incompleto <input type="checkbox"/>

SERVICIOS DE SALUD

¿Cuál es su opinión respecto al servicio odontológico del INSSJP? ¿y sobre los odontólogos específicamente?

¿Qué opina del servicio en general que brinda el INSSJP?, ¿y el nivel de atención de salud?. ¿Qué expectativas tiene respecto al servicio?.

¿En qué circunstancias se atiende (o atendería) odontológicamente?

(Número de dientes presentes) ¿Utiliza prótesis (dental)?, ¿de qué tipo?

¿De qué manera cuida su salud bucal?

CONOCIMIENTOS Y OPINIONES

¿Conoce Ud el concepto de “Gerodontología”? (¿cuál es?) ¿Y el de Odontogeriatría? (¿cuál es?)

¿Qué es lo primero que se le viene a la mente al hablar sobre la odontología? (escriba todas las palabras o frases que se le ocurran)

¿Cómo obtuvo conocimientos sobre salud bucal? ¿Quién le habla o le enseña sobre salud bucal? ¿En qué circunstancias busca conocimientos sobre salud bucal?

GERODONTOLOGÍA: LA REALIDAD DE SUS POLITICAS SOCIALES, SANITARIAS Y PÚBLICAS. PERFIL DE IMPACTO DE LA SALUD BUCAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL I.N.S.S.J.P. EN LA CIUDAD DE CÓRDOBA

Este proyecto de investigación está destinado a conocer el grado de desarrollo y aplicación de las políticas sociales, sanitarias y públicas en materia de Gerodontología en la ciudad de Córdoba (Argentina) en el ámbito del INSSJP, y la distancia existente entre dichas políticas y las representaciones socioculturales actuantes en los profesionales y pacientes adultos, respecto de lo que constituye una atención odontológica que mejora la calidad de vida de las personas en ese período de la vida. Las respuestas que brindes a este cuestionario serán CONFIDENCIALES, nadie sabrá lo que respondiste (excepto el autor de este trabajo).

Consentimiento informado:

Firmo este consentimiento manifestando mi deseo de participar de forma voluntaria en el presente estudio. Entiendo que se llevara un registro de los datos, el cual solo será accesible al autor de este trabajo. Comprendo que la información recabada y las publicaciones que pudieran llegar a surgir no expondrán mis datos personales.

He sido informado que:

- La participación es voluntaria.
- Mis respuestas son confidenciales.
- He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.
- He sido informado que puedo dejar de contestar cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.
- Se me contactara más adelante
- El procedimiento no es engañoso.

---/2016

-----/---

Firma

Fecha

Responsable: Od. Cristian J. Baglini (8518).

Perfil de Impacto en la Salud Oral (OHIP-49)

A continuación se presenta una serie de enunciados los cuales refieren a diferentes aspectos de su salud oral. Para brindar su respuesta debe considerar como te has sentido los últimos 12 (doce) meses.

Por favor, lee cada enunciado atentamente y marca con una cruz la opción de respuesta (*nunca, casi nunca, algunas veces, frecuentemente o siempre*) que represente su elección.

Limitación funcional

1. ¿Ha tenido dificultades para morder algún alimento por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
2. ¿Ha tenido problemas al pronunciar algunas palabras por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
3. ¿Ha notado que algún diente no se ve bien?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
4. ¿Ha sentido que su apariencia ha sido afectada por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
5. ¿Ha sentido que su aliento se ha deteriorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
6. ¿Ha sentido que su sensación de sabor ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
7. ¿Ha quedado comida atrapada entre sus dientes o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
8. ¿Ha sentido que su digestión ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
9. ¿Ha sentido que sus prótesis no ajustan apropiadamente?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre

Dolor Físico

10. ¿Ha tenido dolor en su boca?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
11. ¿Ha tenido dolor en su mandíbula?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
12. ¿Ha tenido dolores de cabeza por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
13. ¿Ha tenido dientes sensibles, por ejemplo debido a alimentos o líquidos fríos?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
14. ¿Ha tenido dolor de dientes?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
15. ¿Ha tenido dolor en sus encías?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
16. ¿Ha sentido incomodidad al comer algún alimento por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
17. ¿Ha tenido áreas dolorosas en su boca?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
18. ¿Ha tenido prótesis incómodas?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre

Malestar Psicológico

19. ¿Ha estado preocupado/a por problemas dentales?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
20. ¿Ha estado obsesionado/a por sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
21. ¿Los problemas dentales lo/a han hecho sentir totalmente infeliz?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
22. ¿Se ha sentido inconforme con la apariencia de sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
23. ¿Se ha sentido tenso/a por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre

Discapacidad Física

24. ¿Ha sido poco clara la forma en que usted habla por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
25. ¿La gente ha malentendido algunas de sus palabras por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
26. ¿Has sentido que hay menos sabor en sus alimentos por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
27. ¿Has sido incapaz de cepillar sus dientes apropiadamente por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
28. ¿Ha tenido que evitar comer algunos alimentos por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
29. ¿Su dieta ha sido insatisfactoria por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
30. ¿Ha sido incapaz de comer con sus prótesis por problemas con ellas?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
31. ¿Ha evitado sonreír por problemas con tus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
32. ¿Ha tenido que interrumpir comidas por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre

Discapacidad Psicológica

33. ¿Su sueño ha sido interrumpido por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
34. ¿Ha estado molesto o irritado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
35. ¿Ha encontrado difícil relajarse por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre

36. ¿Se ha sentido deprimido por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
37. ¿Se ha afectado tu concentración por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
38. ¿Ha estado un poco avergonzado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre

Discapacidad Social

39. ¿Ha evitado salir de la casa por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
40. ¿Ha sido menos tolerante con su pareja o familia por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
41. ¿Ha tenido problemas relacionándose con otras personas por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
42. ¿Ha estado un poco irritable con otras personas por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
43. ¿Ha tenido dificultades haciendo su trabajo habitual por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre

Minusvalía

44. ¿Ha sentido que su salud general ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
45. ¿Ha sufrido cualquier pérdida económica por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
46. ¿Ha sido incapaz de disfrutar mucho la compañía de otras personas por problemas con	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre

sus dientes, boca o prótesis?					
47. ¿Ha sentido que su vida en general es menos satisfactoria por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
48. ¿Ha sido totalmente incapaz de funcionar por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
49. ¿Ha sido incapaz de trabajar a su capacidad total por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre