



**UNIVERSIDAD DE TALCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN ORAL**

**ANÁLISIS DE CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A SALUD BUCAL EN BASE A LA
ENCAVI 2015-2016, CHILE**

Memoria presentada a la Escuela de Odontología de la
Universidad de Talca como parte de los requisitos exigidos
para la obtención del título de Cirujano Dentista.

**ESTUDIANTE: CAMILA BRISSO VÉLIZ
PROFESOR GUÍA: DRA. SORAYA LEÓN
PROFESOR CO-GUÍA: DRA. CAROLINA DEL VALLE
PROFESOR INFORMANTE: DR. RODRIGO GIACAMAN**

TALCA - CHILE

2020

CONSTANCIA

La Dirección del Sistema de Bibliotecas a través de su unidad de procesos técnicos certifica que el autor del siguiente trabajo de titulación ha firmado su autorización para la reproducción en forma total o parcial e ilimitada del mismo.



Talca, 2019

ÍNDICE

1. RESUMEN	3
2. INTRODUCCIÓN	4
3. MARCO TEÓRICO	6
3.1. Envejecimiento poblacional	6
3.1.1. Envejecimiento poblacional en Chile.....	7
3.2. Calidad de vida.....	7
3.2.1. Calidad de Vida Asociada a Salud Bucal (OHRQoL)	8
3.2.2. Oral Health Impact Profile (OHIP).....	9
4. METODOLOGÍA	11
4.1. Descripción del estudio	11
4.2. Muestreo y recolección de datos	11
4.3. Variables del estudio	11
4.3.1. Variables independientes	11
4.3.2. Variables dependientes.....	12
4.4. Análisis estadístico	13
4.5. Análisis estadístico comparativo entre Chile, Australia y Estados Unidos	13
5. RESULTADOS	14
5.1. Estadística Descriptiva	14
5.2. Análisis Bivariado	16
5.3. Análisis estadístico comparativo entre Chile, Australia y Estados Unidos	22
6. DISCUSIÓN	24
7. REFERENCIAS	30
8. ANEXOS	34

1. RESUMEN

Frecuentemente se evalúa la salud bucal de una persona desde una mirada clínica, excluyendo otro aspecto tanto o más importante; el cómo afecta a su calidad de vida (CV). La calidad de vida asociada a salud bucal (OHRQoL) es una autopercepción del individuo respecto del estado de salud bucal en relación con el bienestar funcional y emocional. El instrumento más utilizado para medirla es el Perfil de Impacto en Salud Bucal (OHIP), que evalúa el impacto negativo de los problemas bucales sobre su vida diaria. En Chile se comenzó a implementar la Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) en el 2000, y por primera vez, en la versión 2015-2016 se incluyó el OHIP-7Sp dentro de los ítems a preguntar. Este estudio tuvo como objetivo analizar la OHRQoL en la población chilena y en personas mayores chilenas en base a la ENCAVI 2015-2016. Se realizó un estudio observacional y analítico, con una muestra de 7041 personas, en que se analizaron las variables independientes: edad, sexo, nivel educacional, salud general, calidad de vida general y como variable dependiente la OHRQoL. Se utilizó el software SPSS 15, con análisis univariado y bivariado. Además, se compararon los resultados con datos de Australia y Estados Unidos. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables evaluadas. Es importante demostrar la utilidad de instrumentos de medición de OHRQoL y la necesidad de implementarlos en encuestas nacionales, con el fin de monitorear el estado de OHRQoL, y lograr un envejecimiento saludable de la población.

Palabras clave: Calidad de vida, Calidad de vida asociada a salud bucal, Personas mayores, OHIP, OHRQoL

2. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es un fenómeno demográfico que está ocurriendo en todo el mundo y Chile no está ajeno a ello, por lo que se vuelve esencial que exista preparación en el país acerca de los cambios que esto implicará. (1, 2), siendo la salud uno de los aspectos a considerar.

La salud bucal es parte integral de la salud general, influye en aspectos del diario vivir como hablar, comer, sonreír. Se cree que los exámenes clínicos solamente reflejan un aspecto, pero no muestran una imagen completa de la salud bucal, ni tampoco indican si la persona puede realizar sus actividades de la vida diaria de buena manera. (3).

El concepto de calidad de vida (CV) es multidimensional, comprende componentes objetivos y subjetivos, con múltiples factores como salud, situación socioeconómica, autonomía, satisfacción, redes de apoyo, etc. La calidad de vida asociada a salud bucal (OHRQoL) es una autopercepción del individuo respecto a su estado de salud bucal en relación con el bienestar funcional y emocional, satisfacción de la atención y el sentido de sí mismo, en donde se realiza una evaluación multidimensional de la funcionalidad bucal y del bienestar del paciente (4, 5). Por lo tanto, para realizar la valoración de CV debe provenir de una evaluación subjetiva, y no normativa (3), que es necesaria para permitir una evaluación de las necesidades de salud bucal de los pacientes y predecir un mejor resultado de nuestras intervenciones terapéuticas (6).

Se han desarrollado diferentes instrumentos que nos ayudan a medir OHRQoL, uno de estos es el Oral Health Impact Profile (OHIP), que evalúa la periodicidad que experimenta un sujeto frente a problemas bucales que lo limitan en llevar acciones de su vida diaria. Una puntuación alta se asocia a impacto negativo de la salud bucal sobre la CV y, por lo tanto, a la necesidad del paciente por atención odontológica. (7).

En Chile se comenzó a implementar la Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) en el año 2000, la que analiza en profundidad distintos aspectos en relación a la CV de las personas, su percepción de ésta y factores que pudieran estar afectándola. Sin embargo, no

recogió datos sobre salud bucal y CV. Posteriormente, la edición del año 2006 incluyó por primera vez una pregunta de OHRQoL. Recientemente, en la versión 2015-2016 (8) se incluyó además un instrumento de OHRQoL, el OHIP-7Sp, una versión ultracorta del OHIP y validado para población chilena (7).

Debido a su reciente inclusión en una encuesta nacional, es poco lo que se sabe acerca de la OHRQoL de nuestra población y menos aún si la comparamos con otros países. Por ello, el hecho de contar con datos en relación al tema en cuestión nos desafía a profundizar en su análisis. Es así que este estudio tuvo como objetivo analizar la OHRQoL en población chilena, y específicamente en personas mayores, en base a la ENCAVI 2015-2016.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Envejecimiento poblacional

El envejecimiento poblacional es un fenómeno demográfico, el cual se caracteriza por un crecimiento en la proporción de individuos de edades avanzadas con respecto a los jóvenes. La mayor esperanza de vida, sumada a las caídas importantes en las tasas de fecundidad, es la causa del rápido envejecimiento de las poblaciones de todo el mundo. (9)

Se debe considerar el envejecimiento poblacional como un logro, pues es el resultado del avance de la medicina e implementación de políticas públicas que consiguieron ampliar la esperanza de vida. Una vida más larga es un recurso muy valioso, sin embargo, no se debe ignorar que supone un desafío para la sociedad, pues este aumento de la esperanza de vida, en muchas ocasiones, no se encuentra asociado a un envejecimiento saludable de la población. Para comprender el envejecimiento saludable, debemos definir en primera instancia dos conceptos importantes: la capacidad intrínseca, que se refiere a la combinación de todas las capacidades físicas y mentales que un individuo puede utilizar en un determinado momento, y la capacidad funcional, que hace referencia a la relación entre el individuo y el entorno en el que vive, el cual puede plantear obstáculos o recursos, los que, según la capacidad intrínseca de la persona, le permitirán realizar sus actividades diarias. A partir de estos conceptos se define el envejecimiento saludable, como el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. Este proceso será diferente en cada persona mayor, ya que las opciones de vida o diferentes circunstancias en el ciclo de la vida, pueden determinar variaciones en este proceso. Es necesario destacar que el envejecimiento saludable es algo más que la ausencia de enfermedad, lo importante es lograr un alto rendimiento de las funciones físicas y mentales y lograr mantener la capacidad funcional, para así disminuir el riesgo de dependencia en las personas mayores. (9, 10).

3.1.1. Envejecimiento poblacional en Chile

Dentro de este proceso de transformación demográfica, Chile destaca entre los países de Latinoamérica pues presenta un proceso de envejecimiento acelerado de su población.

Según el CENSO 2017, en Chile se cuentan 2.850.171 personas de 60 años y más, representando el 16,2% de la población. Se espera que para el 2025, las personas mayores de 60 años sean el 20% de la población, superando al grupo de menores de 15 años. Se proyecta que para el 2050 una de cada cuatro personas será mayor de 60 años, representando el 25% de la población. (11, 12).

3.2. Calidad de vida

El concepto de CV es multidimensional, comprende componentes objetivos y subjetivos, con múltiples factores como salud, situación socioeconómica, autonomía, satisfacción, redes de apoyo, entre otros. Corresponde a un concepto dinámico, subjetivo, que varía según las actitudes del sujeto; es esperable que personas con mayores experiencias negativas tendrán una menor sensación de bienestar que personas con experiencias positivas (13). Sin embargo, se ha descrito que personas con trastornos incapacitantes crónicos pueden percibir su CV mejor que las personas sanas, es decir, una mala salud o la presencia de enfermedades no significa inevitablemente una mala CV. La capacidad de adaptación y las características personales parecen influir en la respuesta del paciente a la enfermedad crónica (14). Lo que demuestra la subjetividad del concepto de CV.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como no simplemente la ausencia de enfermedad, sino como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Este concepto de salud evidencia la necesidad de tener en cuenta el impacto, tanto del tratamiento como de la propia enfermedad, en la CV (15). Los indicadores clínicos por sí solos, no son suficientes para describir el estado de salud (14), deben complementarse con datos obtenidos del paciente y así registrar sus experiencias y preocupaciones (16).

En consecuencia, se han desarrollado muchos instrumentos para medir CV y OHRQoL, los que han sido utilizados ampliamente tanto en investigación como en la práctica clínica (15). Esto refleja el hecho de que ya no buscamos prolongar la vida o liberarla de enfermedades, sino mejorarla y reconocer que CV y OHRQoL son determinantes importantes al momento de evaluar el estado de salud de una persona y el éxito del tratamiento. (16).

3.2.1. Calidad de Vida Asociada a Salud Bucal (OHRQoL)

La OHRQoL es un concepto multidimensional que se refiere a la medida en que los trastornos bucales interrumpen el funcionamiento normal de un individuo (17). Es una autopercepción del individuo respecto a su estado de salud bucal en relación con el bienestar funcional y emocional, satisfacción de la atención y el sentido de sí mismo, en donde se realiza una evaluación multidimensional de la funcionalidad bucal y del bienestar del paciente. (4, 5).

La OHRQoL se ha convertido en los últimos años en un foco importante para evaluar el impacto de una variedad de afecciones bucales en la CV y el bienestar, junto con evaluar los resultados de la atención clínica, analizando la efectividad de los tratamientos (17). Se basa principalmente en un modelo conceptual de salud bucal propuesto por Locker (18), quien planteó un modelo científico que tiene como objetivo especificar las complicadas consecuencias de la enfermedad bucal sobre la CV (19). A partir de este modelo se han desarrollado múltiples instrumentos que nos ayudan a medir OHRQoL. Estos instrumentos se crearon para permitir una evaluación adecuada de las necesidades de salud bucal de los pacientes y poder predecir un mejor resultado de nuestras intervenciones terapéuticas (6).

3.2.2. Oral Health Impact Profile (OHIP)

En los últimos años se han desarrollado diferentes instrumentos que nos ayudan a medir OHRQoL, los cuales surgieron para evaluar el impacto físico, psicológico y social de los problemas bucales, y complementar la información aportada por los indicadores clínicos, ya que éstos no son sensibles a percepciones subjetivas como el dolor, la estética y la función. Uno de estos instrumentos es el OHIP: Oral Health Impact Profile (por sus siglas en inglés). (7, 20)

El OHIP se basa en el modelo conceptual de Locker para las enfermedades bucales (18) que corresponde a cinco conceptos abstractos que se relacionan secuencialmente: deterioro del estado de la cavidad bucal, limitación funcional, dolor/malestar, discapacidad y minusvalía (19). El OHIP-49 fue desarrollado por Slade y Spencer en 1994, contempla 49 preguntas separadas en siete dimensiones: limitación funcional (9 preguntas), dolor (9 preguntas), malestar psicológico (5 preguntas), discapacidad física (9 preguntas), discapacidad psicológica (6 preguntas), discapacidad social (5 preguntas) y minusvalía (6 preguntas) Las respuestas se cuantifican en una escala ordinal de tipo Likert cuya valoración es: (0) Nunca, (1) Casi Nunca, (2) Algunas veces (3) Frecuentemente y (4) Siempre (20). Se evalúa la periodicidad que experimenta un sujeto frente a problemas bucales que lo limitan en llevar acciones de su vida diaria, una puntuación alta se asocia a la necesidad del paciente por atención odontológica. Esta versión original del OHIP fue validada en Chile para población mayor (21). Es un cuestionario extenso, por lo que presenta tanto ventajas como desventajas. Por una parte, se obtiene información precisa y detallada sobre cada aspecto dimensional que evalúa y, por otro lado, se requiere un mayor tiempo para realizarlo (aproximadamente 15 minutos) lo que implica mayor costo de aplicación y dificultad en el manejo de los datos por su gran extensión. (22). Debido a estas desventajas es que sus creadores realizaron una versión corta de 14 preguntas (23), lo que disminuyó el tiempo de aplicación, Esta versión corta del OHIP también se encuentra validada en Chile (24). Posteriormente, y con el objetivo de optimizar los tiempos para ser aplicada en estudios epidemiológicos o encuestas

nacionales, se desarrolló la versión ultracorta de 7 preguntas, el OHIP-7Sp, validada también en nuestro país (7) (Tabla N°1).

Tabla N°1 Cuestionario OHIP-7Sp, según dimensión y pregunta (7)

Preguntas OHIP-7Sp		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	¿Ha sentido que su digestión ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Ha tenido dientes sensibles, por ejemplo debido a alimentos o líquidos fríos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Los problemas dentales lo/a han hecho sentir totalmente infeliz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	¿La gente ha malentendido algunas de sus palabras por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	¿Su sueño ha sido interrumpido por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	¿Ha tenido dificultades haciendo su trabajo habitual por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	¿Ha sido totalmente incapaz de funcionar por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total =						

Nunca= 0, Casi Nunca= 1, Algunas veces= 2, Frecuentemente= 3, Siempre= 4.

Buena calidad de vida: ≤ 7 puntos. **Mala calidad de vida:** > 7 puntos

4. METODOLOGÍA

4.1. Descripción del estudio

Se realizó un estudio observacional y analítico, a través de un análisis secundario de los datos provenientes de la ENCAVI 2015-2016 de Chile.

4.2. Muestreo y recolección de datos

La muestra de la ENCAVI fue seleccionada a través de un muestreo probabilístico y multietápico, estratificado geográficamente, de personas de 15 años y más, chilenas o extranjeras, residentes de zonas urbanas y rurales de las 16 regiones del país, exceptuando zonas muy alejadas o de difícil acceso, definidas por el Instituto Nacional de Estadísticas. La muestra quedó constituida por 7.041 personas que contestaron la entrevista personal, con las preguntas de la ENCAVI, realizada por un encuestador capacitado. La tasa de respuesta de la encuesta fue de un 78,7%.

4.3. Variables del estudio

4.3.1. Variables independientes

- Edad: Se recodificaron los grupos etarios de la ENCAVI 2015-2016 en los siguientes grupos, según el tipo de análisis:
 - Para el análisis general de la ENCAVI se dicotomizó en: Menores de 60 años y 60 años y más.
 - Para la comparación con los datos de Estados Unidos y Australia se categorizó la edad en 4 grupos: 18-29, 30-49, 50-69, 70 o más

años, debido a que los estudios en aquellos países consideraron estos 4 grupos etarios.

- Sexo: hombre o mujer
- Nivel educacional: Educación básica completa o menos, educación media completa o incompleta, educación superior completa o incompleta
- Salud General: Esta variable se analiza en base a la pregunta de la encuesta 3.25 (Anexo N°1): “En general, usted diría que su salud es excelente, muy buena, buena, regular, mala”.
- Calidad de Vida general: Esta variable se analiza en base a la pregunta de la encuesta 3.5 (Anexo N°2): “¿Cómo calificaría su calidad de vida? Mala, Muy Mala, Ni buena ni mala, Buena, Muy Buena”.

4.3.2. Variables dependientes

- OHRQoL (Anexo N°3):
 - Prevalencia de impacto negativo de OHRQoL: Porcentaje de personas que responden siempre o casi siempre a 1 o más preguntas del OHIP-7Sp.
 - Severidad de impacto negativo de OHRQoL: Los puntajes de severidad tienen un rango potencial de 0 a 28 en el OHIP-7Sp, se analizará la media de la suma de todos los códigos de respuesta ordinales.
 - Valoración OHRQoL: La puntuación final del OHIP-7Sp puede ir de un rango de 0 a 28 puntos, donde los valores sobre 7 indican una mala OHRQoL.

4.4. Análisis estadístico

Se realizó un análisis secundario de los datos recogidos en la ENCAVI 2015-2016, obtenida desde la página web de epidemiología del Ministerio de Salud de Chile.

Para el análisis de datos se utilizó el software SPSS 15, con el módulo de muestras complejas. Se trabajó con una estimación de prevalencia y un intervalo de confianza al 95%.

En primera instancia se realizó un análisis univariado, correspondiente a estadística descriptiva de la prevalencia de impacto negativo de OHRQoL. Luego de obtener datos descriptivos de las variables, se analizó de forma bivariada la prevalencia de impacto negativo de OHRQoL y la valoración de OHRQoL, según las variables: edad, sexo, nivel educacional, salud general y calidad de vida general. Para determinar significación estadística se utilizó la prueba de chi cuadrado. Para el caso de la severidad de OHRQoL, se analizaron las variables sexo y edad con la prueba T de Student, y para las variables nivel educacional, salud general y calidad de vida general, se utilizó ANOVA. Se consideró significativas las diferencias frente a un valor $p \leq 0,05$.

4.5. Análisis estadístico comparativo entre Chile, Australia y Estados Unidos

Se realizó un análisis en base al cuestionario OHIP-7 Sp, el cuál fue utilizado en encuestas nacionales en Chile, Australia y Estados Unidos. Se utilizaron datos estadounidenses de la National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) y de Australia, en base a los datos de la National Dental Telephone Interview Survey (NDTIS). Ambos análisis de datos se encuentran contenidos en el estudio de Sanders del año 2009. (4).

Se recodificó la base de datos de la ENCAVI 2015-2016 para ajustar los rangos etarios a: 18-29, 30-49, 50-69, 70 o más años, para el caso de la comparación con los estudios en Australia y Estados Unidos.

5. RESULTADOS

5.1. Estadística Descriptiva

Se analizó un universo de 7.041 personas que completaron la ENCAVI 2015-2016. Luego de los procesos de análisis se ajustaron los datos perdidos, correspondientes a las respuestas “No sabe” y “No responde” de las variables Salud General y Calidad de Vida General

Tabla N° 2: Distribución de frecuencias de variables independientes consideradas en el análisis de la ENCAVI 2015-2016.

Variables	Categorías	% (EE)	95% IC	Recuento no ponderado
Sexo	Hombre	49,1 (0,9)	47,3 – 50,9	2.624
	Mujer	50,9 (0,9)	49,1 – 52,7	4.417
Edad	< 60 años	81,3 (0,9)	79,6 – 83,0	5.056
	60 o más años	18,7 (0,9)	17,0 – 20,4	1.985
Nivel Educativo	Educación Básica Completa o menos	23,0 (0,8)	21,4 – 24,6	1.954
	Educación Media Completa o incompleta	45,1 (1,1)	43,0 – 47,3	3.617
	Educación Superior Completa o incompleta	31,9 (1,2)	29,5 – 34,4	1.470
Salud General*	Excelente	13,3 (0,8)	11,8 – 14,9	974
	Muy Buena	15,3 (0,7)	13,9 – 16,7	933
	Buena	46,5 (1,0)	44,4 – 48,5	3.161
	Regular	21,0 (0,6)	19,9 – 22,1	1.634
	Mala	4,0 (0,4)	3,4 – 4,8	312
Calidad de Vida General**	Muy Mala	0,9 (0,2)	0,6 – 1,3	53
	Mala	2,5 (0,3)	2,1 – 3,1	219
	Ni buena Ni mala	27,2 (0,9)	25,5 – 29,0	2.074
	Buena	59,0 (1,0)	57,0 – 61,0	3.796
	Muy Buena	10,4 (0,6)	9,3 – 11,6	682

*En base a la pregunta: “En general, usted diría que su salud es”

N total de 7018, datos perdidos corresponden a respuestas Ns: 8 (No sabe), Nr: 15 (No responde)

** En base a la pregunta: “¿Cómo calificaría su calidad de vida?”

N total de 6824, datos perdidos corresponden a respuestas Ns: 16 (No sabe), Nr: 201 (No responde)

EE: Error Estándar

IC: Intervalo de Confianza

Fue analizada la distribución de frecuencias de las variables independientes, con una estimación de prevalencia y un intervalo de confianza del 95%. La distribución en cuanto a

sexo, muestra un mayor porcentaje de mujeres (50,9%) que hombres (49,1%). Hay un mayor porcentaje de personas menores de 60 años (81,3%) que de 60 años o más (18,7%). En la variable nivel educacional, la mayor prevalencia la encontramos en educación media completa o incompleta, con un 45,1%. En relación a la percepción de salud y de calidad de vida general, encontramos una mayor prevalencia en salud buena (46,5%) y en calidad de vida general buena (59%). (Tabla N°2)

La OHRQoL fue evaluada con el instrumento OHIP-7Sp, la prevalencia corresponde al porcentaje de personas que responde con “casi siempre” o “siempre” a uno o más ítems.

Tabla N° 3: Prevalencia de impacto negativo sobre OHRQoL en la ENCAVI 2015-2016

Ítem individual OHIP-7Sp	Nunca, casi nunca % (EE)	Algunas veces % (EE)	Casi siempre, siempre % (EE)	Ranking*
Digestión afectada	90,5 (0,6)	6,5 (0,6)	3,0 (0,3)	4
Sensibilidad dentaria	74,4 (0,8)	17,3 (0,6)	8,3 (0,4)	1
Infelicidad total	85,1 (0,7)	8,9 (0,6)	6,0 (0,4)	2
Comprensión de otros al hablar	92,0 (0,5)	5,4 (0,5)	2,6 (0,3)	5
Dificultad para dormir	90,5 (0,6)	6,6 (0,4)	3,0 (0,3)	3
Dificultad al trabajar	92,6 (0,5)	5,3 (0,4)	2,1 (0,3)	6
Incapacidad de funcionar	93,8 (0,4)	4,1 (0,4)	2,1 (0,3)	7

*Ranking en orden de porcentaje de prevalencia de sujetos que reportan respuestas “casi siempre” o “siempre” en uno o más ítems. EE: Error estándar

El ítem “Sensibilidad dentaria” presentó el mayor porcentaje de prevalencia (8,3%), correspondiente a la dimensión de Dolor del OHIP-7Sp. Por el contrario, el ítem “Incapacidad de funcionar” presentó el menor porcentaje de prevalencia (2,1%), correspondiente a la dimensión de Minusvalía del OHIP-7Sp. (Tabla N°3)

5.2. Análisis Bivariado

Los puntajes de severidad de OHIP-7Sp tenían un rango potencial de 0 a 28, que correspondía a la adición de los códigos de respuesta ordinales. Cada uno de los 7 ítems de respuesta corresponde a una escala de Likert de 5 puntos, incluyendo “nunca”=0, “casi nunca”=1, “algunas veces”=2, “casi siempre”=3, “siempre”=4.

Tabla N° 4: Severidad de impacto negativo de OHRQoL en la ENCAVI 2015-2016, según las variables independientes.

Variables	Categorías	Media (EE)	95% IC	p
Sexo	Hombre	2,25 (0,113)	2,03 – 2,48	0,001* (t)
	Mujer	2,77 (0,107)	2,56 – 2,98	
Edad	< 60 años	2,25 (0,094)	2,07 – 2,44	<0,001* (t)
	60 o más años	3,70 (0,177)	3,34 – 4,05	
Nivel Educativo	Educación Básica Completa o menos	4,11 (0,225)	3,66 – 4,56	<0,001* (A)
	Educación Media Completa o Incompleta	2,42 (0,115)	2,19 – 2,65	
	Educación Superior Completa o menos	1,53 (0,135)	1,26 – 1,79	
Salud General	Excelente	1,04 (0,152)	0,74 – 1,35	<0,001* (A)
	Muy Buena	1,31 (0,107)	1,10 – 1,52	
	Buena	2,04 (0,114)	1,81- 2,27	
	Regular	4,61 (0,196)	4,22 – 5,00	
	Mala	7,22 (0,656)	5,92 – 8,53	
Calidad de Vida General	Muy Mala	3,04 (1,024)	1,00 – 5,07	<0,001* (A)
	Mala	7,30 (0,860)	5,59 – 9,01	
	Ni buena Ni mala	3,73 (0,174)	3,39 – 4,08	
	Buena	2,02 (0,095)	1,83 – 2,21	
	Muy Buena	1,32 (0,129)	1,06 – 1,57	
<i>Total</i>		2,52 (0,084)	2,35 – 2,68	

*: $p \leq 0.05$.

EE: Error Estándar

t: Test t de Student

IC: Intervalo de confianza (95%)

A: ANOVA

p: Valor p

Fue analizada la severidad de impacto negativo de OHRQoL, según las variables independientes, con un intervalo de confianza del 95%.

Luego de analizar los datos con test t de Student y ANOVA se obtuvieron diferencias significativas entre severidad de OHIP-7Sp con todas las variables. En la variable sexo, se observó un puntaje de OHIP-7Sp estadísticamente significativo más alto en mujeres que en hombres ($p < 0,001$). Las personas mayores de 60 presentaron peor OHRQoL que los menores de 60 años ($p < 0,001$). En nivel educacional, se estableció que los sujetos con educación básica completa o menos, presentaban peor OHRQoL que aquellos con mayor nivel educacional ($p < 0,001$) observándose que a mayor nivel educacional hay menor severidad en los resultados del OHIP-7Sp. Así también, hay una mayor severidad del OHIP-7Sp en las personas que calificaron su salud como mala, obteniéndose diferencias estadísticamente significativas (valor $p < 0,001$), la media del OHIP-7Sp disminuye progresivamente al mejorar la percepción del estado de salud general. Se observó también una mayor severidad del OHIP-7Sp en las personas que calificaron su CV como mala ($p < 0,001$). (Tabla N°4)

Tabla N°5 Prevalencia de impacto negativo de la OHRQoL en la ENCAVI 2015-2016, según las variables independientes.

Variab les	Categorías	% (EE)	95% (IC)	p
Sexo	Hombre	9,7 (0,8)	8,2 – 11,3	<0,001* (χ^2)
	Mujer	14,0 (0,6)	12,8 – 15,3	
Edad	< 60 años	11,0 (0,6)	9,9 – 12,3	<0,001* (χ^2)
	60 o más años	15,5 (1,1)	13,4 – 17,8	
Nivel Educat	Educación Básica Completa o menos	19,5 (1,5)	16,6 – 22,7	<0,001* (χ^2)
	Educación Media Completa o Incompleta	11,2 (0,7)	9,9 – 12,8	
	Educación Superior Completa o menos	7,3 (0,9)	5,7 – 9,3	
Salud General	Excelente	5,1 (1,1)	3,3 – 7,9	<0,001* (χ^2)
	Muy Buena	3,9 (0,7)	2,8 – 5,5	
	Buena	8,9 (0,8)	7,2 – 10,8	
	Regular	24,2 (1,7)	21,0 – 27,8	
	Mala	36,8 (3,7)	29,8 – 44,3	
Calidad de Vida General	Muy Mala	11,0 (6,3)	3,3 – 30,7	<0,001* (χ^2)
	Mala	44,2 (4,8)	35,0 – 53,9	
	Ni buena Ni mala	18,6 (1,6)	15,5 – 22,1	
	Buena	8,8 (0,5)	7,8 – 9,9	
	Muy Buena	5,3 (1,1)	3,5 – 7,9	
<i>Total</i>		11,8 (0,5)	10,8 – 12,9	

Prevalencia según porcentaje de personas que responden con “casi siempre” o “siempre” a una o más preguntas del OHIP-7Sp

*: $p \leq 0.05$.

EE: Error Estándar

IC: Intervalo de confianza (95%)

p: Valor p

χ^2 : Test de chi cuadrado

Fue analizada la prevalencia del impacto negativo de la OHRQoL en la ENCAVI 2015-2016, según las variables independientes, con una estimación de prevalencia y un intervalo de confianza del 95%.

Luego de analizar los datos con el test de chi cuadrado se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de prevalencia del OHIP-7Sp con todas las variables. En la variable sexo, se observó una prevalencia más alta en mujeres (14%) que en hombres (9,7%) ($p < 0,001$). En cuanto a la edad, las personas mayores de 60 años presentaron una mayor prevalencia del OHIP-7Sp (15,5%) que las personas menores de 60 años (11%) ($p < 0,001$). En cuanto a nivel educacional, se estableció que los sujetos con educación básica completa o menos presentaban una mayor prevalencia del OHIP-7Sp (19,5%) que aquellos con mayor nivel educacional (7,3%) ($p < 0,001$). A mayor nivel educacional se observó una menor prevalencia de personas que responden con “Casi Siempre” o “Siempre” a uno o más de los ítems del OHIP-7Sp. Se observó una mayor prevalencia del OHIP-7Sp en las personas que calificaron su salud como mala (36,8%), se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$), la media del OHIP disminuye progresivamente al mejorar la calificación de salud. Se obtuvo una mayor severidad del OHIP-7Sp en las personas que calificaron su CV como “mala” (44,2%) ($p < 0,001$), seguida de las que calificaron su CV como “ni buena ni mala”. (Tabla N°5).

La puntuación final del OHIP-7Sp puede ir de un rango de 0 a 28 puntos, donde los valores entre 0 y 7 reflejan una buena calidad de vida, y los valores sobre 7 indican una mala OHRQoL. (7)

Tabla N°6 Porcentaje de personas según OHIP-7Sp, categorizados en mala OHRQoL en la ENCAVI 2015-2016.

Variables	Categorías	Mala OHRQoL % (95% IC)	p
Sexo	Hombre	10,7 (9,4 – 12,2)	0,025* (χ^2)
	Mujer	13,4 (11,8 – 15,2)	
Edad	< 60 años	10,3 (9,2 – 11,5)	<0,001* (χ^2)
	60 o más años	20,2 (17,7 – 23,0)	
Nivel Educativo	Educación Básica Completa o menos	22,7 (19,8 – 25,8)	<0,001* (χ^2)
	Educación Media Completa o Incompleta	10,9 (9,4 – 12,8)	
	Educación Superior Completa o menos	6,3 (4,5 – 8,8)	
Salud General	Excelente	3,5 (2,0 – 6,0)	<0,001* (χ^2)
	Muy Buena	3,2 (2,3 – 4,4)	
	Buena	8,7 (7,3 – 10,3)	
	Regular	26,3 (23,4 – 29,4)	
	Mala	44,2 (35,3 – 53,5)	
Calidad de Vida General	Muy Mala	18,6 (6,2 – 43,9)	<0,001* (χ^2)
	Mala	43,9 (33,6 – 54,7)	
	Ni buena Ni mala	19,7 (17,3 – 22,3)	
	Buena	8,7 (7,3 – 10,4)	
	Muy Buena	5,6 (3,9 – 7,8)	
	<i>Total</i>		

*: $p \leq 0.05$

IC: Intervalo de confianza (95%)

p: Valor p

χ^2 : Test de chi cuadrado

Fue analizado el porcentaje de personas categorizadas en mala OHRQoL en la ENCAVI 2015-2016, según las variables independientes, con una estimación de prevalencia y un intervalo de confianza del 95%.

Se analizaron los datos con test de chi cuadrado y se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables. En cuanto a la variable sexo, se observó un porcentaje de personas con mala OHRQoL más alta en mujeres (13,4%) que en hombres (10,7%) ($p=0,025$). En cuanto a la edad, las personas mayores de 60 años presentaron una peor OHRQoL (20,2%) que las personas menores de 60 años (10,3%) ($p <0,001$). En cuanto a nivel educacional, se estableció que los sujetos con educación básica completa o menos, presentaban un mayor porcentaje de mala OHRQoL (22,7%) que aquellos con mayor nivel educacional (6,3%) ($p <0,001$). A mayor nivel educacional se observa una mejora en la OHRQoL. Es posible observar un mayor porcentaje de mala OHRQoL en personas que calificaron su salud como mala (44,2%), obteniéndose diferencias estadísticamente significativas ($p <0,001$) lo que disminuye progresivamente al mejorar la percepción de salud. Se observó una peor OHRQoL en las personas que calificaron su CV como mala (43,9%) ($p <0,001$). (Tabla N°6).

5.3. Análisis estadístico comparativo entre Chile, Australia y Estados Unidos

Se realizó una comparación entre los datos de OHRQoL de la National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) de Estados Unidos, la National Dental Telephone Interview Survey (NDTIS) de Australia, y la ENCAVI 2015-2016 de Chile. Todas ellas utilizaron el OHIP-7Sp como instrumento para medir OHRQoL. Los datos de Estados Unidos y Australia se obtuvieron desde el estudio de Sanders del año 2009 (4).

Tabla N°7 Severidad de impacto negativo de OHRQoL de los diferentes países analizados, según las variables independientes.

	Estados Unidos	Australia	Chile
	Media (EE)	Media (EE)	Media (EE)
Sexo	p= 0,033* (A)	p= 0,244 (A)	p=0,001* (t)
Hombre	2,62 (0,17)	4,72 (0,21)	2,36 (0,12)
Mujer	2,99 (0,12)	5,07 (0,21)	2,90 (0,11)
Edad	p= 0,005* (A)	p= 0,638 (A)	p=<0,001* (A)
18-29 años	2,56 (0,15)	5,19 (0,44)	1,56 (0,19)
30-49 años	3,08 (0,17)	4,88 (0,21)	2,39 (0,14)
50-69 años	2,86 (0,15)	4,80 (0,20)	3,66 (0,17)
70+ años	2,07 (0,18)	4,49 (0,35)	3,54 (0,24)
Total	2,81 (0,12)	4,90 (0,15)	2,63 (0,09)

EE: Error Estándar

*: $p \leq 0.05$

A: ANOVA

t: Test t de Student

p: valor p

La media de severidad del OHIP-7 fue similar entre Chile (2,63) y Estados Unidos (2,81), mientras que fue mayor en Australia (4,90). Al analizar la variable sexo, se observó en la totalidad de los países, una mayor severidad en mujeres que en hombres. En cuanto a la variable edad, en Estados Unidos se concentraba la mayor severidad en el rango etario de 30 a 49 años (3,08), en Australia en el rango de 18 a 29 años (5,19), y en Chile en el rango de 50-69 años (3,66). Se analizaron los datos de Chile con test de chi cuadrado y se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de severidad de las variables sexo ($p < 0,001$) y edad ($p < 0,001$). En Estados Unidos se observó una diferencia

estadísticamente significativa en ambas variables. Mientras que en Australia no se mostraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables analizadas. (Tabla N°7)

Tabla N° 8 Prevalencia de impacto negativo de OHRQoL de los diferentes países analizados, según las variables independientes.

	Estados Unidos	Australia	Chile
	% (EE)	% (EE)	% (EE)
Sexo	p=0,012* (χ^2)	p=0,071 (χ^2)	p= <0,001* (χ^2)
Hombre	12,8 (1,42)	13,6 (1,62)	10,3 (0,80)
Mujer	17,7 (0,95)	17,8 (1,60)	14,7 (0,65)
Edad	p= 0,062 (χ^2)	p= 0,290 (χ^2)	p= <0,001* (χ^2)
18-29 años	13,5 (1,47)	18,8 (3,30)	7,5 (1,26)
30-49 años	16,9 (1,31)	13,7 (1,61)	12,2 (0,96)
50-69 años	15,5 (1,11)	15,5 (1,55)	16,9 (1,38)
70+ años	12,1 (1,74)	18,2 (3,20)	14,5 (1,52)
Total	15,3 (0,94)	15,7 (1,14)	12,5 (0,54)

EE: Error Estándar

*: $p \leq 0,05$

χ^2 : Test de chi cuadrado

p: valor p

Los valores de prevalencia fueron relativamente similares entre Estados Unidos (15,3%), y Australia (15,7%), mientras que fueron considerablemente menores en Chile (12,5%). Al analizar la variable sexo, se encontró una mayor prevalencia en mujeres que en hombres, en todos los países. En cuanto a la variable edad, en Estados Unidos el rango de 30 a 49 años tuvo el mayor porcentaje de prevalencia (16,9%), en Australia de 18 a 29 años (18,8%), y en Chile de 50 a 69 años (16,9%). Se analizaron los datos de Chile con test de chi cuadrado y se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los porcentajes de prevalencia de las variables sexo ($p < 0,001$) y edad ($p < 0,001$). En Estados Unidos se observó una diferencia estadísticamente significativa solamente en la variable sexo ($p = 0,012$), mientras que en Australia no se mostraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables analizadas. (Tabla N°8).

6. DISCUSIÓN

La OHRQoL puede ser evaluada a nivel de ítems, por dimensión o como constructo. En el caso del OHIP-7sp, al ser una versión ultracorta, no describe con precisión cada dimensión y sólo se puede considerar el valor global para determinar el impacto considerando a la OHRQoL como un constructo (7). Aun así, es posible analizar descriptivamente las dimensiones con tendencia a respuestas que indiquen una peor OHRQoL. Se evidencia que el ítem “Sensibilidad dentaria”, que corresponde a la dimensión de dolor, presenta el mayor porcentaje de prevalencia (8,5%). Por el contrario, el ítem “Incapacidad de funcionar” presentó el menor porcentaje de prevalencia (2,3%), correspondiente a la dimensión de Minusvalía. En ambos casos coincide con la jerarquía descrita, en que las primeras dimensiones tienen un mayor impacto en la OHRQoL (23) basándose en el modelo conceptual de Locker (18).

En esta investigación evidenciamos el estado de la OHRQoL en la población chilena, basados en la ENCAVI 2015-2016. En relación a la variable sexo, las diferencias encontradas entre los valores de severidad, prevalencia y valoración de OHRQoL, son estadísticamente significativas. Se observa una tendencia a puntajes mayores en las mujeres, por lo que presentan una peor OHRQoL. Es relevante destacar que las normas de género han evolucionado en muchas partes del mundo. Una función fundamental de las mujeres ha sido la de cuidadoras de sus hijos, como de otros familiares. Esto por muchos años limitó su participación en la fuerza laboral remunerada, lo que les generó un mayor riesgo de pobreza, y por ello menor probabilidad de acceder a una jubilación. Lo anterior tuvo un sinnúmero de consecuencias negativas para ellas, en particular en relación a su salud, al tener un menor acceso a servicios de salud de alta calidad y de seguridad social (9). En la actualidad, las mujeres cada vez más desempeñan otras funciones, lo que les proporciona una mejor CV. Sin embargo, lo descrito anteriormente, aún se puede ver reflejado en una peor OHRQoL de las mujeres. Otra posible explicación es que esto se deba al mayor impacto de los aspectos asociados a la autopercepción en las mujeres del estudio ya que está demostrado el mayor impacto de la salud bucal en la calidad de vida de las mujeres mayores. Esto, debido a que

las mujeres están más predispuestas al edentulismo al perder más dientes durante su vida que los hombres. (25, 26)

En el caso de la edad, la diferencia entre ambos grupos etarios presenta diferencias estadísticamente significativas. Los resultados, tanto en severidad, prevalencia y valoración de OHRQoL, muestran una peor OHRQoL en personas mayores de 60 años versus los menores de 60 años. Esto es coincidente con los resultados de la última Encuesta Nacional de Salud de Chile (ENS 2016-2017) donde se mostraron peores indicadores de salud bucal en mayores de 65 años versus el resto de los grupos etarios (27). La autopercepción de la salud bucal en personas mayores es importante ya que este grupo de etario, en todo el mundo, presenta una alta carga de enfermedad bucal (28), además tienen dificultades para percibir sus condiciones y problemas reales que afectan su salud bucal. (29)

En personas mayores de 70 años se observó una mejor OHRQoL, comparado con personas entre 50 y 69 años, esto podría deberse a una menor expectativa sobre su salud bucal en los mayores. Esta relación inversa entre los valores del OHIP y edad ha sido descrita anteriormente y se ha conocido como “la paradoja de una mejor salud bucal subjetiva en la vejez”, en donde se ha demostrado que la experiencia de la enfermedad bucal es más perjudicial para la salud oral subjetiva cuando ocurre temprano en la edad adulta que cuando sucede en la vejez. Un patrón que probablemente refleja altas expectativas de las generaciones jóvenes y, por el contrario, una mayor capacidad de resiliencia en las generaciones más envejecidas (30). Asimismo, el hecho de que para las personas mayores una mala salud bucal esté asociada a signos y síntomas como dolor, sangrado, movilidad, etc, hace probable que necesiten algo objetivo y visible para asociar la salud bucal con la salud general. (29, 31). Otros estudios aluden a que la ausencia de dientes se asociaba a mejor OHRQoL debido a que no existía el factor determinante para la aparición de caries y enfermedad periodontal: el diente. A su vez, la población estudiada contaba con prótesis funcionales que suplían la ausencia dentaria (24). Por otro lado, peores resultados en OHRQoL en población mayor de menor edad entre 50 y 69 años, pueden deberse a que se trata de una población más consciente de su salud bucal y con mayor cantidad de dientes susceptibles a patologías como la caries dental o las enfermedades peridontales, las que pueden provocar un mayor impacto en su CV (24). Así también, la mejor percepción de

OHRQoL con la edad se cree que se debe a que las personas mayores asocian la pérdida de dientes a la edad; por lo tanto, a medida que van envejeciendo, tienden a aceptar el hecho de que la salud se deteriora, trayendo consigo problemas bucales los que consideran menos significativos (32, 33). Aun así, estas aseveraciones pueden ser cuestionadas, ya que los datos analizados corresponden a estudios de corte transversal y no existe una relación causal para explicar los resultados y, por otro lado, al carácter subjetivo que tiene el concepto de OHRQoL el que no podría siempre generalizarse (30).

En cuanto al nivel educacional, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos niveles. Los resultados muestran un peor estado de OHRQoL en un nivel de educación básica completa o menos, tanto en severidad (4,11) como en prevalencia (19,5%) y también presentan mayor porcentaje de peor OHRQoL (22,7%). Además, observamos una mejora gradual al aumentar el nivel educacional. Las personas que cuentan con una educación superior completa o menos presentan una mejor OHRQoL. Esto se podría explicar al relacionar el nivel educacional con el nivel socioeconómico, el cuál ha sido identificado como un factor moderador y mediador entre medidas clínicas bucales y OHRQoL (34). Un menor nivel educacional determina un acceso a empleos con remuneraciones más bajas, que limitarían su acceso a la atención odontológica durante su vida, acumulado más daño, lo que podría explicar el que sea un grupo más afectado por las condiciones bucales. Este resultado se condice con lo encontrado en estudios realizados en población chilena (35), en que los sujetos con menos de 8 años de educación formal, presentaban mayores puntajes de OHIP-14 Sp, lo que indicaba una peor OHRQoL en este segmento de la población. Así como también coincide con los resultados de la ENS 2016-2017 donde se muestra que en todos los grupos etarios, una menor educación determina peores indicadores de salud bucal (27).

Al analizar la variable de salud general, se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Los resultados mostraron una peor OHRQoL en las personas que califican su salud general como mala, tanto en severidad (7,22), como en prevalencia (36,8%) y presentan

un mayor porcentaje de mala OHRQoL (44,2%). Muy distinto a los hallazgos encontrados en personas que califican su salud como excelente, en donde severidad (1,04) y prevalencia (5,1%) evidencian un mejor estado de OHRQoL y presentaron un menor porcentaje de mala OHRQoL (3,5%). Este resultado se relaciona con la percepción de calidad de vida general, en que también observamos grandes diferencias entre los valores de OHRQoL en personas que la califican como mala y los que la califican como muy buena. Es comprensible el peor estado de OHRQoL en personas que califican su salud como mala, debido a que muchas enfermedades sistémicas presentan complicaciones orales, lo que además puede comprometer la CV de la persona, y así también su OHRQoL (31).

En el análisis comparativo entre países nos encontramos con una limitación en el estudio, pues al no ser posible el acceso a las bases de datos de las encuestas de Australia y Estados Unidos, éstas no pudieron ser analizadas en el software SPSS, por lo que las comparaciones de los valores p fueron realizadas según los datos obtenidos desde el estudio realizado previamente por Sanders en el año 2009 (4), no pudiendo de esta forma obtener un valor p comparativo entre los 3 países. Al realizar la comparación de valores de severidad para cada uno de los países analizados, se pueden observar valores similares entre Estados Unidos (2,81) y Chile (2,63), y una mayor severidad en Australia (4,90). En cuanto a los valores de prevalencia, se puede observar un valor similar entre Estados Unidos (15,3%) y Australia (15,7%), siendo levemente mayor en este último. Mientras que en Chile el valor es de 12,5%, considerablemente menor. Existe una tendencia a mayores respuestas de “casi nunca” y “nunca” tanto en Estados Unidos, como en Chile, mientras que en Australia predominan mayormente las respuestas “ocasionalmente”, lo que condiciona un mayor puntaje de OHIP-7sp. (4). Una posible explicación para estas variaciones, es que la encuesta en Australia es auto aplicada a través de un cuestionario, mientras que en Chile y Estados Unidos las preguntas del OHIP-7sp son realizadas por un encuestador (4, 8). Esto puede sesgar las respuestas del encuestado, ya que si las instrucciones no son claras, puede haber poca comprensión de lo que se está preguntando y al no existir un encuestador que resuelva estas dudas, los resultados podrían no ser confiables. Además, la presencia del encuestador asegura el 100% de respuestas. En relación a la variable sexo, se encontró diferencia estadísticamente significativa en los valores de Chile, tanto en prevalencia ($p < 0,001$) como en severidad ($p < 0,001$), y en Estados Unidos solamente en prevalencia ($p = 0,012$). Sin embargo, hay una

tendencia de una peor OHRQoL en mujeres en los tres países. En cuanto a la edad, solamente en Chile se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Mientras que en Chile hay una tendencia a una peor OHRQoL a mayor edad, tanto en Estados Unidos como en Australia se muestra una peor OHRQoL a edades menores. En Australia el rango de 18-29 años presenta los peores niveles, mientras que en Estados Unidos es el rango de 30-49 años. Sin embargo, los autores destacan que este hallazgo no debe interpretarse como una indicación de que el envejecimiento atenúa de alguna forma los impactos adversos de la salud bucal en la calidad de vida, si no que esta diferencia se debería a que las experiencias históricas de las cohortes de nacimiento alteraron las expectativas sobre la salud bucal en estos grupos etarios (4).

Las versiones cortas y ultracortas de OHIP han demostrado ser útiles para fines de investigación. La versión de OHIP-14Sp ha sido ampliamente utilizada en los últimos años desde su validación (24), hasta el uso reciente de la versión ultracorta del OHIP-7Sp, la que se encuentra validada para la población chilena (7). El OHIP-7Sp, al ser una versión ultra abreviada, es un instrumento ideal para usar en estudios epidemiológicos o en ambientes clínicos donde sea necesaria la eficiencia del tiempo. Si bien es una buena herramienta para representar el nivel de impacto autopercebido de la condición bucal en la calidad de vida de las personas, presenta algunas desventajas con respecto a su versión original, el OHIP-49, pues no es posible describir individualmente el impacto de cada una de sus 7 dimensiones. Esto limita en cierta forma el análisis que se puede realizar de los resultados de este instrumento, pues se recomienda que el análisis se realice a partir del resultado global y no de sus dimensiones, pues podría originar interpretaciones erróneas en el análisis (22). A pesar de esto el OHIP-7Sp, debido a su acotada extensión, es un instrumento de gran eficiencia, ya que es más simple y requiere un menor tiempo de ejecución lo que significa un gran ahorro de recursos, características que hacen recomendable su uso en encuestas nacionales para determinar la OHRQoL, la que actualmente deberíamos considerar como una medición indispensable, ya que nos permite conocer el real impacto de las enfermedades y su tratamiento en los pacientes.

Se proyecta que para el año 2050 en Chile una de cada cuatro personas será mayor de 60 años, representando el 25% de la población (11, 12), por lo que se vuelve esencial lograr que

la población chilena tenga un envejecimiento saludable. Es por esto que es importante realizar mediciones como la OHRQoL durante todo el curso de la vida de las personas, ya que no podemos olvidar que el envejecimiento es un proceso que se experimenta durante toda la vida. Por ello, se debe prestar atención a los niveles de OHRQoL para intervenir a tiempo en los grupos etarios más afectados y así lograr una población de personas mayores saludable y con ello cumplir con el objetivo principal de la Política de Envejecimiento Positivo 2012-2025 en Chile, que es mejorar la calidad de vida de todas las personas mayores chilenas. Por lo tanto, es importante que el OHIP-7Sp sea valorado como un instrumento necesario para monitorear sistemáticamente la OHRQoL en la población chilena. (7).

7. REFERENCIAS

1. Echeverria MS, Wunsch IS, Langlois CO, Cascaes AM, Ribeiro Silva AE. Oral health-related quality of life in older adults-Longitudinal study. *Gerodontology*. 2019;36(2):118-24. doi: 10.1111/ger.12387.
2. SENAMA. Aplicación en Chile de la estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe. Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2007. Available at: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Estrategia-Regional-de-Implementacion-para-America-Latina-2003.pdf>. Last accessed: 20/11/2019
3. Somsak K, Kaewplung O. The effects of the number of natural teeth and posterior occluding pairs on the oral health-related quality of life in elderly dental patients. *Gerodontology*. 2016;33(1):52-60. doi: 10.1111/ger.12112.
4. Sanders AE, Slade GD, Lim S, Reisine ST. Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009;37(2):171-81. doi: 10.1111/j.1600-0528.2008.00457.x.
5. Masood M, Newton T, Bakri NN, Khalid T, Masood Y. The relationship between oral health and oral health related quality of life among elderly people in United Kingdom. *J Dent*. 2017;56:78-83. doi: 10.1016/j.jdent.2016.11.002.
6. Visscher CM, Lobbezoo F, Schuller AA. Dental status and oral health-related quality of life. A population-based study. *J Oral Rehabil*. 2014;41(6):416-22. doi: 10.1111/joor.12167.
7. Leon S, Correa-Beltran G, De Marchi RJ, Giacaman RA. Ultra-short version of the oral health impact profile in elderly Chileans. *Geriatr Gerontol Int*. 2017;17(2):277-85. doi: 10.1111/ggi.12710.
8. MINSAL. Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) 2015-2016. Ministerio de Salud 2016. Available at: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/02/PRESENTACION-ENCAVI-2016-11.02.2017.pdf> Last accessed: 02/12/2019.

9. OMS. Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud. Organización Mundial de la Salud, 2015. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;jsessionid=CCA435F8539D9DC1D611C0439EA6AD04?sequence=1. Last accessed: 02/12/2019
10. SENAMA. Las Personas Mayores en Chile: Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez. Ministerio de Salud; 2009. Available at: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Las-personas-mayores-de-chile-situacion-avances-desafios-del-envejecimiento-y-vejez-2009.pdf>. Last accessed: 20/11/2019
11. INE. Síntesis de Resultados Censo 2017. Instituto Nacional de Estadísticas; 2018. Available at: <https://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>. Last accessed: 04/12/2019.
12. SENAMA. Envejecimiento positivo en Chile. Servicio Nacional del Adulto Mayor; 2018. Available at: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Envejecimiento_Positivo.pdf. Last accessed: 20/11/2019
13. Allison PJ, Locker D, Feine JS. Quality of life: a dynamic construct. *Soc Sci Med*. 1997;45(2):221-30. doi: 10.1016/s0277-9536(96)00339-5.
14. Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NH. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:126. doi: 10.1186/1477-7525-8-126.
15. Hsu KJ, Lee HE, Wu YM, Lan SJ, Huang ST, Yen YY. Masticatory factors as predictors of oral health-related quality of life among elderly people in Kaohsiung City, Taiwan. *Qual Life Res*. 2014;23(4):1395-405. doi: 10.1007/s11136-013-0574-7.
16. Locker D, Allen F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(6):401-11. doi: 10.1111/j.1600-0528.2007.00418.x.
17. Baker SR, Pearson NK, Robinson PG. Testing the applicability of a conceptual model of oral health in housebound edentulous older people. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008;36(3):237-48. doi: 10.1111/j.1600-0528.2007.00394.x.

18. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health*. 1988;5(1):3-18.
19. Yamaga E, Sato Y, Minakuchi S. An intervention study to test Locker's conceptual framework of oral health in edentulous elders. *Gerodontology*. 2018. doi: 10.1111/ger.12351.
20. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. 1994;11(1):3-11.
21. Leon S, Bravo-Cavicchioli D, Giacaman RA, Correa-Beltran 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(1):97-105. doi: 10.1111/ger.12124.
22. Locker D, Allen PF. Developing short-form measures of oral health-related quality of life. *J Public Health Dent*. 2002;62(1):13-20. doi: 10.1111/j.1752-7325.2002.tb03415.x.
23. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997;25(4):284-90. doi: 10.1111/j.1600-0528.1997.tb00941.x.
24. Leon S, Bravo-Cavicchioli D, Correa-Beltran G, Giacaman RA. Validation of the Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14Sp) in elderly Chileans. *BMC Oral Health*. 2014;14:95. doi: 10.1186/1472-6831-14-95.
25. De Marchi RJ, Leal AF, Padilha DM, Brondani MA. Vulnerability and the psychosocial aspects of tooth loss in old age: a Southern Brazilian study. *J Cross Cult Gerontol*. 2012;27(3):239-58. doi: 10.1007/s10823-012-9170-5.
26. Hugo FN, Hilgert JB, de Sousa Mda L, da Silva DD, Pucca GA, Jr. Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(3):224-32. doi: 10.1111/j.0301-5661.2007.00346.x.
27. MINSAL. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 Segunda entrega de resultados. Ministerio de Salud, Chile; 2018. Available at: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018.pdf. Last accessed: 02/12/2019.

28. Petersen PE, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. Global oral health of older people--call for public health action. *Community Dent Health*. 2010;27(4 Suppl 2):257-67.
29. Esmeriz CE, Meneghim MC, Ambrosano GM. Self-perception of oral health in non-institutionalised elderly of Piracicaba city, Brazil. *Gerodontology*. 2012;29(2):e281-9. doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00464.x.
30. Slade GD, Sanders AE. The paradox of better subjective oral health in older age. *J Dent Res*. 2011;90(11):1279-85. doi: 10.1177/0022034511421931.
31. Khalifa N, Allen PF, Abu-bakr NH, Abdel-Rahman ME. Psychometric properties and performance of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14s-ar) among Sudanese adults. *J Oral Sci*. 2013;55(2):123-32. doi: 10.2334/josnusd.55.123.
32. Santos CM, Oliveira BH, Nadanovsky P, Hilgert JB, Celeste RK, Hugo FN. The Oral Health Impact Profile-14: a unidimensional scale? *Cad Saude Publica*. 2013;29(4):749-57. doi: 10.1590/s0102-311x2013000800012.
33. Locker D, Gibson B. Discrepancies between self-ratings of and satisfaction with oral health in two older adult populations. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33(4):280-8. doi: 10.1111/j.1600-0528.2005.00209.x.
34. Mohamed S, Vettore MV. Oral clinical status and oral health-related quality of life: is socioeconomic position a mediator or a moderator? *Int Dent J*. 2019;69(2):119-29. doi: 10.1111/idj.12420.
35. Leon S, Rivera M, Payero S, Correa-Beltran G, Hugo FN, Giacaman RA. Assessment of oral health-related quality of life as a function of non-invasive treatment with high-fluoride toothpastes for root caries lesions in community-dwelling elderly. *Int Dent J*. 2019;69(1):58-66. doi: 10.1111/idj.12415.

8. ANEXOS

- Cuestionario Encuesta de Calidad de Vida y Salud 2015-2016

Anexo N°1: Salud General

3.25 En general, usted diría que su salud es:		ENC: Lea alternativas y anote con X la respuesta	
1	Excelente	5	Mala
2	Muy buena	88	No sabe
3	Buena	99	No responde
4	Regular		

Anexo N°2: Calidad de Vida General

3.5 ¿Cómo calificaría su calidad de vida?		ENC: Lea alternativas y anote con X la respuesta	
1	Muy mala		
2	Mala		
3	Ni buena ni mala		
4	Buena		
5	Muy buena		
88	No sabe		
99	No responde		

Anexo N°3: Cuestionario OHIP-7sp

3.14 Durante el último año...		ENC: Lea cada frase y anote con X la respuesta. Mostrar TARJETA 9						
		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	No sabe	No responde
a	¿Ha sentido que su digestión ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	1	2	3	4	5	88	99
b	¿Ha tenido dientes sensibles, por ejemplo, debido a alimentos o líquidos fríos?	1	2	3	4	5	88	99
c	¿Los problemas dentales lo/a han hecho sentir totalmente infeliz?	1	2	3	4	5	88	99
d	¿La gente ha malentendido algunas de sus palabras por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	1	2	3	4	5	88	99
e	¿Su sueño ha sido interrumpido por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	1	2	3	4	5	88	99
f	¿Ha tenido dificultades haciendo su trabajo habitual por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	1	2	3	4	5	88	99
g	¿Ha sido totalmente incapaz de funcionar por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	1	2	3	4	5	88	99