



**Percepción de la Calidad de vida de pacientes de la clínica odontológica sede  
Bucaramanga de la Universidad Antonio Nariño relacionada con los cuidados en  
salud oral y su impacto psicosocial**

**Cristian Blanchar Ortiz**

**Moisés Armando Elles Araque**

**Jhon Alexander Meléndez Lemus**

**Universidad Antonio Nariño**

Programa de Odontología

Bucaramanga, Colombia

2023

**Percepción de la Calidad de vida de pacientes de la clínica odontológica sede  
Bucaramanga de la universidad Antonio Nariño relacionada con los cuidados en  
salud oral y su impacto psicosocial**

**Cristian Blanchar Ortiz**

**Moisés Armando Elles Araque**

**Jhon Alexander Meléndez Lemus**

Proyecto de grado presentado como requisito parcial para optar al título de:

**Odontólogo**

Director (a):

Dra. Alba Rocío Pico

Línea de Investigación:

Promoción y Prevención

**Universidad Antonio Nariño**

Programa Odontología

Bucaramanga, Colombia

2023

**NOTA DE ACEPTACIÓN**

El trabajo de grado titulado Percepción de pacientes de la clínica odontológica sede Bucaramanga de la universidad Antonio Nariño relacionada con los cuidados en salud oral y su impacto psicosocial, Cumple con los requisitos para optar Al título de Odontólogo.

---

Firma del Tutor

---

Firma Jurado

---

Firma Jurado

Bucaramanga, 29 de mayo de 2023.

## Contenido

	Pág.
Tabla de contenido	
<b>Resumen</b> .....	<b>13</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>15</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>17</b>
<b>1.1. Planteamiento del Problema</b> .....	<b>19</b>
1.2. Justificación .....	21
1.3. Objetivos.....	24
1.3.1. Objetivo General .....	24
1.3.2. Objetivos Específicos .....	24
<b>2. Marco Referencial</b> .....	<b>25</b>
2.1. Marco Teórico .....	25
<b>2.1.1. Percepción</b> .....	25
Calidad de Vida .....	27
2.1.2. Salud Oral .....	29
<b>Higiene Bucal</b> .....	30
Tipo de tratamiento.....	33
Motivo de consulta .....	33
Trastornos De Salud Bucodental .....	34
Caries Dental .....	34
Enfermedad periodontal.....	34
<b>2.1.3. Impacto Psicosocial</b> .....	35
Bullying.....	36
Halitosis .....	37
<b>2.1.4. Perfil de Impacto en la Salud Oral OHIP-14</b> .....	37
<b>3 Metodología</b> .....	<b>41</b>
3.1 Tipo de estudio.....	41
3.2 Población. ....	41

3.3	Muestra.....	41
3.4	Muestreo.....	41
3.5	Criterios de selección.....	41
3.5.1	<i>Criterios de Inclusión</i> .....	41
3.5.2	<i>Criterios de Exclusión</i> .....	42
3.6	Variables .....	42
3.7	Instrumento.....	42
3.8	Descripción del procedimiento.....	43
3.9	Prueba Piloto .....	45
3.10	Plan de análisis estadístico.....	46
3.11	Aspectos éticos de la investigación.....	47
<b>4</b>	<b>Resultados .....</b>	<b>49</b>
4.1	Características Sociodemográficas .....	49
4.2	Identificación de factores que influyen en el cuidado oral .....	56
4.3	Evaluación impacto psicosocial con la salud oral .....	67
4.4	Evaluación Percepción de Calidad de Vida OHIP 14.....	75
4.4.1	Dimensión de Limitación Funcional.....	75
4.4.2	Dimensión Dolor Físico.....	76
4.4.3	Dimensión malestar psicológico .....	78
4.4.4	Dimensión Discapacidad Física .....	79
4.4.5	Dimensión Incapacidad Psicológica.....	80
4.4.6	Dimensión Discapacidad Social.....	80
<b>5</b>	<b>Discusion .....</b>	<b>83</b>
<b>6</b>	<b>Conclusiones.....</b>	<b>87</b>
<b>7</b>	<b>Anexos .....</b>	<b>89</b>
	<b>Referencias .....</b>	<b>106</b>

### Lista de Anexos

Anexo A. Variables de Estudio _____	89
Anexo B. Instrumento de recolección de datos Encuesta _____	93
Anexo C. Plan de análisis estadístico _____	97
Anexo D. Consentimiento Informado _____	99
Anexo E Prueba Kolmogorov _____	103
Anexo F Prueba T de Student en las 7 dimensiones _____	104

## Lista de Figuras

	<b>Pág.</b>
Figura 1 <b>Adaptación de Slade del modelo de salud oral de Locker.</b> .....	38
<b>Figura 2</b> Ecuación para muestreo.....	45
<b>Figura 3</b> Género .....	51
<b>Figura 4</b> Edad.....	51
<b>Figura 5</b> Distribución Porcentual de la Zona Geográfica.....	52
<b>Figura 6</b> Estrato socioeconómico.....	52
<b>Figura 7</b> Ocupación.....	53
<b>Figura 8</b> Nivel educativo .....	53
<b>Figura 9</b> Distribución porcentual Zona geográfica y ocupación .....	54
<b>Figura 10</b> Distribución porcentual edad y género.....	55
<b>Figura 11</b> Distribución porcentual, ocupación y estrato socioeconómico .....	56
<b>Figura 12</b> Frecuencia de cepillado dental.....	58
<b>Figura 13</b> Frecuencia de cepillado y ocupación .....	59
<b>Figura 14</b> Frecuencia de cepillado y nivel educativo.....	61
<b>Figura 15</b> Frecuencia de cepillado, edad y género femenino .....	62
<b>Figura 16</b> Elementos para la Higiene Oral .....	63
<b>Figura 17</b> Distribución porcentual de tipo de tratamiento que le han realizado con anterioridad .....	64
<b>Figura 18</b> Motivo de consultaotivo de consulta.....	66

<b>Figura 19</b> ¿Qué le gustaría cambiar de su aspecto dental? Género femenino y edad .....	70
<b>Figura 20</b> ¿Qué le gustaría cambiar de su aspecto dental? Género masculino y edad .....	71
<b>Figura 21</b> ¿Ha presentado Buylling? y género .....	72
<b>Figura 22</b> Mal aliento y género .....	73
<b>Figura 23</b> ¿Ha buscado ayuda psicológica? y género.....	73
<b>Figura 24</b> ¿Ha presentado dificultades para interactuar por el estado de su dentadura? y género .....	74
<b>Figura 25</b> ¿En qué lo ha afectado su tratamiento odontológico? y género .....	74



## Lista de tablas

	<b>Pág.</b>
<i>Tabla 1.</i> Instrumentos utilizados frecuentemente para medir la calidad de vida relacionada con salud oral en pacientes con periodontitis .....	39
<i>Tabla 2.</i> Características Sociodemográficas .....	50
<i>Tabla 3.</i> Distribución porcentual de zona geográfica y ocupación .....	54
<i>Tabla 4.</i> Distribución porcentual Edad y género .....	55
<i>Tabla 5.</i> Distribución porcentual ocupación y estrato socioeconómico .....	56
<i>Tabla 6.</i> ¿Fue educado o capacitado en cuidado oral?.....	57
<i>Tabla 7</i> Distribución porcentual educado en cuidado dental con edad .....	57
<i>Tabla 8</i> Frecuencia de cepillado .....	57
<i>Tabla 9</i> Distribución porcentual de frecuencia de cepillado edad y género .....	58
<i>Tabla 10</i> Distribución porcentual Frecuencia de cepillado y ocupación .....	59
<i>Tabla 11</i> Distribución porcentual frecuencia de cepillado y nivel educativo .....	60
<i>Tabla 12</i> Distribución porcentual frecuencia de cepillado, edad y género .....	62
<i>Tabla13</i> Elementos de higiene oral .....	63
<i>Tabla 14</i> Distribución porcentual de tipo de tratamiento que le han realizado.....	64
<i>Tabla 15</i> T de tratamiento con estrato socioeconómico .....	65
<i>Tabla 16</i> Distribución porcentual motivo de consulta .....	66
<i>Tabla 17</i> Motivo de consulta, edad y género .....	67
<i>Tabla 18</i> Evaluación del impacto psicosocial con la salud oral .....	68

<i>Tabla 19</i> Percepción de cuidado de salud oral, género y si fue educado en cuidado de salud oral.....	69
<i>Tabla 20</i> ¿Qué le gustaría cambiar de su aspecto dental?, género y edad .....	70
<i>Tabla 21</i> Impacto psicosocial y género .....	72
<i>Tabla 22.</i> Evaluación del Ohip 14 desde cada dimension .....	75
<i>Tabla 23</i> Distribución porcentual de Limitación funcional .....	76
<i>Tabla 24</i> Distribución porcentual de dolor físico.....	77
<i>Tabla 25</i> Distribución porcentual de dolor físico.....	78
<i>Tabla 26</i> Distribución porcentual de discapacidad física .....	79
<i>Tabla 27</i> Distribución porcentual de incapacidad psicológica .....	80
<i>Tabla 28</i> Distribución porcentual de discapacidad social .....	81
<i>Tabla 29</i> Distribución porcentual de minusvalía .....	82
<i>Tabla 30</i> ¿Ha presentado dificultad para interactuar con otras personas por su dentadura? En la dimensión 7 de Minusvalía (No poder trabajar en forma productiva). ...	82

*Dedicatoria*

*A nuestros padres, quienes siempre estuvieron presentes en cada instante de nuestro crecimiento como odontólogos, sin desfallecer, ni permitirnos fallar.*

## **Agradecimientos**

En primera medida a nuestros padres, quienes con su apoyo incondicional pudimos dar feliz término al presente proyecto, así como también con su cariño nos impulsaron a seguir nuestras metas sin abandonarlas, siempre con persistencia frente a las adversidades. A nuestra directora, la Dra. Alba Rocío Pico, por su dedicación, paciencia y apoyo. A la Universidad Antonio Nariño, sede Bucaramanga, a cada uno de los docentes que intervinieron en el desarrollo del presente estudio, de igual manera a todos y cada uno de los participantes en las encuestas y desarrollo del presente proyecto.

## Resumen

En el presente estudio se aborda la percepción de calidad de vida, con cambios físicos, psicológicos y sociales que pueden generar crisis, por estadios depresivos, ansiedad, aislamiento social, e impacto a nivel de la salud oral, producto de la caries, enfermedad periodontal, prótesis y fracturas.

**Objetivo.** Evaluar la percepción de calidad de vida relacionada con los cuidados en la salud oral y su impacto psicosocial.

**Métodos.** Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal con una población de 134 pacientes mayores de 18 años que se encontraban activos en la facultad de Odontología de la Universidad Antonio Nariño Sede Bucaramanga.

**Resultados.** Población caracterizada por mujeres (72%), entre 27 a 59 años (60%), de los cuales el 64 % son del género femenino, con una edad media 37 años (1,84) y predominio de residencia en zona urbana (72%), cuyo 36% son empleados y el 29 % desempleados, concentrados en el estrato socioeconómico medio bajo (42%) y un nivel educativo hasta el bachillerato (40%). En la variable identificación de factores de cuidado oral, la frecuencia de cepillado con nivel educativo, se posiciona en el nivel de bachillerato (40%), sin embargo, se evidencia una tendencia a ser directamente proporcional al nivel educativo, con diferencia significativa de ( $P= 0,043$ ). Respecto a la percepción de calidad de vida desde el Ohip 14, el motivo de consulta, presentó diferencia significativa ( $p= 0,048$ ) con la dimensión 6; del impacto psicosocial, las variables percepción de cuidados de salud oral ( $p= 0,049$ ), *dimensión 6, discapacidad social*), ¿está conforme con el tratamiento que

se le realizó? ( $p= 0,034$ , *dimensión 6*), ha tenido dificultades para interactuar con otras personas? ( $p= 0,03$ , *con la dimensión 7*), en que lo ha afectado el tratamiento odontológico? ( $p= 0,036$ , *dimensión 6*), ha buscado ayuda psicológica despues de un tratamiento odontológico? ( $p= 0,034$ , *dimensión 2 limitación funcional*), y la percepción de calidad de vida positivo en 7 dimensiones.

**Conclusiones.** La percepción de calidad de vida de los participantes fue positiva, lo que lleva a concluir que los factores de cuidado bucal e impacto psicosocial tiene una fuerte influencia en la calidad de vida.

**Palabras Clave.** Percepción de calidad de vida, impacto psicosocial, cuidado de salud oral

## Abstract

In the present study, the perception of quality of life is addressed, with physical, psychological and social changes that can generate crises, due to depressive stages, anxiety, social isolation, and impact at the level of oral health, product of caries, periodontal disease., prostheses and fractures.

**Aim.** To evaluate the perception of quality of life related to oral health care and its psychosocial impact.

**Methods.** A descriptive cross-sectional study was carried out with a population of 134 patients over 18 years of age who were active in the Faculty of Dentistry of the Antonio Nariño University, Bucaramanga Branch.

**Results.** Population characterized by women (72%), between 27 to 59 years old (60%), of which 64% are female, with a mean age of 37 years (1.84) and predominance of residence in urban areas (72 %), of which 36% are employed and 29% unemployed, concentrated in the lower middle socioeconomic stratum (42%) and an educational level up to high school (40%). In the variable identification of oral care factors, the frequency of brushing with educational level, is positioned at the high school level (40%), however, there is a tendency to be directly proportional to the educational level, with a significant difference of ( $p= 0.043$ ). Regarding the perception of quality of life from Ohip 14, the reason for consultation, presented a significant difference ( $p= 0.048$ ) with dimension 6; of the psychosocial impact, the variables perception of oral health care ( $p= 0.049$ ), dimension 6, social disability), are you satisfied with the treatment you received? ( $p= 0.034$ , dimension 6), have you had difficulties interacting with other people? ( $p= 0.03$ , with dimension 7), how has dental treatment affected you? ( $p= 0.036$ , dimension 6), have you sought psychological help after dental treatment? ( $p= 0.034$ , dimension 2 functional limitation), and the perception of positive quality of life in 7 dimensions.

**Conclusions.** The perception of the quality of life of the participants was positive, which leads to the conclusion that the factors of oral care and psychosocial impact have a strong influence on the quality of life.

**Keywords.** Perception of quality of life, psychosocial impact, oral health care.



## Introducción

El presente trabajo de grado tuvo como principal objetivo, evaluar la percepción de calidad de vida relacionada a salud oral y los impactos psicosociales, para ofrecer como beneficio la evaluación a problemas bucodentales como determinantes en el estado de su salud, relaciones sociales, trabajo y bienestar.

La calidad de vida, definida por la OMS como la percepción del individuo desde su situación de vida, en los contextos sociocultural y de valores en que vive; en relación con sus expectativas (de la Fuente-Hernández et al., 2010), puede orientar a considerar que la percepción de salud es multidimensional dependiente no tan solo de factores internos sino externos (Cohen-Carneiro et al., 2011).

De igual manera, la declaración de la OMS, al solicitar que la cavidad oral y sus enfermedades sean consideradas como parte integral del cuerpo (Sheiham, 2005), ello repercute en la calidad de vida del ser humano, lo que da preponderancia a los factores orales, desde los enfoques culturales, políticos y sociales.

La percepción de calidad de vida definida por diferentes autores entre los cuales se halla Nava, 2012, para quien es un concepto “Multidimensional” (factores intrínsecos y extrínsecos), desde el carácter, la actitud, contexto familiar, social, económico, políticos y la manera en que ve la vida, que implica una condición abstracta, y se relaciona con el desarrollo del país y su cobertura a las necesidades básicas y la clasifica desde varios

quehaceres (calidad de vida desde la felicidad, calidad de vida instrumental, calidad de vida sustantiva, y ética de capacidades). (Nava, 2012)

Otro autor que refiere en sus estudios la percepción de calidad de vida es Gómez, 2009, para quien es considerada como una evaluación subjetiva con dimensiones tanto positivas como negativas desde un contexto social y cultural, el cual depende directamente de las expectativas de cada individuo. (Gómez E. , 2009)

Sin embargo, para González, 2019, la percepción de calidad de vida es un indicador, el cual facilita la medición de las condiciones de salud tanto mental, como física. (González, Cabllero, Peralta, & peralta, 2019)

Indagar frente a la percepción de calidad de vida permite esclarecer frente a los efectos tanto inesperados como los esperados de los programas de salud, previos a las intervenciones propias del ejercicio de la profesión como odontólogos, en consideración a que se contempla la percepción de calidad de vida como una evaluación necesaria de los resultados en salud.

Dicho concepto fue analizado desde el contexto sociodemográfico, psicosocial y cuidados de salud oral, los cuales permitieron comprender que la mencionada triada confluye en el bienestar o no del cuerpo entero, a través de todas las etapas de la vida con la ausencia o no de afecciones como caries, gingivitis y/o, enfermedad periodontal.

### 1.1. Planteamiento del Problema

La percepción de calidad de vida, se ha relacionado con la salud oral, a partir de las funciones de lenguaje, expresión facial, masticación, salivación, deglución y hasta el sentido del gusto que cumple el sistema estomatognático y como un indicador de bienestar tanto social como individual (Schwartzmann, 2003).

Lo que lleva a sentar las bases del relacionamiento del grado de bienestar físico y psicosocial con la calidad de los tratamientos odontológicos o su estado bucal, desde y hacia un sistema de expectativas, tendientes a la evaluación general de la vida y los constantes cambios desde los procesos de afrontamiento, que lleven a una reducción de la brecha, donde los sucesos vitales generadores de estrés inciden de manera negativa en la calidad de vida del individuo (pobreza, desempleo).

Petersen, (2003), describe la salud oral, como un elemento esencial de la salud general, ya que cumple con funciones tan vitales como la alimentación, la comunicación y la integración social que conllevan a una mejor relación de carácter psicológico y sociales, los cuales son influyentes en la calidad de vida de todo ser humano, al facilitar la interacción persona a persona (Luengas, 2004:112).

Además, se evidencia en el estudio de Cerón, 2018 que la prevalencia de enfermedades orales en la edad adulta se podrían evitar, gracias a la estructuración de la personalidad del individuo, ofreciendo mejores índices de salud y vitalidad, desde la adolescencia (Cerón, 2018).

Dicha calidad de vida, hace referencia a las condiciones en que vive cada persona, durante su desarrollo, al pasar por diferentes cambios físicos, psicológicos y sociales que pueden generar crisis, conflictos y contradicciones, así como también factores psicológicos, que nos llevan a estados depresivos, ansiedad, frustración, angustia, aislamiento social (Díaz, Casas, & Roldón, 2017).

Por tanto, la principal enfermedad, considerada de mayor prevalencia para la OMS (organización Mundial de la salud), era la caries dental debido a que es la tercera patología a nivel mundial que afecta a la población en un 95%, además en México dicha caries dental perjudica a más del 90% de la población (Fuente, Sumano, Sifuentes, & Zelocuatecatl, 2010).

A partir de lo anteriormente descrito, se identifica la importancia de evaluar la percepción relacionada con los cuidados en la salud oral y su impacto psicosocial, por lo tanto se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿cuál es la percepción de los pacientes que asisten a la clínica odontológica de la universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga relacionada con los cuidados de salud oral y su impacto Psicosocial ?

## 1.2. Justificación

Entre las principales disciplinas, ha sido la psicología, la que se ha encargado de estudiar la percepción en cuanto a términos generales, al definirla como “el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social” (Ramírez, 2015), siendo un factor predictor de calidad de vida (Jiménez, Esquivel, & González, 2003), para así poder identificar, evaluar y reducir el riesgo sanitario (Stanojlovic, 2015).

Según Padilla, 2012, en consideración a que la calidad de la atención se relaciona con el desarrollo del país, y la atención odontológica llega a estar limitada, a los altos costos y que los cuidados de la salud se hallan interconectados a fenómenos de orden antropológico, fisiológico y psicológico, lo que deriva en la percepción para la prevención y tratamiento de enfermedades bucales, al esclarecer que el cuidado de la salud dental “no es un asunto accesorio”, al contrario lo considera implícito en los “cuidados generales ante cualquier enfermedad” (Padilla & Cerón, 2012).

En consideración a que 2300 millones de personas presentan caries dental no tratada en dientes permanentes (Bernabe & Marcenes, 2020), en México, la caries y la enfermedad periodontal afectan a más del 90 % de la población adulta (SIVEPAB, 2015).

Según estudios realizados por la OMS en el año 2019, las enfermedades bucodentales, afectaron a 3500 millones de personas a nivel mundial entre estas enfermedades

encontramos la caries dental (OMS, 2022), al ser uno de los trastornos más frecuentes, reflejado en países de estrato bajo y mediano, que constantemente llegan a estar afectados por cambios en las condiciones de vida, como el incremento de la urbanización y las condiciones psicosociales lo que conlleva a un aumento de las enfermedades bucodentales (GBD, 2020).

Existe evidencia de estudios donde la ansiedad, depresión, baja autoestima y problemas psicosociales son considerados factores con influencia negativa en la salud oral, lo que lleva a patologías crónicas prevalentes (caries dental, gingivitis, enfermedad periodontal). (Ourens, Celeste, & Hilgert, 2013)

Las mencionadas enfermedades crónicas prevalentes (caries dental, gingivitis y enfermedad periodontal), cuyo origen es dento-bacteriano, afectan hasta un 95% de la población mundial, con mayor prevalencia y severidad en el género masculino. De igual manera, relaciona la caries dental con la alteración de la calidad de vida por pérdida de capacidad funcional, en pacientes de 18 años, así como también, demostró que el 91,97% de los participantes consideraron que su salud oral afecta su calidad de vida, lo anterior mayor en el género femenino ( $p=0,85$ ), al evaluar las dimensiones de dolor físico, baja autoestima, molestias psicológicas, junto con los problemas de relacionamiento social. (Cerón, Relación de calidad de vida y salud oral en la población adolescente, 2018)

Ya a nivel nacional, el ENSAB IV, 2014 el proceso de formación de la caries dental en Colombia, se halló con una prevalencia del 52.81% evidenciando el poco conocimiento de los cuidados de la salud bucal y una experiencia de caries en pacientes entre 20 a 24 años

de 97,96%, lo que indica que la experiencia de caries se incrementa con la edad. (Minsalud, 2014).

Aunado lo anteriormente presentado a unos componentes como la alimentación, la cual se ha ido afectando por la comercialización de bebidas y alimentos ricos en azúcar, así como el tabaco y el alcohol, han dado lugar a un consumo creciente de productos que contribuyen a los trastornos de salud oral y a otras enfermedades no transmisibles (González, González, & González, 2013).

En la actualidad, se evidencia el creciente reconocimiento de que la salud oral tiene un impacto en la vida social y psicológica del individuo (Díaz, Casas, & Roldón, 2017), lo que hace importante evaluar la percepción relacionada con los cuidados en la salud oral y su impacto psicosocial, en consideración a que contribuye a futuras investigaciones que posibilite diseñar herramientas que ayuden a mejorar el comportamiento del paciente desde una perspectiva más amplia en la práctica clínica, investigativa y preventiva de la salud oral, con un consecuente beneficio a la comunidad en general hacia el planteamiento de nuevos programas de salud oral (Fuente, Sumano, Sifuentes, & Zelocuatecatl, 2010).

### 1.3. Objetivos

#### *1.3.1. Objetivo General*

Evaluar la percepción de calidad de vida relacionada con los cuidados en la salud oral y su impacto psicosocial, en los pacientes que asisten a la clínica odontológica de la universidad Antonio Nariño, sede Bucaramanga, durante el primer semestre de 2023.

#### *1.3.2. Objetivos Específicos*

- Caracterizar la población a nivel sociodemográfico y económico.
- Identificar los factores que influyen en el cuidado de la salud oral de los pacientes que asisten a la clínica odontológica del adulto de la Universidad Antonio Nariño, sede Bucaramanga a través de una encuesta relacionada con su salud oral.
- Determinar el impacto psicosocial relacionado con la salud oral en los pacientes de la clínica odontológica sede Bucaramanga de la universidad Antonio Nariño.



## 2. Marco Referencial

### 2.1. Marco Teórico

Para establecer la calidad de vida y percepción del paciente se tienen en cuenta diferentes variables las cuales afectan directamente esta condición como lo son: el aspecto físico, OHIP (Oral Health Index Profile), impacto del perfil de salud oral; edad; género; frecuencia semanal de actividades e interacciones sociales; estado financiero; visitas al médico por mes de forma regular; hospitalización durante los últimos 6 meses; artritis, reumatismo, enfermedad cardiovascular o diabetes; pacientes anormales de IADL (actividades esenciales de la vida diaria); y el nivel de satisfacción del estilo de vida actual (Cerón, Relación de calidad de vida y salud oral en la población adolescente, 2018).

La calidad de vida se halla relacionada con la percepción del individuo sobre su posición social y económica y que a su vez directamente con su salud oral, teniendo en cuenta lo anterior se logra evidenciar la importancia de determinar y analizar las percepciones subjetivas y estilo de vida de los mayores de 18 años, para así esclarecer el impacto que tienen estos factores en el estilo de vida y la salud oral durante esta etapa (Cerón, Relación de calidad de vida y salud oral en la población adolescente, 2018).

#### 2.1.1. *Percepción*

Hausberger, 2007, define la percepción, como aquel proceso cognitivo que facilita, recibir información y conformar una representación más o menos real del medio, a través de los sentidos, la cual es multifactorial (estado fisiológico del individuo, la personalidad, el grado de soporte social que recibe, el estado civil, el bienestar psicológico). Sin embargo,

tan solo se contextualiza a partir de los valores, creencias y entorno sociocultural, en consideración a que es un proceso tanto personal como subjetivo (Sacchi, Hausberger, & Pereyra, 2007)

A la vista de los diferentes autores que han estudiado la percepción corrobora lo presentado por muchos sobre los factores intrínsecos y extrínsecos, que influyen en la percepción del ser.

Para Brennan et al (2012), la percepción la considera como un indicador social para el estado de salud oral.

En consideración a que permite evaluar los resultados de la atención en salud y por tanto debe ser analizada previa a la implementación de intervenciones.

Legido, (2016), refiere en su estudio que la mayoría de la población estudiada consideró que su estado bucodental fue bueno o regular (un 45,7 % y un 35,1%, respectivamente) y solo una minoría (1,1 %) lo percibió como excelente, relacionado desde el incremento de la edad, el género masculino, el trabajo manual, el nivel de estudios y los menores ingresos, como una peor percepción de salud bucodental. Otro aspecto a mencionar de su estudio fue que la mayoría de la población estudiada no refirió afectación de la calidad de vida por dolor o problemas bucodentales (el 76% y el 50%). Cuando lo refieren, se trata con más frecuencia de sujetos mayores, mujeres, trabajadores manuales y con menor nivel educativo y económico, referente a la enfermedad periodontal los participantes con mejor situación periodontal (60%) son las que consideran su salud oral

excelente, muy buena o buena, a diferencia del grupo de incluidos en peor situación periodontal perciben su salud como regular o mala (Legido, 2016).

Al ser una apreciación subjetiva, está sujeta a muchas variantes que afectan de manera positiva o negativa el servicio prestado o procedimientos realizados por los profesionales de la salud oral.

### *Calidad de Vida*

La calidad de vida contemplada como “la calidad de las condiciones de vida de una persona y la satisfacción experimentada con dichas condiciones, así como la combinación de componentes objetivos y subjetivos ponderados por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales” (Rajmila L, 2001).

Dichas condiciones de componentes tanto objetivos como subjetivos son los que desde el contexto en el que se desarrolló el paciente, le da las bases para experimentar satisfacción.

Desde el 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de su boletín, ha presentado la importancia de identificar el estado de salud bucal un elemento importante de la calidad de vida (CV), en consideración a que la salud bucal puede afectar la salud general puesto que ocasiona dolor y hasta sufrimiento al cambiar la alimentación de las personas, su habla y su calidad de vida y bienestar, motivo por el cual solicita dejar de ver la boca como una parte del cuerpo aislada del resto del cuerpo, en consideración a que la salud bucal llega a presentar efectos sobre otras enfermedades crónicas (Sheiham, 2005).

Recordar que la pérdida dental, gingivitis, enfermedad periodontal, presencia de prótesis, lleva a generar dolores, dificultades en la masticación, dificultades de relacionamiento por discapacidad tanto física que lleva a la psicológica, por tanto, el estado de salud bucal si afecta la salud general.

No tan solo se le da importancia o reconocimiento a la salud oral en la calidad de vida, sino también la OMS, solicita a través del mismo boletín que las políticas de salud se encuentren reorientadas hacia la incorporación de la salud bucal con el uso de enfoques sociodentales que permitan evaluar las necesidades y el enfoque de factores de riesgo comunes para la promoción de la salud, al considerar y además mencionar que las enfermedades de origen bucal es una de las cuatro enfermedades más caras de tratar puesto que estiman un costo alrededor de US\$ 3513 por cada 1000 niños (Ibidem, 2005).

Lo anterior en consideración a que la salud bucodental puede llegar a afectar a la población tanto de una manera física como psicológicamente, llegando al límite de influir en su crecimiento, en cómo pueden disfrutar de la vida, y socializar, así como también puede afectar o intervenir en sus sentimientos de bienestar social, en consonancia a que la caries reduce la calidad de vida de los niños al experimentar dolor, desfiguración, infecciones agudas y crónicas, trastornos de alimentación y hasta afectar el sueño, lo que redundará en su nutrición, crecimiento y aumento de peso (Ibidem, 2005).

Segura, 2017, refiere que en Colombia hay instrumentos similares en cuanto a calidad de vida se refiere, los cuales pueden analizar una aplicación de forma general o específica, en consideración a la condición oral o el tipo de paciente (condiciones

sistémicas), sin embargo, su evaluación psicométrica es una de las falencias, al no ser analizada (Segura & De La Hoz, 2017).

### **2.1.2. Salud Oral**

Una adaptación del concepto Salud Oral propio de Sandra Tovar Valencia, desde el Ministerio de Salud y Protección Social a partir de: Canadian Dental Association. Oral Health complicaciones. What is oral health?, donde es definida como “La CDA define la salud oral como "un estado de las estructuras y tejidos orales y relacionados que contribuye positivamente al bienestar físico, mental y social y al disfrute de las posibilidades de la vida, al permitir que el individuo hable, coma y socialice sin que el dolor lo obstaculice" (CDA, 2001), pero que al adaptarla paso a ser definida por el ministerio de salud y protección como:

(...) “el estado en el que las estructuras relacionadas con la boca contribuyen positivamente al bienestar físico, mental y social de las personas al permitirles disfrutar de la vida a través de auto percibirse y reconocerse positivamente, hablar, masticar, saborear la comida y alimentarse, y disfrutar y participar de sus relaciones sociales y transmitir emociones a través de sus expresiones faciales” (Minsalud, 2017).

La confluencia desde la triada del bienestar (físico, mental y social), es lo que equilibra al ser como paciente y le permite enfrentar con mejor autoestima las dificultades a afrontar producto de los tratamientos odontológicos.

La salud oral, parte integral y esencial para la salud, es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como:

“un estado exento de dolor bucodental o facial crónico, cáncer de la cavidad bucal o la garganta, infección oral y anginas, periodontopatías, caries dental, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan la capacidad de una persona para morder, masticar, sonreír y hablar, así como su bienestar psicosocial” (OMS, 2019).

La mencionada salud oral, puede de igual manera comprometer la calidad de vida (Gherunpong, Tsakos, & Sheiham, 2004), lo que requiere la adquisición de hábitos de salud oral, que conllevan a reducción de factores de riesgo en la edad adulta (Kushnir, Zusman, & Robinson, 2007)

### **Higiene Bucal**

Gómez, 2006, define la a higiene bucal como el cuidado de dientes, encía, lengua y toda cavidad bucal, con la adaptación de cuatro hábitos (cepillado, limpieza con hilo dental, enjuague dental y visita periódica al odontólogo) (Gómez A. E., 2006), sin embargo, para Poveda, 2011, es el conjunto de normas dirigidas hacia la prevención de enfermedades en encías, logrando controlar la susceptibilidad a la formación de caries dental (Poveda, 2011). Por tanto, los dos autores, aunque se aproximan en contexto Gómez, 2006 explicita en cada estructura de la cavidad oral a diferencia de Poveda, 2011, quien se limita a la encía.

La buena higiene bucal proporciona una boca con un aspecto y olor saludables. Esto significa que: Sus dientes están limpios y no hay restos de alimentos, Las encías presentan un color rosado y no duelen o sangran durante el cepillado o la limpieza con hilo dental, y el mal aliento no es un problema constante

Para practicar una buena higiene bucal lo más importantes que usted puede hacer, por sus dientes y encías es mantener una buena higiene. Los dientes sanos no sólo proporcionan un buen aspecto a su persona y lo hacen sentirse bien, sino que le permiten hablar y comer apropiadamente.

Para tal fin, deben considerarse la capacitación o educación que se le proporcione al paciente que le de herramientas y conocimiento sobre las adecuadas formas de realizar su higiene oral, frecuencia de cepillado, los elementos adicionales en la higiene.

Pita-Fernández, 2010, refiere la existencia de asociación entre frecuencia de cepillado y prevalencia de caries que hay menor prevalencia de caries, en su estudio evidenció que los participantes que se cepillaban 2 veces al día presentaron lesiones cariosas, aunque vale la pena aclarar que su población de estudio era niños, de igual manera refiere que quienes se cepillan una vez/día la prevalencia de caries se lograba reducir al 23,1% y si en cambio la frecuencia de cepillado llegaba a ser varias veces, se reducía a un 15,3% de posibilidad de presentar caries; lo anterior para la dentición temporal, pero para la definitiva el no cepillarse incrementa la prevalencia de caries a un 34,3%, pero si por el contrario la frecuencia aumenta a varias veces, se logra reducir la posibilidad de presentar caries a un 15,3%

Ya en la práctica profesional como odontólogos, se evidencia la influencia de la frecuencia de cepillado en el estado de salud bucal y su higiene, aunque es un aspecto no muy fácil de indagar desde una encuesta en consideración a que los pacientes omiten verdades que afecten su imagen frente al profesional de la salud oral.

En la literatura académica se aprecian indicaciones que el cepillado dental es considerado uno de los principales métodos de prevención para prevenir el mal estado de salud bucal, el cual debe estar acompañado de cremas dentales  $\geq 3$  veces/día (Castro F, 2022).

Respecto a los elementos de higiene oral que acompañan al cepillado Castro, 2022, refiere que en su estudio los participantes además del cepillo hacían uso de la pasta dental, sin embargo, aclara que se hace difícil asociar el uso de la “pasta dental” (crema dental), y la presencia de lesiones de caries.

Para Moral, 2017, el uso de la crema dental no implica evitar lesiones cariosas, puesto que la usan personas con buenos y malos hábitos de higiene

Castro, 2022 y Moral, 2017, parecen tener similares apreciaciones frente al uso y poca asociación con lesiones por caries, sin embargo, el uso de la crema dental como elemento de acompañamiento al cepillado es de vital importancia para facilitar el proceso de cepillado.

El uso de los cepillos interdetales, los cuales presentan características como que son de pequeñas dimensiones, redondos, indicados para pacientes son implantes, prótesis y aparatología ortodóntica.

El uso de la seda dental, está indicado para eliminar residuos de alimentos y placa bacteriana en superficies interproximales y en surco gingival, lugar al que difícilmente accede la cerda del cepillo, sobre todo para prevenir lesiones periodontales.



El uso del enjuague bucal, cumple la función de control de gérmenes, placa bacteriana y proporciona frescura a la boca y buen aliento (Bosh, 2007).

### **Tipo de tratamiento**

Realizar un análisis frente al tipo de tratamiento vale la pena en consideración a que se halla supeditado a las condiciones económicas, tal como lo describió Al-sinaidi A, Preethanath RS, 2014.

### **Motivo de consulta**

Cuando se indaga respecto al motivo de consulta, permite identificar cuáles son las inquietudes o condiciones de alarma en el paciente, como ayuda significativa (Rodríguez Charry, 2007).

Así es que pueden entenderse los motivos como un malestar, o sufrimiento producto de procesos coevolutivos de mundos subjetivos y relacional.

Para Hernández, 2004, el motivo de consulta no es más que los motivos de contexto significativos de vida, por los cuales se acude a consulta, producto de procesos de construcción social y cultural, dado por la psicologización y /o psicopatologización (Hernández, 2004).

El motivo de consulta es tan importante analizarlo previo al inicio del tratamiento puesto que conlleva no tan solo la sintomatología existente (dolor, inflamación, sangrado), sino que posterior a indagar con Hernández es evidente que existe un componente psicológico que puede afectar dicho evento.

## **Trastornos De Salud Bucodental**

Los principales trastornos de salud bucodental son: caries dental, periodontopatías, traumatismos bucodentales, siendo prevenibles.

### **Caries Dental**

La caries dental, como patología multifactorial, es contemplada como una infección bacteriana con desmineralización de tejidos duros, gracias a la acción microbiana, presentes en la placa bacteriana, de igual manera es considerada transmisible (Catalá, 2014)

La deficiente acción del cepillado que conlleva a una pobre eliminación de la placa bacteriana puede provocar caries, inducir el dolor, y hasta en casos más extremos la pérdida de dientes e infección. (Nubia et al, 2020).

Todo lo anterior por condiciones de mala higiene oral, aunado lógicamente a una dieta pobre en nutrientes favorece dicha desmineralización.

### **Enfermedad periodontal**

Es la enfermedad periodontal, una patología, que afecta los tejidos de sostén del diente, dentro de las cuales, se contempla la gingivitis y la periodontitis, cuyos síntomas se caracterizan por inflamación, dolor, sangrado, cambios de coloración de la encía, cuya etiología radica en la mala o falta de higiene bucal, al favorecer el depósito de placa (Bascones, 2005).

Afecta alrededor del 70% de la población adulta, cuyas lesiones son irreparables y que pueden llegar a destruir parte del arco dental.

Pero si es posible prevenirla, gracias al autocuidado y a los procesos de capacitación y control por parte del profesional (Romero, Paredes, Reyes, Flores, & N., 2016).

### **2.1.3. *Impacto Psicosocial***

Entendido el impacto psicosocial como aquella interacción que facilita la directa relación con la sociedad en la cual nos desenvolvemos y que permite definir nuestra personalidad, entre los cuales se pueden encontrar la salud mental, las discapacidades, la satisfacción y calidad de vida, y los recursos sociales (Fernandez & Vasquez, 2016).

La función psicosocial, que corresponde a la reocupación por su salud oral, hace referencia a la insatisfacción con la apariencia, dificultad en el contacto social ocasionada por problemas orales (Diaz, y otros, 2013).

Otro aspecto importante del impacto psicosocial es la apariencia que contribuye, a mejorar autoestima, la cual puede verse afectada por la percepción que se halla distorsionada de su imagen corporal, incluyendo la estética facial y dentofacial, que incluye sonrisa y dientes pueden transmitir éxito, y buena salud (Correa, 2015)

Para Onyeaso et al. (2005), expresa que “más del 40% de los encuestados reportó sentirse inseguro como resultado de su apariencia dental, restringiéndose en actividades normales como reír en público, conocer gente y formar relaciones cercanas” (Onyeaso, Utomi, & Ibekwe, 2005).

El impacto psicosocial fuera de los cánones de normalidad ocasiona problemas de tipo biológico entre los cuales está la caries dental y cambios en coloración de los dientes los cuales afectan la calidad de vida (Khan & Fida, 2008).

No tan solo se puede presentar caries y cambios de coloración en dientes, sino que también se ve afectada la forma, ubicación y tamaño de los dientes, lo que genera impactos en el paciente y en ocasiones lo llevan a un aislamiento social y a poco relacionarse

### **Efectos De La Depresión En Los Ámbitos De La Vida**

Ante estados depresivos o baja autoestima producto de mal aliento o bullying, con frecuencia el paciente reporta desgano y directamente se asocia con descuido en la higiene bucal.

### **Bullying**

Considerado una manera de maltrato, el cual se caracteriza por ser intencionado y perjudicial, hacia otra persona, que conlleva a un deterioro psicológico de su personalidad (Contreras, 2013).

En pacientes con maloclusiones se ha reportado bullying hasta un 15 %, que conllevan a problemas sociales por presentar halitosis (relacionado con una mala higiene bucal), maloclusión dental (alteración oclusal por factores estéticos, étnicos y culturales) (Plazas, Martínez, castro, Solana, & Villalba, 2011).

Lamentablemente, ese porcentaje del 15% es subestimado, en consideración a que muchas personas temen expresar el bullying por temor a las represalias del otro (agresor), probablemente sea un aspecto a indagar más a profundidad.

### **Halitosis**

Otro aspecto que afecta o que ocasiona inconvenientes sociales, es la halitosis, que se relaciona con la deficiente higiene oral, aunque también tiene componente sistémico por sinusitis y/o problemas de origen gástrico, que lleva a afectar el relacionamiento social (Contreras, 2013).

#### **2.1.4. Perfil de Impacto en la Salud Oral OHIP-14**

Resissmann y otro, 2012 manifestaron que por sí solos, los indicadores clínicos no llegan a describir la satisfacción, síntomas de los pacientes, o su capacidad para realizar actividades diarias, debido a esto es que sugieren que la medición del impacto de las condiciones orales en la calidad de vida debe formar parte de la evaluación de las necesidades de salud bucal (Resissmann, Remmler, John, Schierz, & Hirsch, 2012).

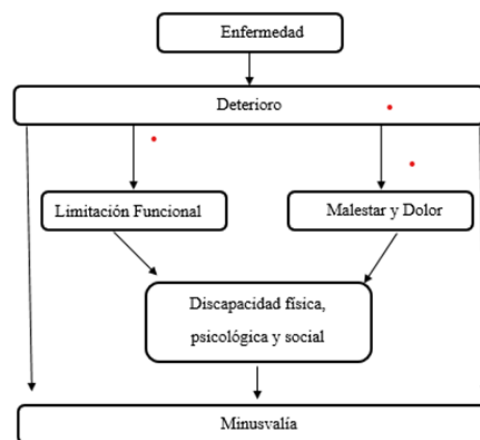
Montero, 2009, plasma que el OHIP-14, fue desarrollado por Slade y Spencer en Australia en 1994, el cual es usado como un índice de medición del impacto social de las patologías bucales en la calidad de vida y lo define como “un cuestionario de 14 ítems elaborado para medir la autopercepción de limitación funcional, malestar y la discapacidad como resultado de las condiciones orales”, cuyo objetivo no es otro que el de captar los impactos que están relacionados con las condiciones bucales en general (Montero, 2009).

Lo que permitió el desarrollo del OHIP fue que se realizó una adaptación del modelo de salud bucal de Locker; hecha por Slade en 1997, donde manifiesta que:

“Una alteración o enfermedad bucal si no es tratada a tiempo puede producir la pérdida de dientes, lo cual se considera como (deterioro). Con el pasar del tiempo puede provocar dificultad en la masticación, lo que se considera como una (limitación funcional). O provocar dolor producto de las prótesis mal adaptadas, lo que se consideran como (molestias). Todo esto puede provocar una capacidad limitada para alimentarse, lo cual se define como (discapacidad). Por último, se llega a la (minusvalía) debido a que muchas personas son incapaces de comer fuera de casa o con su familia por vergüenza llevándole al aislamiento social” (Montero, 2009:28).

Figura 1

*Adaptación de Slade del modelo de salud oral de Locker*



*Notas:* Tomado de (Cazar, 2017).

**Tabla 1.**

Instrumentos utilizados frecuentemente para medir la calidad de vida relacionada con salud oral en pacientes con periodontitis

Fr ecuencia	Instrumento	Estudios
8	<b>OHIP-14:</b> escala tipo Likert, mide en siete dimensiones los efectos adversos o negativos en el desarrollo de actividades diarias durante los últimos doce meses. Dimensiones: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social, desventajas.	Meusel y col. 2015 (22), Brauchle y col. 2013 (53), Jansson y col. 2014 (49), Ohrn y col. 2012 (58), Al Habashneh y col. 2012 (51), Wong y col. 2012 (52), Bernabé y col. 2010 (50), Araujo y col. 2010 (1).
2	<b>OHQoL-UK:</b> escala tipo Likert, mide aspectos positivos y negativos del impacto de la salud oral en CVRSO. Dimensiones: síntomas, aspectos físicos, aspectos psicológicos, aspectos sociales.	Nagarajan y col. 2012 (54), Santuchi y col. 2015 (57)
2	<b>OHRQL:</b> escala tipo Likert, mide aspectos positivos y negativos de la relación entre la salud oral y CVRSO. Dimensiones: dolor, resequedad bucal, función al comer y masticar, función al hablar, función social, función psicológica, y percepción de salud.	Makino y col. 2015 (48), Saito y col. 2010 (55)
2	<b>OIDP:</b> escala tipo Likert, mide el impacto negativo sobre actividades básicas diarias durante los últimos seis meses. Actividades a medir: comer, hablar, limpieza dental, actividades físicas ligeras, salidas, relajarse, dormir, sonreír, funciones laborales, estabilidad emocional y contacto social.	Tsakos y col. 2010 (56), Santuchi y col. (57)
1	<b>CS-OIDP:</b> variación del OIDP, evalúa específicamente una causa específica relacionada con el tipo de impacto producido en la CVRSO.	Tsakos y col. 2010 (56)
1	<b>GOHAI:</b> escala tipo Likert, mide el impacto positivo y negativo de problemas relacionados con la salud bucal durante los últimos tres meses. Dimensiones: limitación funcional, malestar y dolor, impacto psicológico, impacto sobre el comportamiento.	Ohrn y col. 2012 (58)

*Notas:* Tomado de (Segura & De La Hoz, 2017)

Lo anterior descrito en la tabla 1, evidencia la frecuencia de uso de los instrumentos según los estudios de los diferentes autores relacionados, de los cuales segura concluye que se debe estimular a los investigadores a implementar una mayor rigurosidad metodológica

y estandarización de cada una de las técnicas, de tal manera que permita obtener unos resultados confiables (Segura & De La Hoz, 2017).

El OHIP-14 es un modelo basado en la clasificación de la OMS, a partir de los efectos de la enfermedad que van desde los síntomas internos, (representado por limitación funcional), a las desventajas que afectan a las relaciones sociales y se halla dividido en 7 dimensiones de impacto, las cuales son (Cazar, 2017).

1. limitación funcional (dificultad para masticar)
2. dolor físico (la sensibilidad de los dientes)
3. malestar psicológico (la conciencia de uno mismo)
4. discapacidad física (cambios en la dieta)
5. incapacidad psicológica (la reducción de la capacidad de concentración)
6. discapacidad social (evitando la interacción social)
7. minusvalía (no poder trabajar de forma productiva).



### **3 Metodología**

#### **3.1 Tipo de estudio.**

Se realizó un tipo de estudio Descriptivo de corte transversal

#### **3.2 Población.**

La población estuvo conformada por pacientes mayores de 18 años tanto de género masculino como femenino, que se encontraban activos en la facultad de Odontología de la Universidad Antonio Nariño Sede Bucaramanga, en el en el segundo semestre del 2022.

#### **3.3 Muestra.**

La muestra estuvo conformada por 134 encuestados

#### **3.4 Muestreo.**

Se realizó un muestreo No probabilístico de tipo voluntario

#### **3.5 Criterios de selección**

##### ***3.5.1 Criterios de Inclusión.***

Pacientes adultos que se encontraban activos en la atención odontológica de la Universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga

### **3.5.2 Criterios de Exclusión.**

Menores de edad, pacientes que no asistieron a la facultad., y pacientes que no firmaran el consentimiento informado.

### **3.6 Variables**

Como variable dependiente, fue analizada la percepción de calidad de vida y como independientes se consideraron las sociodemográficas (género, edad, zona geográfica, estrato, nivel educativo, ocupación), factores que influyen en el cuidado de la salud oral (Educado o capacitado en cuidado dental, frecuencia de cepillado dental, elementos para la higiene oral, qué tipos de tratamientos dental le han realizado y motivo de consulta), impacto psicosocial relacionado con la salud oral (bullying, halitosis, autoestima), como se encuentran operacionalizadas en el anexo A.

### **3.7 Instrumento**

A través de una encuesta estructurada conformada por 25 preguntas, de las cuales 23 eran cerradas con opción múltiple y 2 preguntas son abiertas, de las cuales, se esperó explorar desde las tres variables caracterización sociodemográfica, identificación de factores que influyen en el cuidado oral y evaluación impacto psicosocial, anexo B.

De igual manera, la variable de percepción de calidad de vida fué analizada desde el perfil de impacto de salud oral de OHIP 14, que evaluó los efectos de la enfermedad que van desde los síntomas internos, (representado por limitación funcional), a las desventajas que afectan a las relaciones sociales y se halla dividido en 7 dimensiones de impacto (limitación funcional, dificultad para masticar), dolor físico (la sensibilidad de los dientes),

malestar psicológico (la conciencia de uno mismo), discapacidad física (cambios en la dieta), incapacidad psicológica (la reducción de la capacidad de concentración), discapacidad social (evitando la interacción social), minusvalía (no poder trabajar de forma productiva)); que se midieron cada 2 preguntas con valoración entre 0 y 56 de donde el resultado menor es positivo y el mayor, negativo, anexo C. Así es que la suma de todas las 14 respuestas, se dicotomizó, considerando la escala de valores medidos (4) donde el promedio de 0 a 14 puntos indicó un Impacto positivo y el promedio de 15 a 56 puntos indicó un Impacto negativo. De igual manera si alguna de las respuestas fue Frecuentemente o Muy frecuentemente, se puntuó como Impacto negativo a diferencia de las que sus respuestas fueron Nunca, Casi Nunca y Ocasionalmente que se puntuaron como de impacto positivo.

### **3.8 Descripción del procedimiento**

1. Se solicitó ante la coordinación del programa y dirección de clínicas el porcentaje de pacientes atendidos durante el primer periodo de 2022.
2. Se tramitó ante coordinación y dirección de clínicas los permisos mínimos requeridos para acceder a las clínicas del adulto I, II, III y IV.
3. Se llevó el instrumento de encuesta a validación por expertos tanto psicólogos, como odontólogos, con reporte de los resultados al comité de investigación.
4. Se realizó una prueba piloto en un ciclo previo a la encuesta con una duración de 8 días (segunda semana de octubre de 2022), con previa preparación tanto de los

investigadores de tal manera que se agilizará, tanto en la estandarización como la recolección de la información al facilitar la comprensión de cada pregunta en la técnica de encuesta. Para tal fin se aplicó a un 16 % de la muestra (25 sujetos voluntarios), quienes fueron excluidos de la muestra final. Dicho procedimiento permitió evaluar la claridad, pertinencia, coherencia y suficiencia de las preguntas realizadas.

5. Se accedió a los pacientes mayores de 18 años que se encontraron activos en la clínica del adulto (I, II, III y IV), de la facultad de Odontología de la Universidad Antonio Nariño Sede Bucaramanga, en el segundo periodo del año 2022.

6. Se informó sobre el proyecto a cada paciente para el respectivo diligenciamiento del consentimiento informado, anexo D.

7. Se dió aplicación de la encuesta a cada individuo con el fin de indagar sobre factores que pudieran influir psicológicamente en la percepción de los tratamientos realizados.

8. Posterior al diligenciamiento y recolección de la información, se procedió al análisis estadístico por medio de una hoja de Excel. Para el cálculo de tamaño de muestra se utilizó el valor total de los participantes ya que fue un muestreo de tipo no probabilístico a conveniencia. En una tabla se mostró los cálculos obtenidos teniendo en cuenta los parámetros definidos con la ecuación contemplada por OpenEpi que consideró, que la fórmula para tal fin era:

$$\text{Tamaño de la muestra } n = [\text{EDFF} * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$$

Figura 2

Ecuación para muestreo

Ecuación	
Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2/Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p))]$	
Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp) (N):	171
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	50% +/- 5
Límites de confianza como % de 100(absolute +/-%) (d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1
Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSPropor	

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población	
Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	203
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	50% +/- 5
Límites de confianza como % de 100(absolute +/-%) (d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1
Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza	
IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	134
80%	92
90%	117
97%	143
99%	156
99.9%	172
99.99%	180
Ecuación	
Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2/Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p))]$	
Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSPropor	
Imprimir desde el navegador con ctrl-P	
o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa	
Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población	

Fuente. Openepi

9. Los investigadores, supervisaron de manera presencial el diligenciamiento la encuesta por medio físico a pacientes.

### 3.9 Prueba Piloto

Se llevo a cabo una prueba piloto, la cual se desarrolló en 25 voluntarios, en un periodo inicial de 8 días (segunda semana de octubre de 2022), con previa preparación tanto

de los investigadores como de sus auxiliares de tal manera que se agilizó, en la estandarización y la recolección de la información al facilitar la comprensión de cada pregunta en la técnica de encuesta. Para tal fin se aplicó a un 16 % de la muestra (25 sujetos voluntarios), quienes fueron excluidos de la muestra final. Dicho procedimiento permitió evaluar la claridad, pertinencia, coherencia y suficiencia de las preguntas realizadas., lo que permitió evidenciar los ajustes requeridos en cuanto a la organización, forma y número de preguntas.

### **3.10 Plan de análisis estadístico.**

La información recolectada fue tabulada en el programa EXCEL (Microsoft Co, Redmond, WA, USA), y analizada en el programa estadístico SPSS versión 27.

Se realizó un análisis univariado descriptivo de acuerdo a la naturaleza y distribución de las variables desde el análisis de la distribución de frecuencias (media), para una tabla univariada y el análisis de las medidas de tendencia central de las variables (desviación estandar), y uno bivariado de la variable dependiente (percepción de calidad desde las 7 dimensiones), con cada una de las variables independientes (sociodemográficas (género, edad, zona geográfica, estrato, estado civil, nivel educativo, profesión, sistema de seguridad social en salud, ocupación), factores que influyen en el cuidado de la salud oral (Educado o capacitado en cuidado dental, frecuencia de cepillado dental, elementos para la higiene oral, qué tipos de tratamientos dental le han realizado y motivo de consulta), impacto psicosocial relacionado con la salud oral (bullying, halitosis, autoestima), analizado desde el chi cuadrado ( $\chi^2$ ) y la prueba T de Student para determinar la relación entre la variable

dependiente (cuantitativa) y cada una de las independientes (cualitativas), con previo análisis de normalidad de Kolmogorov para una muestra como prueba no paramétrica y verificar si las puntuaciones de la muestra siguen o no una distribución normal a partir de la cual se decidió asumir o no, las varianzas, al considerar que si  $p < 0,05$ , indica que no hay diferencia entre las medias concluyendo que si hay diferencia significativa, contrario a si  $p > 0,05$ , no existe diferencia significativa; a partir del cual se decidió asumir o no, las varianzas iguales para la prueba T de Student y su diferencia significativa a un IC 95% y una significancia ( $p \leq 0,05$ ), como puede observarse en el anexo C.

La prueba T de student, se utilizó para determinar si la media de una muestra puede llegar a ser estadísticamente diferente de la media poblacional, en casos en que no existe una distribución de normalidad y se obtiene al dividir la diferencia entre la media de la muestra y la desviación estandar de la muestra dividida por la raíz cuadrada del tamaño de la muestra.

Lo anterior con previo análisis de la prueba de Levene de igualdad de varianzas, si la significancia da menor a  $p = 0,05$  no se asumen las varianzas iguales; donde arroja un estadístico de prueba T Student.

### **3.11 Aspectos éticos de la investigación**

Teniendo en cuenta la resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, la presente investigación se encuentra catalogada como investigación sin riesgo ya que se dará aplicación de una encuesta que no tendrá preguntas que pudieran afectar la parte sensitiva

de las personas participantes. De igual manera se aplicará un consentimiento informado escrito con los principios de la declaración de Helsinki. Dicha Declaración de Helsinki, adoptada en la capital finlandesa por la Asamblea General de 1964 de la Asociación Médica Mundial (World Medical Association, WMA), es el documento internacional más importante de regulación de la investigación en seres humanos desde el código de Nürenberg de 1947. La versión anterior es la acordada en Somerset West, Sudáfrica, por la 48<sup>a</sup> Asamblea General en 1996. Ver anexo D.



## 4 Resultados

Para el presente estudio, la población estuvo conformada por 134 encuestados, voluntariamente, los cuales accedieron a participar con el previo diligenciamiento del consentimiento informado (anexo D), y fueron incluidos para responder al análisis de la población que acude a la clínica de odontología de la Universidad Antonio Nariño, sede Bucaramanga respecto a la percepción de calidad de vida y su impacto psicosocial desde la identificación de factores de higiene bucal.

### 4.1 Características Sociodemográficas

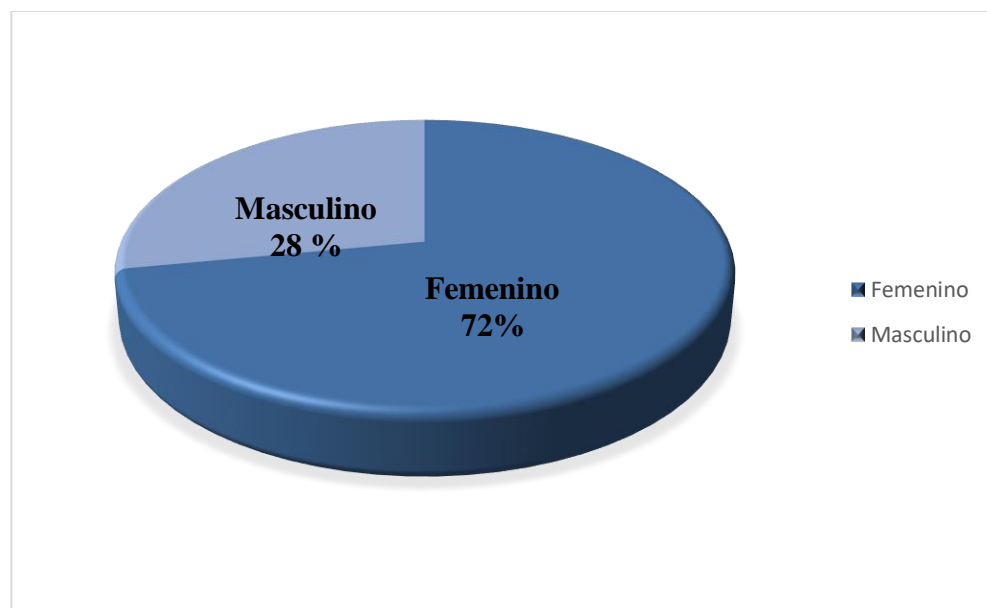
Al realizar el análisis de caracterización de la población, los autores evidenciaron en la encuesta y registraron en la tabla 2 y figuras de la 2 a la 10, que la población de pacientes de la clínica de odontología de la Universidad Antonio Nariño, sede Bucaramanga, se halla representada por el género femenino (72%), los cuales se encuentran en un rango de edad entre 27 y 59 años (60%), de los cuales el 64 % eran mujeres (tabla 4), con una edad media 37 años (1,84); con predominancia de residencia en la zona urbana (72%).

Al indagar sobre la zona de residencia con la ocupación se observa que de los pertenecientes a la zona urbana (72%), el 36% eran empleados y el 29 % desempleados (tabla 3), concentrados en el estrato socioeconómico medio bajo (42%). Referente al estrato, el 20 % de los empleados pertenecían al estrato socioeconómico medio bajo y su nivel de educación llegó hasta el bachillerato (40%).

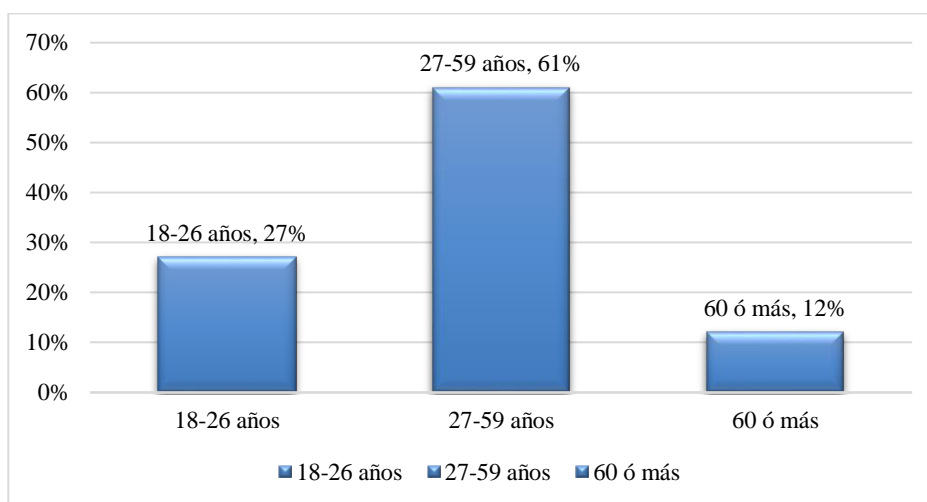
**Tabla 2.**

Características Sociodemográficas								
Variable	Valor	N	%	X	Desv.	Min.	Max.	Chi <sup>2</sup>
Género	<b>Femenino</b>	<b>97</b>	<b>72%</b>					
	Masculino	37	28%	1,28	0,45		11	22 < 0.01
	Total	134	100%					
Edad	18-26 años	37	27%					
	<b>27-59 años</b>	<b>81</b>	<b>61%</b>					
	60 o más	16	12%	1,84	0,61		11	33 < 0.01
	Total	134	100%					
Zona Geográfica	Rural	38	28%					
	<b>Urbana</b>	<b>96</b>	<b>72%</b>	1,72	0,45		11	22 < 0.01
	Total	134	100%					
Estrato Socioeconómico	Bajo-bajo	10	8%					
	Bajo	36	27%					
	<b>Medio-bajo</b>	<b>56</b>	<b>42%</b>					
	Medio	12	9%	2,99	1,16	1	6	< 0.01
	Medio-alto	18	13%					
	Alto	2	1%					
	Total	134	100					
Ocupación	Hogar	27	20%					
	Desempleado	40	30%					
	<b>Empleado</b>	<b>45</b>	<b>34%</b>	2,46	0,99	1	4	0,015
	Independiente	22	16%					
	Total	134	100%					
Nivel de educación	Primaria	14	10%					
	<b>Bachillerato</b>	<b>53</b>	<b>40%</b>					
	Técnico	36	27%					
	Tecnológico	18	13%	2,72	1,13	1	5	< 0.01
	Profesional	13	10%					
	Total	134	100%					

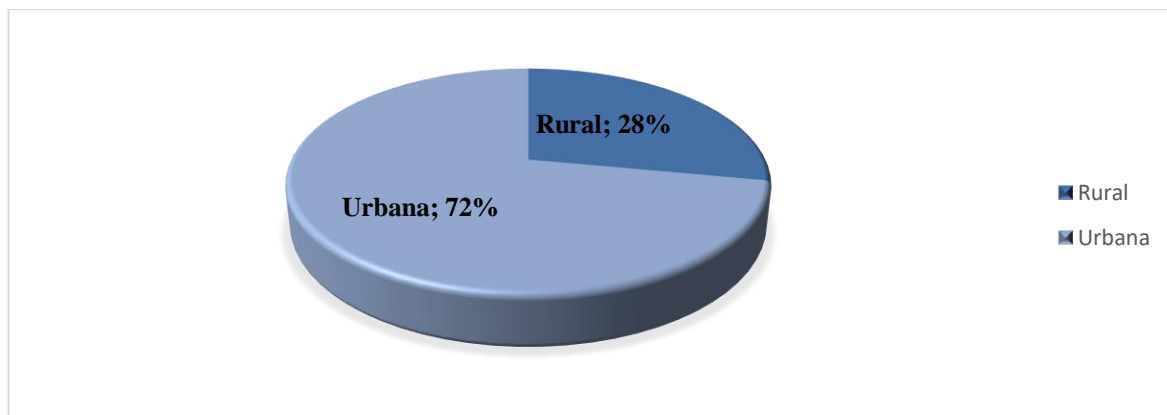
*Notas.* Análisis descriptivo de las características sociodemográficas de los 134 participantes. Desv. (Desviación), Min. (mínimo), Max. (Máximo). Fuente. Propia

**Figura 3***Género*

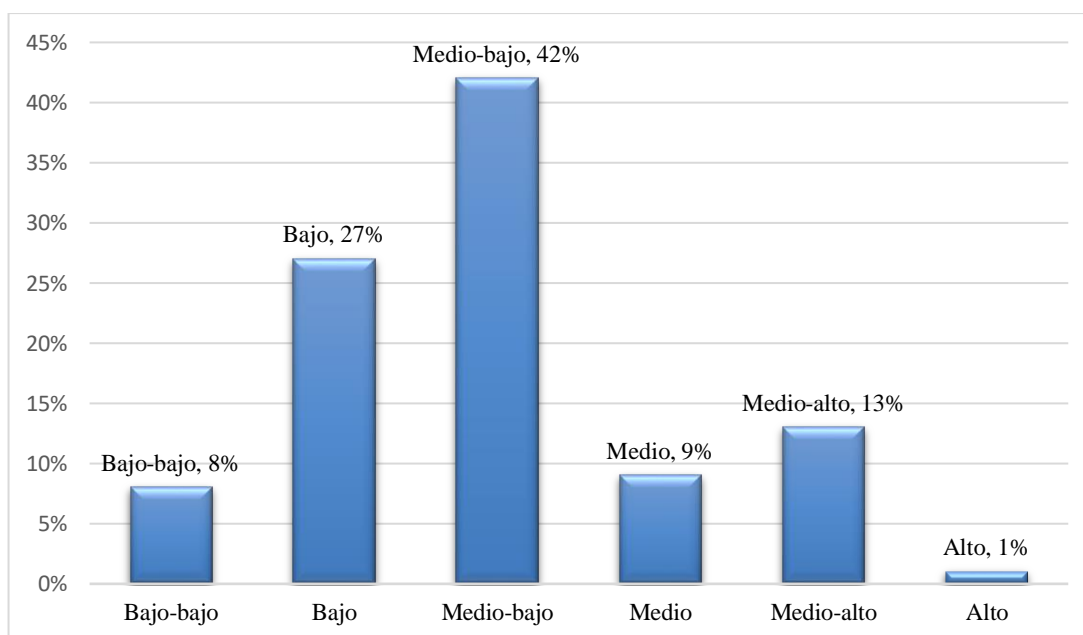
Fuente. Propia

**Figura 4***Edad*

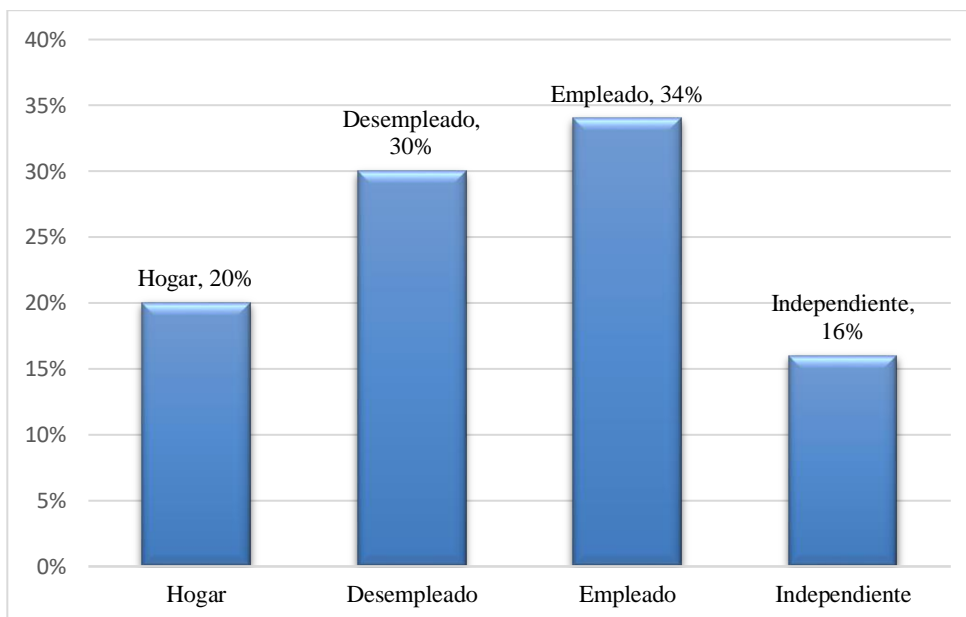
Fuente. Propia

**Figura 5***Distribución Porcentual de la Zona Geográfica*

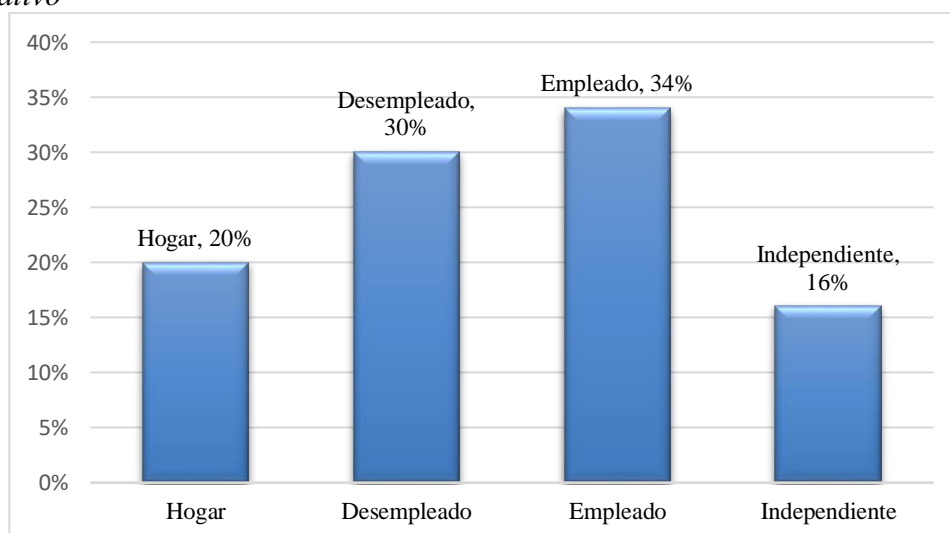
Fuente Propia

**Figura 6***Estrato Socioeconómico*

Fuente. Propia

**Figura 7***Ocupación*

Fuente. Propia

**Figura 8***Nivel Educativo*

Fuente. Propia

**Tabla 3.**

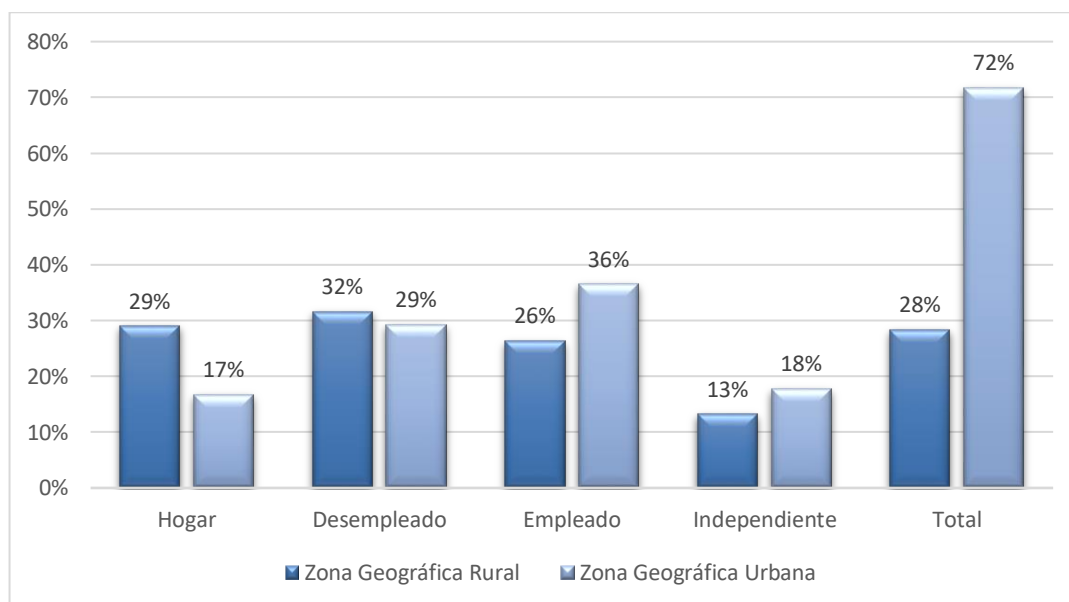
## Distribución porcentual de zona geográfica y ocupación

Ocupación		Hogar	Desempleado	Empleado	Independiente	Total	Chi <sup>2</sup>
		%	%	%	%	%	
Zona Geográfica	Rural	29%	32%	26%	13%	28%	
	Urbana	17%	<b>29%</b>	<b>36%</b>	18%	<b>72%</b>	
	Total	20%	30%	34%	16%	100%	0,352

*Notas.* Evidencia que del 72% que residen en zona urbana, el 36% están empleados, seguido de desempleados (29%).

**Figura 9**

## Distribución porcentual Zona geográfica y ocupación



Fuente. Propia

**Tabla 4.**

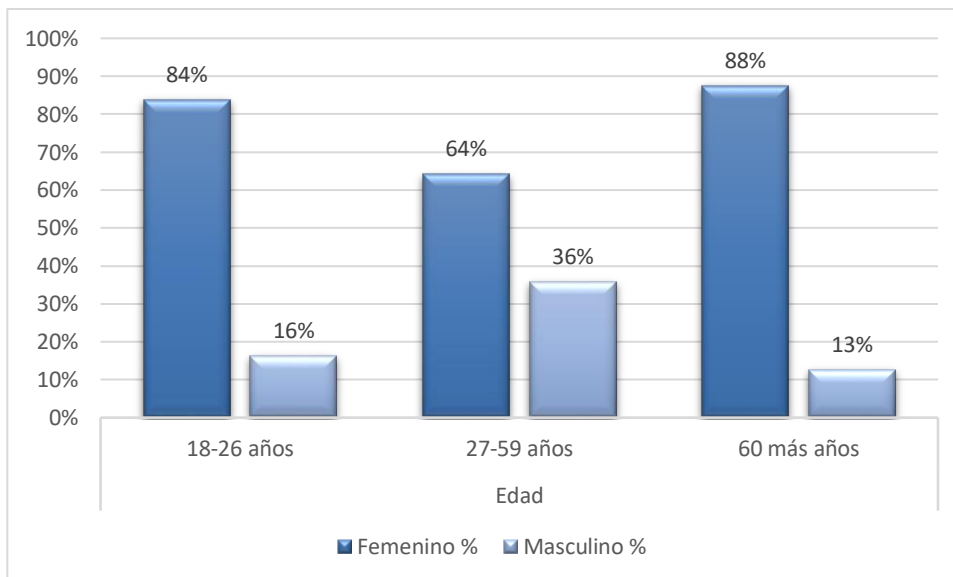
## Distribución porcentual Edad y género

Edad	Género	Femenino	Masculino	Total	Chi <sup>2</sup>
		%	%	%	
Edad <b>59 años</b>	18- 26 años	84%	16%	28%	
	27- 59 años	<b>64%</b>	<b>36%</b>	<b>60%</b>	
	60 más años	88%	13%	12%	
Total		72%	28%	100%	0,031

*Notas.* Evidencia que del 60 % que representa el grupo etareo de 27 a 59 años, el 64 % pertenece al género femenino.

**Figura 10**

## Distribución porcentual edad y género



Fuente. Propia

Tabla 5.

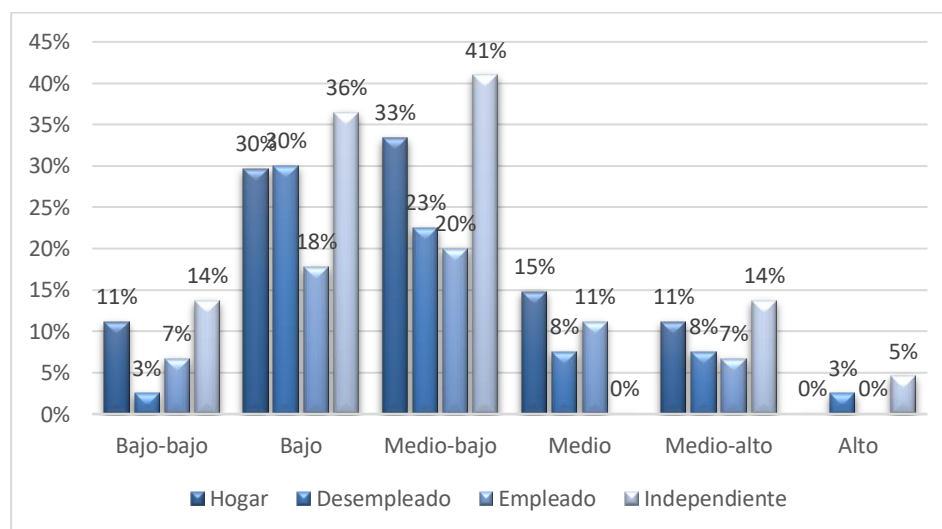
## Distribución porcentual ocupación y estrato socioeconómico

Ocupación	Bajo-bajo	Bajo	Medio-bajo	Medio	Medio-alto	Alto	Total	Chi <sup>2</sup>
	%	%	%	%	%	%	%	
Hogar	11%	30%	33%	15%	11%	0%	20%	
Desempleado	3%	30%	23%	8%	8%	3%	30%	
<b>Empleado</b>	<b>7%</b>	<b>18%</b>	<b>20%</b>	<b>11%</b>	<b>7%</b>	<b>0%</b>	<b>34%</b>	
Independiente	14%	36%	41%	0%	14%	5%	16%	
Total	7%	27%	42%	9%	13%	1%	100%	0,404

Notas. De la variable ocupación representada en un 34 % por los empleados, el 20 % pertenecen al estrato socioeconómico medio-bajo.

Figura 11

## Distribución porcentual, ocupación y estrato socioeconómico



Fuente. Propia

#### 4.2 Identificación de factores que influyen en el cuidado oral

En la tabla 6, se logró sintetizar los factores influyentes en el cuidado oral, de donde la capacitación o educación, estuvo representada por el SI (82%) de la población



participante, lo que favorece sus condiciones de salubridad, cuya media se ubica en 1,18; tal es la congruencia de dicha información del cual el 60% se encontraban entre 27 a 59 años (tabla 7). La frecuencia de cepillado en la tabla 8 y figura 11, presentó predominio de dos veces al día (45%), quienes hacían uso para su higiene oral tan solo del cepillo de dientes y la crema dental (50 %), lo que para los autores sería no muy positivo frente al alto porcentaje de quienes fueron capacitados y no aplicaban los conocimientos; sin embargo, faltó indagar frente a qué contenidos fueron adquiridos en dicha capacitación.

**Tabla 6.**

¿Fue educado o capacitado en cuidado oral?							
Valor	N	%	X	Desv.	Min	Max	Chi <sup>2</sup>
<b>SI</b>	<b>110</b>	<b>82%</b>					
NO	24	17%	1,18	0,39	1	2	
Total	134	100%					< 0,01

Fuente. Propia

**Tabla 7**

Distribución porcentual educado en cuidado dental con edad

	SI		NO		Total		Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%	
18-26 años	32	86%	5	14%	37	28%	
<b>27-59 años</b>	<b>67</b>	<b>83%</b>	<b>14</b>	<b>17%</b>	<b>81</b>	<b>60%</b>	0,295
60 más años	11	69%	5	31%	16	12%	
Total	110	82%	24	18%	134	100%	

*Nota.* Del 82 % que, si fue educado en cuidado oral, el 60% se encontraban entre 27 a 59 años

**Tabla 8**

Frecuencia de cepillado

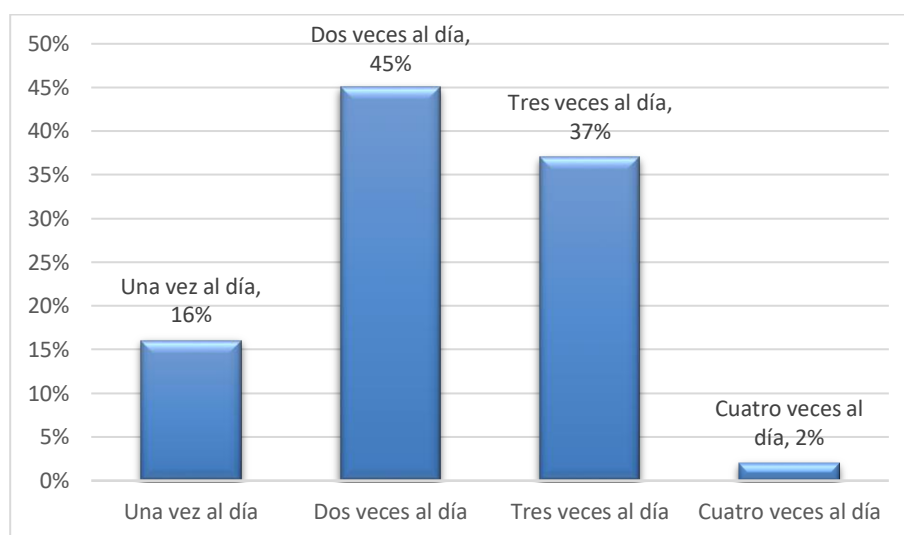
Valor	N	%	X	Desv.	Min	Max	Chi <sup>2</sup>
Una vez al día	21	16%					
<b>Dos veces al día</b>	<b>60</b>	<b>45%</b>					
Tres veces al día	50	37%	,026	0,75	1	4	< 0,01
Cuatro veces al día	3	2%					
Total	134	100%					

Fuente. Propia

La tabla 11 de frecuencia de cepillado, edad y género evidenció que del 45 % que representó la frecuencia de cepillado dos veces /día, las mujeres se hallaban en el rango de edad entre 27 a 59 años (60%), sin diferencia significativa.

**Figura 12**

*Frecuencia de Cepillado Dental*



Fuente. Propia

**Tabla 9**

Distribución porcentual de frecuencia de cepillado edad y género

		Una vez/ día		Dos veces/ día		Tres veces/ día		Cuatro veces/ día		Chi <sup>2</sup>
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Femenino	18-26 años	5	33%	10	24%	15	41%	1	33%	0,72
	27-59 años	7	47%	25	60%	18	49%	2	67%	
	60 más años	3	20%	7	17%	4	11%	0	0%	
	Total	15	100%	42	100%	37	100%	3	100%	
Masculino	18-26 años	2	33%	2	11%	2	15%	0	0%	0,45
	27-59 años	4	67%	14	78%	11	85%	0	0%	
	60 más años	0	0%	2	11%	0	0%	0	0%	
	Total	6	100%	18	100%	13	100%	0	0%	

Fuente. Propia.

Al indagar la frecuencia de cepillado con ocupación (tabla 10 y figura 12), se evidenció, que la tendencia fue de dos veces/día (45%), tanto para desempleados como empleados (37 %), de igual manera sin diferencia significativa.

**Tabla 10**

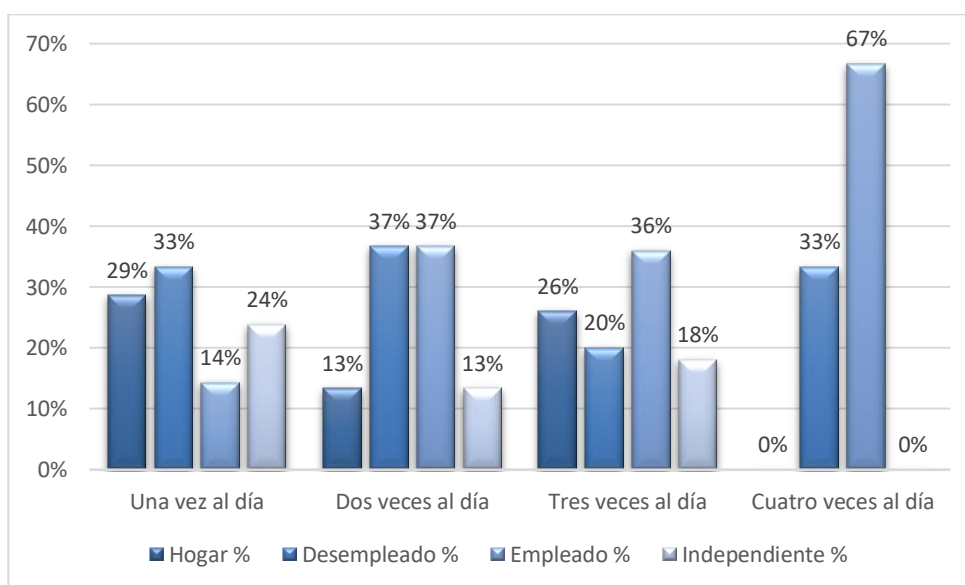
Distribución porcentual Frecuencia de cepillado y ocupación

Frecuencia Cepillado	Hogar		Desempleado		Empleado		Independiente		Total	Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Una vez/día	6	29%	7	33%	3	14%	5	24%	21	16%
<b>Dos veces/día</b>	8	13%	22	<b>37%</b>	<b>22</b>	<b>37%</b>	8	13%	60	<b>45%</b>
Tres veces/día	13	26%	10	20%	18	36%	9	18%	50	37%
Cuatro veces/día	0	0%	1	33%	2	67%	0	0%	3	2%
Total	27	20%	40	30%	45	34%	22	16%	134	100% 0,249

Fuente. Propia

**Figura 13**

*Frecuencia de cepillado y ocupación*



Fuente. Propia

La frecuencia de cepillado, con nivel educativo, se posicionó a nivel de bachillerato (40%), sin embargo, se evidenció una tendencia a ser directamente proporcional al nivel educativo, sustentado en la línea de tendencia de tres veces/día, con diferencia significativa de ( $P= 0,043$ ), en consideración a que quienes se hallaron en primaria se cepillaban una vez/día (29%), los técnicos, tres veces/día (28%) y los profesionales (33%).

**Tabla 11**

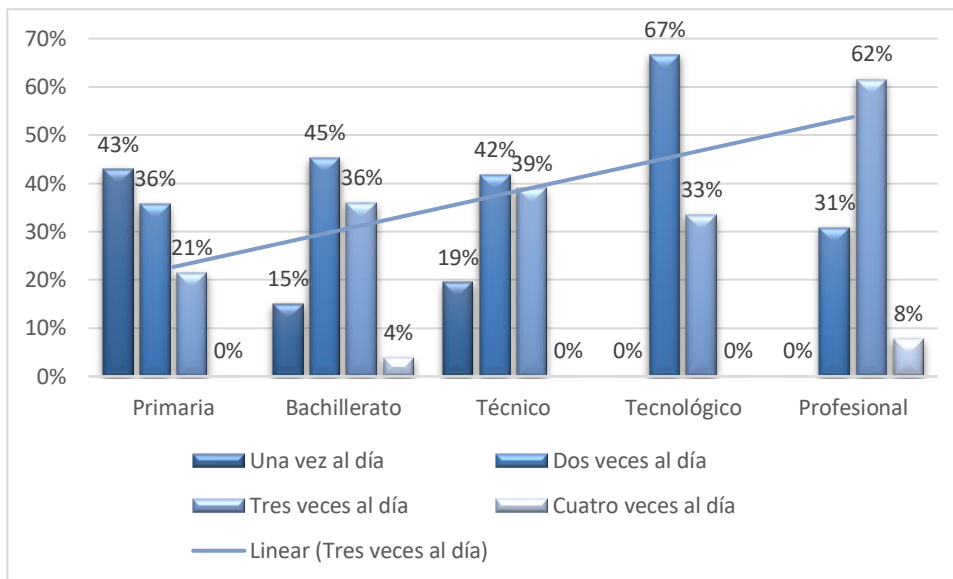
Distribución porcentual frecuencia de cepillado y nivel educativo

Frecuencia Cepillado	Primaria		Bachillerato		Técnico		Tecnológico		Profesional		Total		Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Una vez/ día	6	<b>9%</b>	8	8%	7	3%	0	0%	0	0%	2	6%	0,
<b>Dos veces/ día</b>	5	8%	24	<b>40%</b>	15	25%	12	20%	4	7%	60	<b>45%</b>	0
Tres veces/ día	3	6%	19	38%	14	<b>28%</b>	6	12%	8	16%	50	37%	4
Cuatro veces /día	0	0%	2	67%	0	0%	0	0%	1	<b>33%</b>	3	2%	3
Total	14	100%	53	40%	36	27%	18	13%	13	10%	134	100%	

Fuete. Propia

**Figura 14**

Frecuencia de cepillado y nivel educativo



Fuente. Propia

La frecuencia de cepillado con edad y género, evidenció en la tabla 12 que el 60 % de los participantes se hallaban entre 27 y 59 años, de los cuales el 48 % se cepillaban dos veces/día, de igual manera el mismo porcentaje y frecuencia lo realizaban las mujeres (48%), Sin diferencia significativa.

Tabla 12

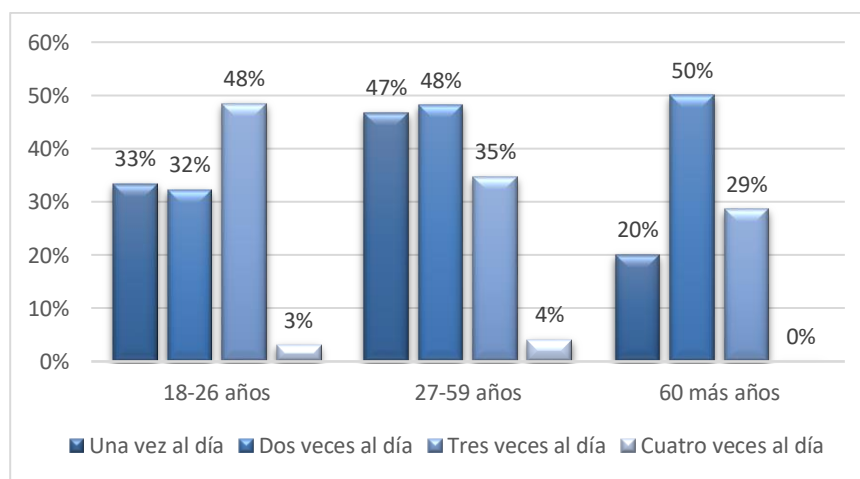
## Distribución porcentual frecuencia de cepillado, edad y género

		Una vez al día		Dos veces al día		Tres veces al día		Cuatro veces al día		Total	Chi <sup>2</sup>
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Femenino	18-26 años	5	16%	10	32%	15	48%	1	3%	31	32%
	27-59 años	7	13%	25	<b>48%</b>	18	35%	2	4%	52	<b>54%</b>
	60 más años	3	21%	7	50%	4	29%	0	0%	14	14%
	Total	15	15%	42	43%	37	38%	3	3%	97	72%
Masculino	18-26 años	2	33%	2	11%	2	15%	0	0	6	16%
	27-59 años	4	67%	14	78%	11	<b>85%</b>	0	0%	29	<b>78%</b>
	60 más años	0	0%	2	11%	0	0%	0	0%	2	5%
	Total	6	100%	18	100%	13	100%	0	0%	37	28%
Total	18-26 años	7	19%	12	32%	17	46%	1	3%	37	28%
	27-59 años	11	14%	<b>39</b>	<b>48%</b>	29	36%	2	2%	81	<b>60%</b>
	60 más años	3	19%	9	56%	4	25%	0	0%	16	12%
	Total	21	16%	60	45%	50	37%	3	2%	134	100%

Notas. El 60 % de los pacientes se hallan entre 27 a 59 años, de los cuales el 48% son mujeres que se cepillan dos veces/día

Figura 15

## Frecuencia de cepillado, edad y género femenino



Fuente. Propia

La variable elementos de higiene oral, fue recodificada a las categorías que se observan en la tabla 13, lo que facilitó el análisis de los mismos de 350 datos a 134 de los

participantes, lo que permitió apreciar que el cepillo dental y crema eran los más utilizados por los pacientes en un 50 %, seguida en un 25 % por el cepillo, crema y seda dental, siendo esta variable con diferencia significativa ( $p = < 0,01$ ).

**Tabla 13**

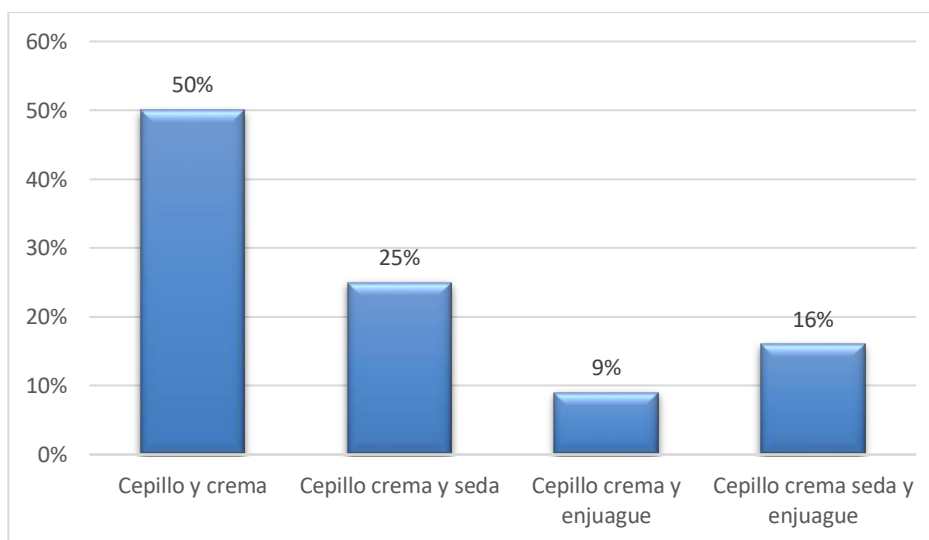
Elementos de higiene oral

	N	%	X	Desv.	Min	Max	Chi <sup>2</sup>
<i>Cepillo y crema</i>	67	50 %					
Cepillo crema y seda	33	25 %					
Cepillo crema y enjuague	12	9 %	1.9	1,1	1		< 0,01
Cepillo crema seda y enjuague	22	16 %					
Total	134	100 %					

Fuente. Propia

**Figura 16**

*Elementos para la Higiene Oral*



Fuente. Propia

Respecto al tipo de tratamiento odontológico realizado, se evidenció en la misma tabla 14, que el tratamiento que lideró en el grupo de estudio fue la extracción, cirugía, periodoncia

con un 46%, seguido de las resinas (45%), con estrato socioeconómico, es evidente que del 46% de extracción, el 33% correspondía al estrato bajo-bajo y de las resinas (45%), el 40 % pertenecía al estrato alto seguido del 36% del estrato medio.

**Tabla 14**

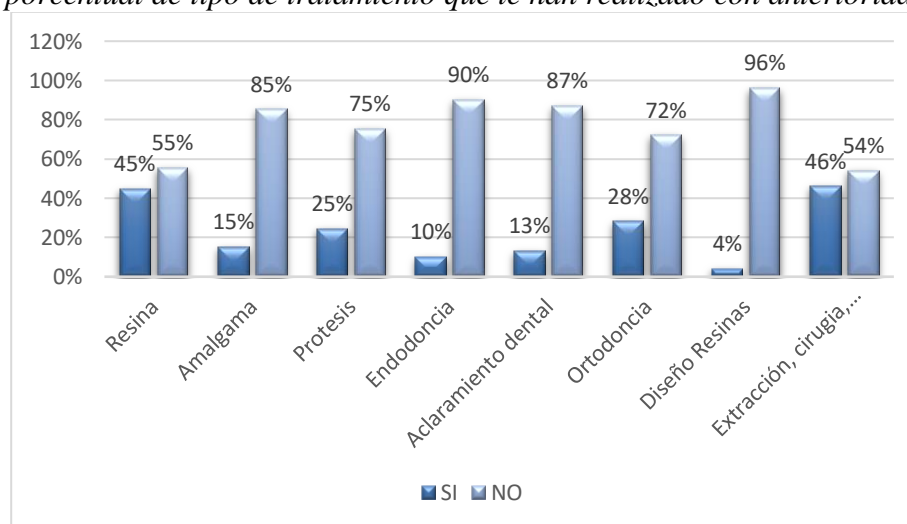
Distribución porcentual de tipo de tratamiento que le han realizado

	Resina		Amalgama		Protesis		Endodoncia		Aclaramiento dental		Ortodoncia		Diseño Resinas		Extracción, cirugía, periodoncia	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SI	60	45%	20	15%	33	25%	14	10%	18	13%	37	28%	5	4%	62	46%
NO	74	55%	114	85%	101	75%	120	90%	116	87%	97	72%	129	96%	72	54%
Total	134	100%	134	100%	134	100%	134	100%	134	100%	134	100%	134	100%	134	100%

Fuente. Propia

**Figura 17**

Distribución porcentual de tipo de tratamiento que le han realizado con anterioridad



*Notas.* Las barras de color azul oscuro refieren a las respuestas afirmativas contrario a las barras de color azul claro que refieren las respuestas negativas.

El tipo de tratamiento con estrato socioeconómico, evidenció que el tratamiento extracción, cirugía, periodoncia, fue el que representó (25%), del cual el 33 % se halló en



pacientes de estrato bajo- bajo a diferencia de las resinas en segunda posición porcentual (24 %), de las cuales el 40 % de los pacientes eran de estrato alto y el 35 % de estrato medio, aunque sin diferencia significativa.

**Tabla 15**

Tipo de tratamiento con estrato socioeconómico

	Bajo-bajo		Bajo		Medio-bajo		Medio		Medio-alto		Alto		Total		Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Resina	5	28%	14	24%	28	29%	8	35%	3	7%	2	40%	60	24%	
Amalgama	2	11%	4	7%	9	9%	2	9%	3	7%	0	0%	20	8%	
Prótesis	1	6%	15	25%	9	9%	2	9%	5	11%	1	20%	33	13%	
Endodoncia	1	6%	2	3%	6	6%	0	0%	4	9%	1	20%	14	6%	
Aclaramiento dental	0	0%	3	5%	7	7%	1	4%	7	15%	0	0%	18	7%	
Ortodoncia	3	17%	4	7%	14	14%	3	13%	12	26%	1	20%	37	15%	
Diseño Resinas	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%	4	9%	0	0%	5	2%	
<b>Extracción, cirugía, periodoncia</b>	6	33%	17	29%	24	24%	7	30%	8	17%	0	0%	62	25%	
Total	18	100%	59	100%	98	100%	23	100%	46	100%	5	100%	250	100%	0,462

Fuente. Propia

La variable motivo de consulta fue recodificada a 5 valores apreciables en la tabla 16, en la que evidenció, que el motivo de mayor consulta es estética (33%), seguido de la opción combinada (dolor, estética, función y/o fractura) en un 25 %, con diferencia significativa ( $p = < 0,01$ ).

Al cruzar la variable con género y edad (tabla 17), evidenció que las mujeres entre el rango de edad de 18 a 26 años el mayor motivo de consulta es combinado (35%), entre los 27 a 59 años, la estética (35% y de 60 años en adelante el motivo también es combinado (21%), a diferencia de los hombres pues en el rango de edad de 18 a 26 años consultaban

por estética (50%), en el rango de 27 a 59 años también por estética (45%) y de 60 años y más su consulta fue combinada (25%), sin diferencia significativa ( $p= 0,066$ ).

**Tabla 16**

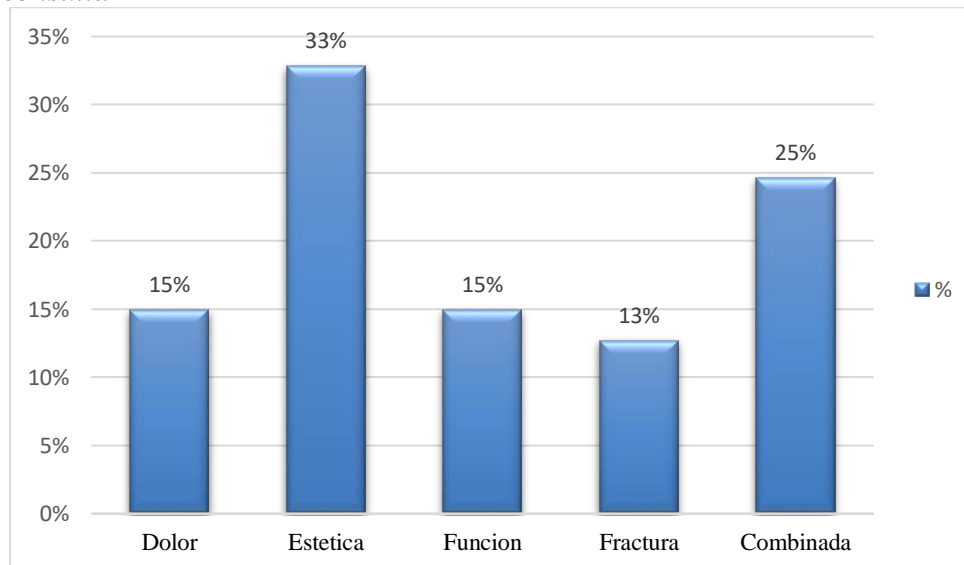
Distribución porcentual motivo de consulta

	N	%	Chi <sup>2</sup>
Dolor	20	15%	< 0,01
Estética	44	33%	
Función	20	15%	
Fractura	17	13%	
Combinada	33	25%	
Total	134	100%	

Fuente. Propia.

**Figura 18**

Motivo de consulta



Fuente. Propia

**Tabla 17**

Motivo de consulta, edad y género

Género	Edad	Motivo de Consulta										Total	
		Dolor		Estética		Función		Fractura		Combinada		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Femenino	18-26 años	1	3%	6	19%	5	16%	8	26%	11	35%	31	32%
	27-59 años	10	19%	18	<b>35%</b>	9	17%	3	6%	12	23%	52	<b>54%</b>
	60 más años	2	15%	3	11%	1	7%	2	15%	6	21%	14	14%
Total		13	100%	27	100%	15	100%	13	100%	29	100%	97	<b>72%</b>
Masculino	18-26 años	2	33%	3	50%	0	0%	1	17%	0	0%	6	16%
	27-59 años	5	17%	13	<b>45%</b>	5	17%	3	10%	3	10%	29	<b>78%</b>
	60 más años	0	0%	1	6%	0	0%	0	0%	1	25%	2	5%
Total		7	100%	17	100%	5	100%	4	100%	4	100%	37	<b>28%</b>

Fuente. Propia

### 4.3 Evaluación impacto psicosocial con la salud oral

En la tabla 18, del impacto psicosocial, se evidenció, que la percepción de los cuidados de salud oral, está catalogados como bueno (58%), lo que indicó que los pacientes participantes percibieron su salud bucal de buena forma, siendo éste un predictor de la calidad de vida, soportado quizá por el alto porcentaje de la conformidad con los tratamientos realizados (83%), con una desviación estándar de 0,378, lo que indica que los datos están cerca a la media, además al indagar sobre que aspecto de su dentadura desea cambiar, el 36% de los pacientes, indicaron que ninguno, al igual una respuesta negativa frente a las siguientes preguntas ¿Ha sufrido Buylling? (No 75%), ¿Ha presentado dificultad para interactuar con otras personas por su dentadura? (No, 72%), ¿Sufre de mal aliento? (No, 81%), ¿En qué lo ha afectado su tratamiento odontológico? (No, 58%) y ¿Ha buscado

ayuda psicológica después de un tratamiento odontológico? (No, 81%), similar al de la pregunta del buylling, puesto que todo lo anterior confirma la percepción de cuidados de salud oral como buena, con diferencia significativa ( $P = <0,01$ ).

**Tabla 18**

Evaluación del impacto psicosocial con la salud oral

Variable	Valor	N	%	Media	Desv Estandar	Min	Max	Chi <sup>2</sup>
Percepción frente a cuidados de salud oral	<b>Bueno</b>	<b>78</b>	<b>58%</b>	1,45	0,56	1	3	< 0,01
	Regular	52	39%					
	Malo	4	3%					
	Total	134	100%					
¿Está conforme con el tratamiento que se le realizó anteriormente?	<b>SI</b>	<b>111</b>	<b>83%</b>	1,17	0,378	1	2	< 0,01
	NO	23	17%					
	Total	134	100%					
¿Qué le gustaría cambiar de su aspecto dental?	Color	45	33,6%	3,37	1,43	1	5	< 0,01
	Forma	46	34,3%					
	Tamaño	29	21,6%					
	<b>Ninguno</b>	14	10,4%					
	Total	134	100%					
¿Ha sufrido Buylling?	SI	33	25%	1,75	0,43	1	2	< 0,01
	<b>NO</b>	<b>101</b>	<b>75%</b>					
	Total	134	100%					
¿Ha presentado dificultad para interactuar con otras personas por su dentadura?	SI	37	28%	1,72	0,45	1	2	< 0,01
	<b>NO</b>	<b>97</b>	<b>72%</b>					
	Total	134	100%					
¿Sufre de mal aliento?	SI	25	19%	1,81	0,39	1	2	< 0,01
	<b>NO</b>	<b>109</b>	<b>81%</b>					
	Total	134	100%					
¿En qué lo ha afectado su tratamiento odontológico?	Aislamiento social	26	19%	3,1	1,2	1	4	< 0,01
	Ansiedad	11	8%					
	Depresión	19	14%					
	<b>No me ha afectado</b>	<b>78</b>	<b>58%</b>					
	Total	134	100%					
¿Ha buscado ayuda psicológica después de un tratamiento odontológico?	SI	26	19%	1,8	0,4	1	2	< 0,01
	<b>NO</b>	<b>108</b>	<b>81%</b>					
	Total	134	100%					
¿Durante la explicación del tratamiento usted entendió perfectamente lo que le iban a realizar?	<b>SI</b>	<b>120</b>	<b>90%</b>	1,1	0,31	1	2	< 0,01
	NO	14	10%					
	Total	134	100%					

Fuente. Propia

La tabla 19, evidenció la asociación existente entre la percepción de cuidados de salud oral con género y la capacitación recibida, con diferencia significativa ( $p= 0,014$ ); las mujeres que si fueron capacitadas presentaron una percepción buena del 66%, lo que permite interpretarse como que la capacitación en cuidados en salud oral son un factor que favorece la percepción.

**Tabla 19**

Percepción de cuidado de salud oral, género y si fue educado en cuidado de salud oral

		Bueno		Regular		Malo				Chi <sup>2</sup>	
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Femenino	Educado o capacitado en cuidado dental	SI	56	66%	27	32%	2	2%	85	88%	0,014
		NO	3	0%	9	75%	0	0%	12	12%	
	Total	59	61%	36	37%	2	2%	97	72%		
Masculino	Educado o capacitado en cuidado dental	SI	17	68%	8	32%	0	0%	25	68%	0,05
		NO	2	17%	8	67%	2	17%	12	32%	
	Total	19	51%	16	43%	2	5%	37	28%		
Total	Educado o capacitado en cuidado dental	SI	73	66%	35	61%	2	2%	110	82%	< 0,01
		NO	5	21%	17	71%	2	8%	24	18%	
	Total	78	58%	52	39%	4	3%	134			

Fuente. Propia

La tabla 20, presentó los datos correspondientes a la asociación del aspecto dental a cambiar, con género y edad, desde donde se pudo interpretar que las mujeres de 18 a 26 años les gustaría cambiar el color de sus dientes (36%), las de 27 a 59 años preferían modificar el forma de sus dientes (56%), y el las mayores de 60 años, también la forma (18%), a diferencia de los hombres entre los 18 a 26 años, les gustaría cambiar la forma de los dientes (33%), entre los 27 a 59 años, les gustaría cambiar el color (92%) y los hombres más de 60 años preferían cambiar el tamaño (25%), sin diferencia significativa.

**Tabla 20**

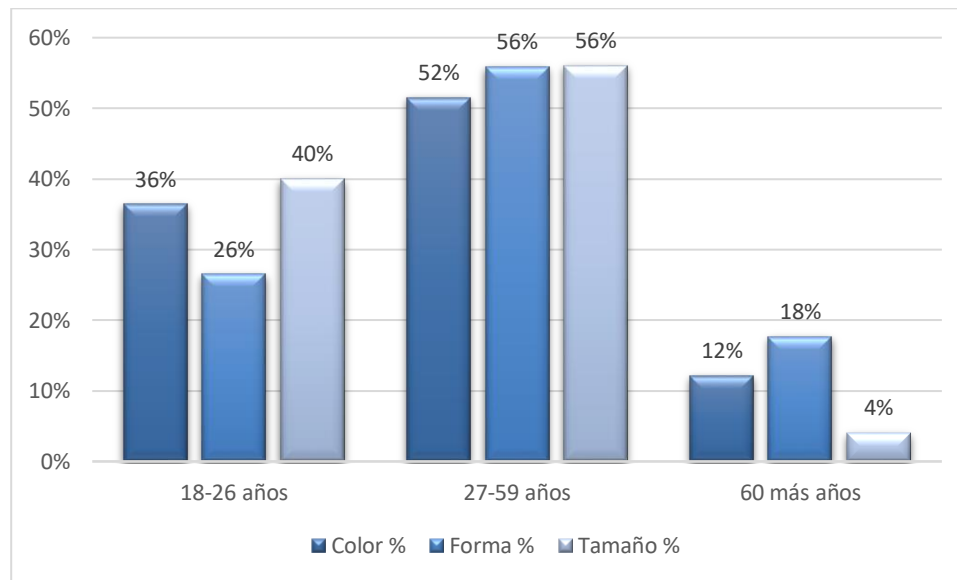
¿Qué le gustaría cambiar de su aspecto dental?, género y edad

Género	Edad	Color		Forma		Tamaño		Ninguno		Total		Chi <sup>2</sup>	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Femenino	18-26 años	12	<b>36%</b>	9	26%	10	40%	0	0%	31	32%	0,055	
	27-59 años	17	52%	19	<b>56%</b>	<b>14</b>	<b>56%</b>	2	40%	52	<b>54%</b>		
	60 más años	4	12%	6	<b>18%</b>	1	4%	3	60%	14	14%		
Total		33	100%	34	100%	25	100%	5	100%	97	100%		
Masculino	18-26 años	1	8%	4	<b>33%</b>	0	0%	1	11%	6	16%		0,198
	27-59 años	11	<b>92%</b>	8	67%	3	75%	7	78%	29	78%		
	60 más años	0	0%	0	0%	1	<b>25%</b>	1	11%	2	5%		
Total		12	100%	12	100%	4	100%	9	100%	37	100%		
Total	18-26 años	13	29%	13	28%	10	34%	1	7%	37	28%	0,320	
	27-59 años	28	62%	27	59%	17	59%	9	64%	81	60%		
	60 más años	4	9%	6	13%	2	7%	4	29%	16	12%		
Total		45	100%	46	100%	29	100%	14	100%	134	100%		

Fuente. Propia

**Figura 19**

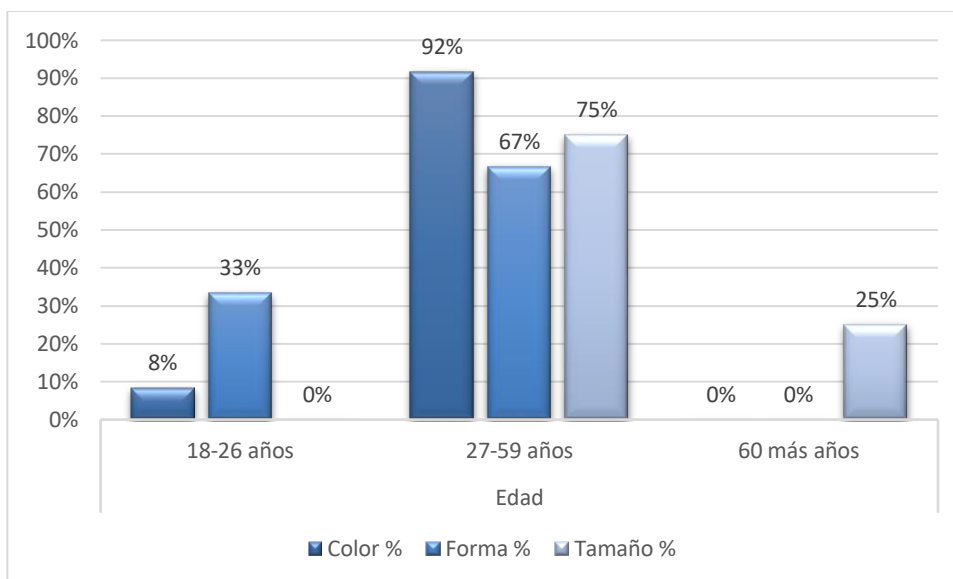
¿Qué le gustaría cambiar de su aspecto dental? Género femenino y edad



Fuente. Propia

**Figura 20**

*¿Qué le gustaría cambiar de su aspecto dental? Género masculino y edad*



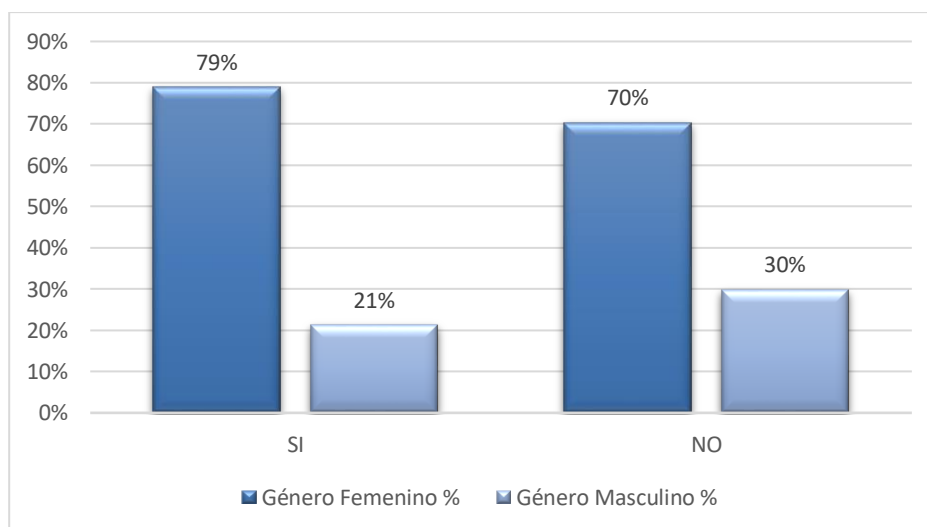
Fuente. Propia.

Al cruzar la variable impacto psicosocial con género, con predominancia negativa de 75% para buylling, mal aliento (81%), ¿Ha presentado dificultad para interactuar con otras personas por su dentadura? (72%) y en que lo ha afectado su tratamiento odontológico (58%), como se observa en la tabla 21 y figuras de la 20 a la 24, las mujeres lideran las variables sin diferencia significativa a excepción de si ¿ha buscado ayuda psicológica posterior aun tratamiento odontológico o estético? con un 81% ( $p=0,011$ ).

**Tabla 21****Impacto psicosocial y género**

Impacto psicosocial	Valores	Género		Total %	Chi <sup>2</sup>
		Femenino %	Masculino %		
Ha sufrido usted de bullying por su aspecto dental	SI	79%	21%	25%	0,344
	NO	70%	30%	75%	
	Total	72%	28%	100%	
¿Sufre de mal aliento (halitosis)?	SI	64%	36%	19%	0,298
	NO	74%	26%	81%	
	Total	72%	28%	100%	
¿Ha buscado usted ayuda psicológica después de un tratamiento odontológico o estético?	SI	92%	8%	19%	<b>0,011</b>
	NO	68%	32%	81%	
	Total	72%	28%	100%	
¿Ha presentado dificultad para interactuar con otras personas por su dentadura?	SI	68%	32%	28%	0,441
	NO	74%	26%	72%	
	Total	72%	28%	100%	
¿En qué lo ha afectado su tratamiento odontológico?	Aislamiento social	69%	31%	19%	0,869
	Ansiedad	64%	36%	8%	
	Depresión	74%	26%	14%	
	No me ha afectado	74%	26%	58%	
Total		72%	28%	100%	

Fuente. Propia.

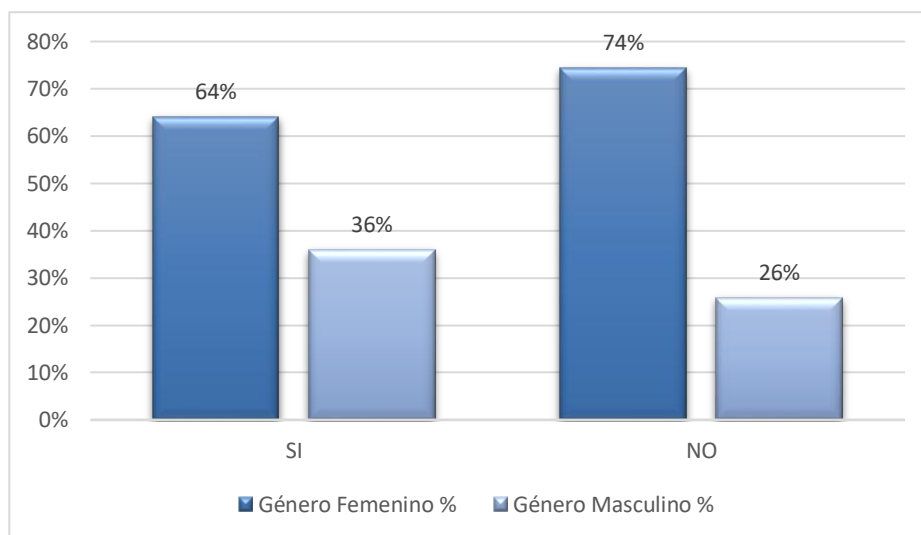
**Figura 21***¿Ha presentado Buyling? y género*

Fuente. Propia.



**Figura 22**

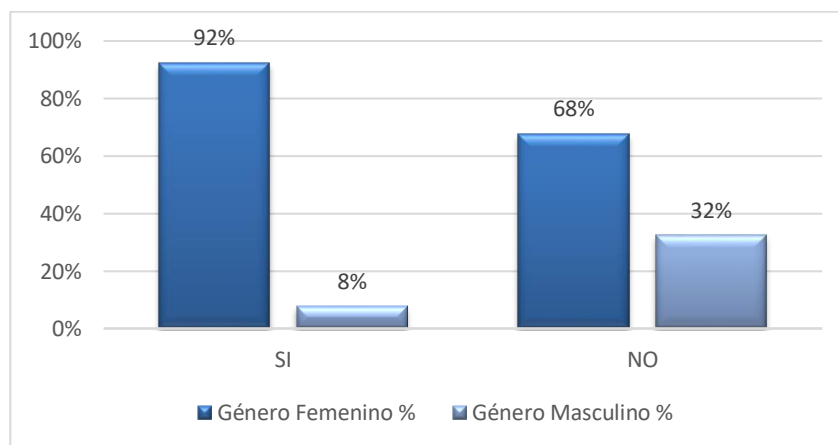
*Mal aliento y género*



Fuente. Propia

**Figura 23**

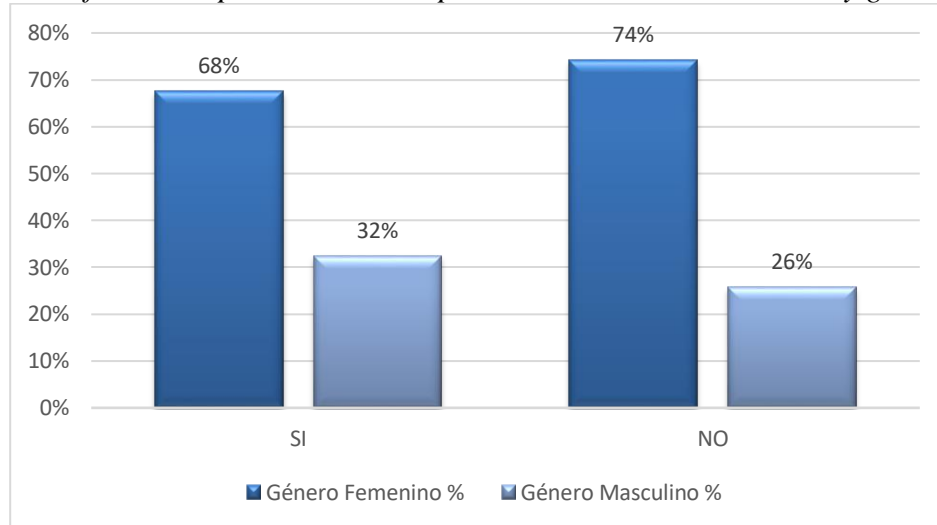
*¿Ha buscado ayuda psicológica? y género*



Fuente. Propia

**Figura 24**

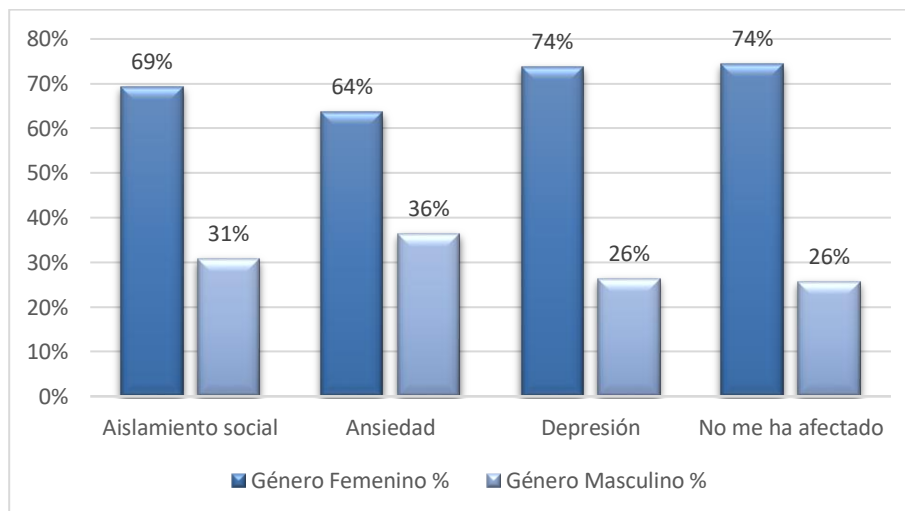
*¿Ha presentado dificultades para interactuar por el estado de su dentadura? y género*



Fuente. Propia

**Figura 25**

*¿En qué lo ha afectado su tratamiento odontológico? y género*



Fuente. Propia

#### 4.4 Evaluación Percepción de Calidad de Vida OHIP 14

La encuesta evaluó la posibilidad de afectación a la calidad de vida del participante, a la cual se le aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, para establecer si la variable sigue una distribución normal o no; cuyo resultado de la puntuación total de los 134 participantes fue No normal, al hallar como resultado  $p < 0,001$  lo que indica que las puntuaciones normales de los datos y los datos no son normales para correlaciones al ser menor a 1 (Anexo E).

En la tabla 5, se sintetiza cada dimensión positiva, al tener la sumatoria de su puntaje entre 0 a 14, donde se evidencia que todas las 7 dimensiones son positivas en percepción de calidad de vida.

**Tabla 22.**

Evaluación del Ohip 14 desde cada dimensión

Dimensión	De 0 a 14 Positivo		De 15 a 56 Negativo	
	N	%	N	%
Dimension 1. Limitación Funcional	108	81%	26	19%
Dimension 2. Dolor físico	87	65%	47	35%
Dimension 3. Malestar psicológico	109	81%	25	19%
Dimension 4. Discapacidad física	95	71%	39	29%
Dimension 5. Incapacidad psicológica	97	61%	37	23%
Dimension 6. Discapacidad social	96	71%	38	19%
Dimension 7. Minusvalía	115	73%	19	12%

*Nota.* De acuerdo a Quintanilla, quien dicotomizó el Ohip 14 al dividirlo en 4, se obtienen las 2 opciones de positiva y negativa en consideración a que es positiva si la sumatoria va de 0 a 14 y negativa de 15 a 56.

##### 4.4.1 Dimensión de Limitación Funcional.

En cuanto a la percepción de limitación funcional, los participantes registraron como opción de respuesta que nunca y casi nunca, presentaron limitaciones en pronunciación o

alteración de gusto en mayores porcentajes (30 % y 24% respectivamente para cada pregunta), lo que indica que esa dimensión es de percepción positiva (tabla 5).

**Tabla 23**

Distribución porcentual de Limitación funcional

	¿Tiene usted incomodidad para pronunciar algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?		¿Ha sentido que su sentido del gusto ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	
	N	%	N	%
Nunca	40	30 %	32	24 %
Casi Nunca	34	25 %	42	31 %
Ocasionalmente	35	26 %	39	29 %
Frecuentemente	20	15 %	19	14 %
Siempre	5	4%	2	2 %
Total	134	100%	134	100%
Media	1,37		1,38	
Desviación	1,17		1,05	

Fuente. Propia

Al realizar el análisis bivariado (anexo F), se evidenció que de todas las variables la más representativa es la de ¿Ha buscado ayuda psicológica después de un tratamiento odontológico?, si hubo diferencia significativa de  $p= 0,034$  (por ser  $p \leq 0,05$ , donde  $P$ , es la significancia), lo que no queda claro es si esa ayuda psicológica fue por un tratamiento externo a la Universidad Antonio Nariño o por tratamiento en clínica institucional.

#### 4.4.2. Dimensión Dolor Físico

Referente a las siguientes dos preguntas (pregunta 3 y 4 del Ohip 14), cuyos resultados son similares a la dimensión inmediatamente anterior (Limitación funcional), donde las respuestas se concentran en las opciones Nunca (30 % y 35 % respectivamente

para la pregunta 3 y 4) y/o casi nunca (17 % y 23 % respectivamente para la pregunta 3 y 4) y ocasionalmente (22% y 25%).

**Tabla 24**

Distribución porcentual de dolor físico

	3 ¿Ha tenido molestias dolorosas en sus dientes, boca o prótesis?		4 ¿Se ha encontrado incómodo al comer algún alimento por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	
	N	%	N	%
Nunca	40	<b>30 %</b>	<b>47</b>	<b>35 %</b>
Casi Nunca	23	17 %	31	23 %
Ocasionalmente	30	22 %	34	25 %
Frecuentemente	18	13 %	16	12 %
Siempre	23	17 %	6	5 %
Total	134	100%	134	100,0%
Media	1,7	1,7	1,28	
Desviación	1,45		1,19	
Mínimo	0		0,00	
Máximo	4		4,00	

Fuente. Propia

La dimensión 2 de Dolor físico, es considerada positiva a partir dicotomizar los resultados por caso y evidenciar que entre 0 a 14 la población de estudio se representa en un 65%, lo que se pudo interpretar como que no presentaban molestias dolorosas por sus dientes o prótesis (tabla 5).

A nivel del análisis bivariado, anexo F, se evidenció la diferencia significativa de edad y genero a valores de la prueba de T de student de  $p= 0,005$  y  $p= 0,0042$  respectivamente, lo que tradujo en que, en el rango de edad de 27 a 59 años, la población de estudio registró entre nunca, casi nunca y ocasionalmente sobre molestias dolorosas en sus dientes, o incomodidad al comer, lo que la hace significativa por ser  $p= \leq 0,05$ .

#### 4.4.3. Dimensión malestar psicológico

No se apreció variación alguna en cuanto a la dimensión de malestar psicológico (tabla 8), tan solo que el motivo de consulta fue el dolor con un 19%, que la frecuencia de cepillado que fue de 3 veces al día con un 19% para quienes respondieron nunca o casi nunca presentar malestares psicológicos en las preguntas 5 y 6 del Ohip 14, de sentirse preocupado o nervioso por problemas en su boca por dientes o prótesis, de igual manera, son quienes utilizan para la higiene el cepillo y la crema dental (38%), y se encuentran conformes con el tratamiento que les han realizado (44%) y desean cambiar la forma de sus dientes (23%), todos estos datos sin diferencia significativa.

**Tabla 25**

Distribución porcentual de dolor físico

	5 ¿Ha estado preocupado debido a problemas con sus prótesis?		6 ¿Se ha sentido nervioso debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	
	N	%	N	%
Nunca	52	38,80%	51	38,10%
Casi Nunca	32	23,90%	34	25,40%
Ocasionalmente	31	23,10%	33	24,60%
Frecuentemente	13	9,70%	13	9,70%
Siempre	6	4,50%	3	2,20%
Total	134	100%	134	100%
Media	1,18		1,13	
Desviación	1,18		1,1	
Mínimo	0,00		0	
Máximo	4,00		4	

Fuente. Propia

La dimensión 3 de Malestar psicológico, al igual que la inmediatamente anterior, fue positiva a partir de dicotomizar los resultados por caso y evidenciar que entre 0 a 14 la población de estudio se representó en un 81%, lo que se pudo interpretar como que la

conciencia de uno mismo que lo lleva a sentirse nervioso o preocupado por el estado de sus dientes puntuó entre nunca y ocasionalmente.

#### 4.4.4. Dimensión Discapacidad Física

La variación existe en que la variable motivo de consulta estuvo representada por estética (15%) y el tratamiento que le habían realizado estuvo representado por las extracciones (16%), todas sin diferencia significativa a excepción de la edad ( $p=0,002$ ) y el nivel educativo ( $p= 0,035$ ), por ser  $p \leq 0,05$ , donde p es la significancia; lo que se puede interpretar como que a mejor o mayor nivel educativo menos percepción frente a discapacidad física y mejor dieta, lo que repercute en percepción de calidad de vida positiva, al igual que la edad.

La diferencia, en cuanto al motivo de consulta (exodoncias), parece ser lógico en consideración a que cuando existe una afectación del diente, ya sea por caries, problemas periodontales, fracturas, etc., genera o propicia una discapacidad física y social.

**Tabla 26**

Distribución porcentual de discapacidad física

	7 ¿Ha sido su dieta poco satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?		8 ¿Ha tenido que interrumpir comidas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	
	N	%	N	%
Nunca	40	30 %	44	33 %
Casi Nunca	35	26 %	34	25 %
Ocasionalmente	34	25 %	31	23 %
Frecuentemente	15	11 %	17	13 %
Siempre	10	8 %	8	6,00%
Total	134	100%	134	100%
Media	1,40		1,33	
Desviación	1,23		1,22	
Mínimo	0		0	
Máximo	4		4	

Fuente. Propia

#### 4.4.5. Dimensión Incapacidad Psicológica

Varia de la dimensión inmediatamente anterior en que el tratamiento que le habían realizado estuvo representado por las resinas (20%), sin diferencia significativa, caso contrario con la ocupación que los empleados (19 %), respondieron que nunca con ( $p=0,031$ ), evidenciado en el anexo F de la dimensión 5, con diferencia significativa por ser  $p \leq 0,05$ .

**Tabla 27**

Distribución porcentual de incapacidad psicológica

	9 ¿Encuentra dificultad para relajarse debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?		10 ¿Se ha sentido avergonzado frente a otras personas por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	
	N	%	N	%
Nunca	35	26,10%	52	38,80%
Casi Nunca	35	26,10%	31	23,10%
Ocasionalmente	32	23,90%	25	18,70%
Frecuentemente	22	16,40%	20	14,90%
Siempre	10	7,50%	6	4,50%
Total	134	100%	134	100%
Media	1,53		1,23	
Desviación	1,25		1,24	
Mínimo	0		0,00	
Máximo	4		4,00	

Fuente. Propia

#### 4.4.6. Dimensión Discapacidad Social

La dimensión de discapacidad social continuo la tendencia de estar representada por las respuestas de nunca a ocasionalmente, en las cuales agruparon el mayor porcentaje de la población de estudio en 37%, 23% y 20 % respectivamente, lo que llevo a puntuarla como positiva.



Tabla 28

## Distribución porcentual de discapacidad social

	11 ¿Se ha sentido irritable con otras personas por problemas debidos a sus dientes, boca o prótesis?		12 ¿Tiene dificultad para hacer sus trabajos habituales debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	
	N	%	N	%
Nunca	50	37 %	50	37 %
Casi Nunca	31	23 %	25	19 %
Ocasionalmente	27	20 %	30	22 %
Frecuentemente	19	14 %	17	13 %
Siempre	7	5,20%	12	9,00%
Total	134	100%	134	100%
Media	1,27		1,48	
Desviación	1,25		1,43	
Mínimo	0,00		0	
Máximo	4,00		4	

Fuente. Propia

Al analizar el anexo F, se observó un cambio en cuanto a diferencias estadísticas las cuales fueron significativas, para tres variables: motivo de consulta fractura ( $p= 0,048$ ), ¿Percepción frente a cuidados de salud oral buena ( $p=0,049$ ) y estuvo conforme con el tratamiento que se le realizó? Si ( $p= 0,034$ ), por ser  $p \leq 0,05$ , lo que se pudo interpretar como que su calidad de vida fue positiva porque no presentaron dificultades, ni irritabilidad con otras personas, ni en el trabajo por problemas en sus dientes o prótesis.

#### 4.4.7. Dimensión Minusvalía

Y para finalizar con las 7 dimensiones, en ésta última, la de minusvalía, se evidenció una marcada tendencia por las respuestas positivas de nunca (93%) a ocasionalmente (4%), que indicó, que su calidad de vida fue positiva (satisfactoria) porque no presentaron problemas con sus dientes o prótesis los cuales funciona bien. Probablemente porque sus tratamientos odontológicos habían cubierto sus expectativas.

Tabla 29

	13 ¿Ha sentido usted que su vida es, en general, menos satisfactoria, debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?		14 ¿Se ha sentido totalmente incapaz de funcionar debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	
	N	%	N	%
Nunca	124	93 %	126	94 %
Casi Nunca	4	3,00%	2	2 %
Ocasionalmente	6	4 %	6	4 %
Frecuentemente	0	0,00%	0	0,00%
Siempre	0	0,00%	0	0,00%
Total	134	100%	134	100%
Media	0,12		0,10	
Desviación	0,44		0,43	
Mínimo	0		0	
Máximo	2		2	

Fuente. Propia

En la dimensión 6 de discapacidad social, la única variable que representó con diferencia significativa ( $p=0,003$ ), fue la que indaga sobre si ¿Ha tenido dificultades para interactuar con otras personas por su dentadura?, cuya respuesta fue negativa, desde la percepción de calidad de vida positiva, como se aprecia en la tabla 30.

Tabla 30 ¿

¿Ha presentado dificultad para interactuar con otras personas por su dentadura? En la dimensión 7 de Minusvalía (No poder trabajar en forma productiva).

Recuento	Dimensión 7. minusvalía (no poder trabajar de forma productiva).						P
	De 0 a 14 Positivo		De 15 a 56 Negativo		Total		
	N	%	N	%	n	%	
¿Ha presentado dificultad para interactuar con otras personas por su dentadura?	SI	35	30%	2	11%	37	28%
	NO	80	70%	17	89%	97	72%
Total		115	100%	19	100%	134	100%

Fuente. Propia

## 5 Discusion

Con el presente estudio se buscó indagar la relación de la percepción de la calidad de vida con la salud oral y su impacto psicosocial a través de la aplicación del Ohip 14, en 134 participantes; cuya selección fue a conveniencia de pacientes consecutivos que se acercaban a la clínica en el primer mes del periodo académico, que generó limitaciones en cuanto a avance del tratamiento. Dichos pacientes participaron de manera voluntaria y a través del diligenciamiento del consentimiento informado autorizaron el manejo de los datos, sin embargo, antes de dar paso al análisis del Ohip 14, vale la pena aclarar, que Tsakos, 2011, había reportado que se puede obtener puntuaciones desde 4 formas distintas, las cuales pueden ser: la suma directa de las puntuaciones para cada uno de los 14 ítem, también relaciona la suma ponderada, la suma de respuestas con una recategorización a dos categorías únicas y/o la recategorización de pacientes según si al menos en un ítem hubieran respondido que el problema era muy frecuente. Al respecto se informa que se dio manejo de recategorización o dicotomización a las categorías de positivo y negativo, tal cual lo manejó Quintanilla, 2022, al dividir por 4 (valores de puntuación de 0 a 4) y los valores de sumatoria de 0 a 14 fueron catalogados como de percepción de calidad de vida positiva, caso contrario para el resto de 15 a 56 que son negativos.

En el presente estudio se halló que la suma de puntuaciones no presentaba distribución normal, por tanto, había una evidente asimetría con cola a la derecha, indicando los mayores porcentajes y frecuencias por los valores nunca, casi nunca y ocasionalmente

(0 a 2), llevando a un decrecimiento de participantes hacia valores altos (frecuentemente), motivo por el cual, el análisis estadístico de comparación de medias se realizó con pruebas no paramétricas y con simulación.

Al analizar los resultados del Ohip 14 desde cada una de sus 7 dimensiones todas fueron positivas, con pocas variables de diferencia significativa entre las cuales se contempla la edad, ocupación, nivel educativo, motivo de consulta, percepción frente a cuidados de salud oral, el hallarse conforme con el tratamiento realizado, no tener dificultades en interactuar por su dentadura, que no lo ha afectado psicológicamente el tratamiento odontológico y que no ha tenido que buscar ayuda psicológica producto del tratamiento, evidenciando que no se presentó dimensión negativa en la percepción de calidad de vida de la población estudio; caso similar al estudio presentado por Quintanilla, (2022); para quien los migrantes de su estudio, presentaron impacto positivo, exceptuando la dimensión malestar psicológico, donde se evidencio que el impacto fue (-) negativo en relación al grado de instrucción siendo mayor en los grados técnico y superior; lo anterior probablemente por la diferencia de población de estudio en la que se duplica en el estudio de Quintanilla (350), frente a los 134 del presente estudio.

Respecto al género, del presente estudio, las mujeres reportaron una percepción positiva desde las siete dimensiones (72%), aunque sin diferencia significativa a excepción de la dimension 2 (dolor físico), contrario a varios estudios que coincidieron con que las mujeres presentaron tendencia a tener una mayor percepción negativa de su salud oral frente

a los hombres (Caglayan et al 2009; de la Fuente-Hernández et al, 2010; Inukai et al, 2010; Rusanen et al, 2010 y Ulinski et al, 2013).

En cuanto a la edad se refiere, Fuentes & García, 2013, expresó que la autopercepción de calidad de vida, estuvo mediada a través del incremento de los años, talvez, por el efecto acumulativo del daño en los adultos mayores, aunque hay que dejar claro que en su estudio se manejó la percepción de calidad de vida desde otro instrumento diferente al Ohip. 14 y efectivamente, en el presente estudio la edad se halla relacionada con la dimension 2 de dolor físico y la dimension 4 de discapacidad física en consideración a la pérdida dental con los años que afecta alteraciones en prótesis, dolor, alteraciones en dieta siendo insatisfactoria; sin embargo el estudio de Sabando, 2019, aunque tampoco utilizó el Ohip 14, si hizo uso del Ohip 7 y pudo evidenciar una estrecha relación entre la percepción de calidad de vida y la edad, puesto que se intensifica con la edad.

El nivel de escolaridad, también presentó implicaciones o relación con la percepción de calidad de vida, en consideración a que a mejor educación mayores herramientas tendrá para el autocuidado de salud bucal, lo que permite conservar por más años de existencia los dientes favoreciendo una mejor dieta con nutrientes adecuados, como lo presentó Locker, 2002, al igual que Sabando, 2019, y se confirma en el presente estudio al evidenciar que el nivel de educativo, presentó diferencia significativa en la dimension 4 de la discapacidad física por dieta.

El estudio de Ulinski, (2013), demostró que el impacto de calidad de vida referente a las condiciones de salud oral en adultos influyó de manera negativamente en los factores

sociodemográficos, caso contrario al presente estudio, donde todas las 7 dimensiones fueron positivas.

Referente a la variable de impacto psicosocial, según Saliba, et. al, 2011, refiere que una boca saludable garantiza una buena apariencia, desde la expresión y comunicación interpersonal, lo que la convierte en un factor de importancia en la preservación de la autoestima; sin embargo, en el presente estudio las condiciones psicosociales fueron positivas para interactuar por problemas de salud oral, como que no han sentido la necesidad de acudir a ayuda psicológica por algún tratamiento dental, que son las que presentaron diferencia significativa.

Mediante el presente estudio fue posible estimar la percepción de calidad de vida positivo, contemplado desde la totalidad del instrumento Ohip 14, al igual que cada una de las 7 dimensiones.

## 6 Conclusiones

Se llega a concluir que la población está representada por mujeres, entre 27 a 59 años, empleadas, de estrato socioeconómico medio bajo y bachilleres.

En cuanto a la identificación del factor influyente en el cuidado de la salud oral de los pacientes que asisten a la clínica odontológica del adulto de la Universidad Antonio Nariño, sede Bucaramanga, es la educación y el motivo de consulta.

El impacto psicosocial relacionado con la salud oral en los pacientes de la misma clínica odontológica fue catalogado como bueno o positivo, en consideración a que no hay buylling, no los afecta el tratamiento realizado, tan solo que desean modificar la forma de sus dientes y se hallan conformes con el tratamiento, lo que ha permitido no requerir ayuda psicológica producto del mismo.

Por tanto, al considerar la percepción de calidad de vida al inicio de los tratamientos, fue positiva, lo que puede facilitar al profesional de la salud una mirada más próxima al contexto en el cual se desenvuelve, gracias a que puede contar con información de aspectos psicológicos, sociales y de cuidado bucal.

## 7. Recomendaciones

Se recomienda, llevar a segunda fase el presente estudio en el que se logre relacionar la percepción de calidad de vida y relacionarla con un examen clínico desde índice de placa bacteriana, caries y enfermedad periodontal

De igual manera se sugiere hacer un control de la percepción de calidad de vida a través del Ohip 14 antes y después del tratamiento realizado, que permita evidenciar los cambios posteriores al tratamiento.

Realizar un ajuste en las variables tanto de factores que influyen en el cuidado oral, como en los de impacto psicosocial que permita indagar o profundizar más frente a bullying, halitosis, afectación psicológica.

Y para finalizar sería interesante indagar sobre motivos de deserción de algún tratamiento, medir la satisfacción desde el tiempo transcurrido del tratamiento y sus necesidades de tratamiento.



## 7 Anexos

### Anexo A. Variables de Estudio

Variable	Definición Conceptual	Definición operativa	Tipo	Nivel de medición (naturaleza, medición)	Valores
Nivel de Percepción de calidad de vida	Es la manera como la salud bucal interfiere en la vida de las personas	La dificultad de realizar sus actividades diarias según sus 7 dimensiones (Limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y obstáculos)	Dependiente	Cuantitativa, Ordinal	<p>Escala de Likert: 0 a 4                      0= nunca                      1= rara vez 2=ocasionalmente                      3=algunas veces                      4=muchas veces</p> <p>Puntaje total es la sumatoria de las respuestas que van de 0 a 56. A menos valor, mejor calidad de vida. A mayor valor peor calidad de vida.</p> <p>a. Positiva                      b. Negativa</p> <p>Siete dimensiones</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>limitación funcional (dificultad para masticar)</li> <li>dolor físico (la sensibilidad de los dientes)</li> <li>malestar psicológico (la conciencia de uno mismo)</li> <li>discapacidad física (cambios en la dieta)</li> <li>incapacidad psicológica (la reducción de la capacidad de concentración)</li> <li>discapacidad social (evitando la interacción social)</li> <li>minusvalía (no poder trabajar de forma productiva).</li> </ol>

#### Variables Sociodemográficas y Económicas

Género	Distingue a los machos de las hembras	Clasificar los pacientes según sean hombres o mujeres	Independiente	Cualitativa nominal	a. Femenino b. Masculino
Edad	Tiempo que ha vivido una persona al día de	Años cumplidos hasta la fecha, según el ministerio de salud y	Independiente	Cualitativa ordinal	a. 18- 26 años b. 27-59 años c. 60 o más años

	realizar el estudio.	protección social				
Zona Geográfica	Delimitación de territorio en el cual residencia.	Definir si residencia está ubicada en la zona urbana o rural	Independiente	Cualitativa nominal	a. b.	Rural Urbana
Estrato Socioeconómico	Es la manera en que se clasifica a los hogares a través de diferentes criterios basados en las condiciones de la vivienda en la que dicho grupo de personas habita.	Clasificación en estratos según el Dane, de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos	Independiente	Cualitativa ordinal	a. b. c. d. e. f.	Bajo-Bajo (1) Bajo (2) Medio-bajo (3) Medio (4) Medio-alto (5) Alto (6)
Nivel educativo	Grado de instrucción en institución	Máximo grado educativo obtenido por el entrevistado al momento de responder.	Independiente	Cualitativa Ordinal	a. b. c. d. a.	Primaria Bachiller Técnico Tecnológico Profesional
Profesión	Actividad habitual de una persona, generalmente para la que se ha preparado, que, al ejercerla, tiene derecho a recibir una remuneración o salario.	Actividad actual para la que se ha preparado.	Independiente	Cualitativa de tipo ordinal	e.	Abierta
Ocupación	Sinónimo de trabajo, labor o quehacer.	Actividad diaria a la que se dedica al momento de responder al cuestionario.	Independiente	Cualitativa de tipo nominal	a. b. c.	Hogar Desempleado Empleado Independiente

---

---

**Factores que influyen en el cuidado de la salud oral**


---

Educado o capacitado en cuidado dental	Estudios realizados en Institución de educación no formal sobre Cuidados de los dientes.	Conocimientos adquiridos sobre cuidados en salud dental.	Independiente	Cualitativa de tipo nominal	a SI b NO
Frecuencia de Cepillado dental	Cantidad de veces que se realiza la remoción de placa bacteriana en la cavidad oral con el uso de un cepillo dental al día.	Número de veces al día que realiza su cepillado dental.	Independiente	Cualitativa de tipo nominal	a. Una vez al día b. Dos al día c. Tres al día d. Cuatro al día
Elementos para la higiene oral	Productos que complementan o ayudan con la Higiene bucal	Adminículos adicionales al cepillo de dientes para realizar su higiene oral al momento de la encuesta.	Independiente	Cualitativa de tipo nominal	a. Cepillo de dientes y crema dental b. Cepillo de dientes, crema y cepillo interproximal c. cepillo, crema, y seda dental d. Cepillo, crema, Seda dental y enjuague bucal e. Cepillo, crema y enjuague bucal.
Qué tipos de tratamientos dentales han realizado	Procedimientos odontológicos según especialidad	Tratamiento odontológico que le hayan realizado en consulta dentro de la institución (UAN)	Independiente	Cualitativa de tipo nominal	a. Resinas b. Amalgamas c. Prótesis d. Endodoncia e. Aclaramiento dental Fotocurado o Autocurado f. Ortodoncia g. Diseño de resina h. Cirugía Periodoncia
Motivo de Consulta	Razón, motivo o circunstancia por la cual ha acudido a consulta Odontológica	Motivo que llevo al paciente a solicitar el servicio en la UAN	Independiente	Cualitativa de tipo nominal	a. Dolor b. Estética c. Función/limpieza d. Fractura/trauma

---

**Impacto Psicosocial Relacionado con La Salud Oral**


---

Bullying	Acciones que van en contra a una persona de	Momentos en los cuales se ha sentido minimizado	Independiente	Cualitativa de tipo nominal	1. SI 2. NO
----------	---	---	---------------	-----------------------------	----------------

---

	manera negativa				
Halitosis	Mal Aliento	Sentir que su boca expele un mal olor	Independiente	Cualitativa de tipo nominal	1. SI 2. NO
Autoestima	Aprecio o consideración que uno tiene de sí mismo	Como se siente el paciente consigo mismo.	Independiente	Cualitativa de tipo nominal	<p>a. En que lo ha afectado su tratamiento odontológico</p> <p>ambiente social seguridad resistencia cómo me ha afectado</p> <p>b Ha buscado usted ayuda psicológica después de un tratamiento odontológico o estético?</p> <p>1. SI 2. NO</p> <p>c Durante la explicación del tratamiento usted entendió perfectamente lo que le iban a realizar</p> <p>1. SI 2. NO</p> <p>3. Cuál ha sido la percepción frente a los cuidados de salud oral</p> <p>1. Bueno 2. Regular 3. Malo</p> <p>4. Cuál ha sido la percepción frente a los cuidados de salud oral</p> <p>1. Buena 2. Regular 3. Mala</p> <p>14. Que le gustaría cambiar de su aspecto dental</p> <p>1. Color 2. Forma 3. Tamaño 4. Ninguno</p>

---

## Anexo B. Instrumento de recolección de datos Encuesta

A través de este estudio buscamos evaluar la percepción relacionada con los cuidados de la salud oral y cómo ésta puede impactar de manera psicosocial en la calidad de vida, solicitando así su participación para que responda algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales, ceñidos a la ley 1581 de 2012 de protección de datos. Las personas que fueron seleccionadas para el estudio no se eligieron por nombre sino al azar. Se solicita que responda a cada pregunta este del presente, de la manera más honesta, el cual será diligenciado por los investigadores. Muchas gracias por su colaboración.

Marque con una X la respuesta que se ajuste en su caso

---

### I. Caracterización sociodemográfica

---

1. Género a. Femenino  b. Masculino
2. Qué edad tiene (escribir años): \_\_\_\_\_
3. Usted vive en zona.
  - a. Urbana
  - b. Rural
4. Estrato socioeconómico: a Bajo-Bajo  b. Bajo  c. Medio Bajo  d. Medio Alto  e. Medio  f. Medio Alto  g. Alto
5. Clínica del adulto a la que asiste
 

I  II  III  IV  V  VI
6. Estado Civil
 

a. Casado  b Soltero  c Separado  d Divorciado  e Viudo  f Unión libre
7. Nivel Educativo
 

a Primaria  b Bachiller  c Técnico  d Tecnológico  e Profesional  f Postgrado
8. Profesión
 

\_\_\_\_\_
9. Tipo de vinculación al Sistema de Seguridad Social en salud
 

A Contributivo(C)  b Subsidiado(S-Sisbén)  c Vinculado(V)  d Régimen especial (RE)

en Otro(O)  f No presentan (NP)
10. Ocupación
 

a. Hogar  b. Desempleado  c. Empleado  d. Independiente

---

**II. Identificación de factores que influyen en el cuidado oral**

---

11. Ha sido usted educado frente a el cuidado de sus dientes
- a. SI                      b. NO
12. Cuántas veces usted se cepilla los dientes
- a. Una vez al día \_\_\_ b. Dos al día \_\_\_ c. Tres al día \_\_\_ d. Cuatro al día \_\_\_
13. Que elementos utiliza para la higiene oral (elementos utilizados por usted)
- a. Cepillo de dientes y crema dental
- b. Cepillo de dientes, crema y cepillo interproximal
- c. cepillo, crema, y seda dental
- d. Cepillo, crema, Seda dental y enjuague bucal
- e. Cepillo, crema y enjuague bucal.
14. Qué tipos de tratamientos dental le han realizado
- a. Resinas
- b. Amalgamas
- c. Prótesis
- d. Extracciones
- e. Aclaramiento dental Fotocurado o Autocurado
- f. Ortodoncia
- g. Diseño de sonrisa en resina o carillas
- h. Cirugía
15. Por qué razón ha consultado últimamente en odontología
- a Dolor \_\_\_ b Estética \_\_\_ c Función \_\_\_ d Control/limpieza\_\_\_ e Fractura/trauma \_\_\_
- 16.Cuál ha sido la percepción frente a los cuidados de salud oral
- a. Bueno                      b. Regular                      c. Malo
17. Está conforme con el tratamiento que se le realizó anteriormente
- a. SI                              b. NO

18. Qué no le gustó de los tratamientos anteriores

---

19. Que le gustaría cambiar de su aspecto dental

- a. Color      b. Forma      c. Tamaño      d. Ninguno
- 

### III. Evaluación impacto psicosocial

---

20. Ha sufrido usted de bullying por su aspecto dental

- a. SI                      b. NO

21. Ha presentado dificultad para interactuar con otras personas por su dentadura

- a. SI                      b. NO

22. Sufre de mal aliento (halitosis)

- a. SI                      b. NO

23. En que lo ha afectado su tratamiento odontológico

- a. Interacción social  
 b. Aislamiento social  
 c. Depresión  
 d. No me ha afectado

24. Ha buscado usted ayuda psicológica después de un tratamiento odontológico o estético

- a. SI                      b. NO

25. Durante la explicación del tratamiento usted entendió perfectamente lo que le iban a realizar

- a. SI                      b. NO
- 

### IV Percepción de Calidad

---

En el último mes	Nunca (0)	Casi (1)	Nunca (2)	Ocasionalmente (3)	Frecuentemente (4)	Siempre (4)
1 ¿Tiene usted incomodidad para pronunciar algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?						
2 ¿Ha sentido que su sentido del gusto ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?						
3 ¿Ha tenido molestias dolorosas en sus dientes, boca o prótesis?						

---

- 
- 4 ¿Se ha encontrado incómodo al comer algún alimento por problemas con sus dientes, boca o prótesis?
- 5 ¿Ha estado preocupado debido a problemas con sus prótesis?
- 6 ¿Se ha sentido nervioso debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?
- 7 ¿Ha sido su dieta poco satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?
- 8 ¿Ha tenido que interrumpir comidas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?
- 9 ¿Encuentra dificultad para relajarse debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?
- 10 ¿Se ha sentido avergonzado frente a otras personas por problemas con sus dientes, boca o prótesis?
- 11 ¿Se ha sentido irritable con otras personas por problemas debidos a sus dientes, boca o prótesis?
- 12 ¿Tiene dificultad para hacer sus trabajos habituales debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?
- 13 ¿Ha sentido usted que su vida es, en general, menos satisfactoria, debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?
- 14 ¿Se ha sentido totalmente incapaz de funcionar debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?
- 

*Notas:* Tomado de (Montero, 2009)



## Anexo C. Plan de análisis estadístico

<b>Variable</b>	<b>Nivel de Medición</b>	<b>Reporte/operaciones</b>
Nivel de Percepción de calidad de vida	Cuantitativa	Medida de tendencia central (media, cuartiles) / Medida de dispersión (varianza, desviación estandar)
<b>Variables Sociodemográficas y Económicas</b>		
Género	Cualitativa	Frecuencia y porcentaje
Edad	Cualitativa	Frecuencia y porcentaje
Zona Geográfica	Cualitativa	Frecuencia y porcentaje
Estrato Socioeconómico	Cualitativa	Frecuencia y porcentaje
Pacientes	Cualitativa	Frecuencia y porcentaje
Estado Civil	Cualitativa	Frecuencia y porcentaje
Nivel educativo	Cualitativa	Frecuencia y porcentaje
Profesión	Cualitativa	Frecuencia y porcentaje
Ocupación	Cualitativa	Frecuencia y porcentaje
<b>Factores que influyen en el cuidado de la salud oral</b>		
Educado o capacitado en cuidado dental	Cualitativa	Frecuencia y porcentaje
Frecuencia de Cepillado dental	Cualitativa	Frecuencia y porcentaje
Elementos para la higiene oral	Cualitativa	Frecuencia y porcentaje
Qué tipos de tratamientos dental le han realizado	Cualitativa	Frecuencia y porcentaje
Motivo de Consulta	Cualitativa	Frecuencia y porcentaje
<b>Impacto Psicosocial Relacionado con La Salud Oral</b>		
Bullying	Cualitativa	Frecuencia y porcentaje

---

Halitosis	Cualitativa	Frecuencia y porcentaje
Autoestima	Cualitativa	Frecuencia y porcentaje

---

Fuente. Propia

## Anexo D. Consentimiento Informado

	<b>UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO</b> <b>BUCARAMANGA</b>
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO INDIVIDUAL</b>
	<b>ODONTOLOGIA</b>

## 1. INTRODUCCION

Los INVESTIGADORES **Cristian Blanchar, Moisés Armando Elles Araque y Jhon Alexander Meléndez Lemus** del trabajo de grado para optar por el título de la universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga, nos encontramos desarrollando un proyecto de investigación titulado **“PERCEPCIÓN DE PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA SEDE BUCARAMANGA DE LA UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO RELACIONADO CON LOS CUIDADOS EN SALUD ORAL Y SU IMPACTO PSICOSOCIAL”**. Esta investigación se enmarcará en los principios éticos establecidos en la resolución 008430 del 4 de octubre de 1993, del ministerio de salud de Colombia “ por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, nos permitimos informarles los objetivos y justificación de esta investigación, de manera que usted pueda tomar una decisión libre y autónoma de participar o no de la misma. Estamos dispuestos a resolver cualquier duda o pregunta que usted tenga con el fin de garantizar su total comprensión.

Teniendo en cuenta que usted cumple con los siguientes criterios para poder participar en este estudio como son: Pacientes adultos o estudiantes que se encuentran activos en la atención odontológica de la universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga.

## 2. Objetivo del estudio

Evaluar la percepción relacionada con los cuidados en la salud oral y su impacto psicosocial, en los pacientes que asisten a la clínica odontológica de la universidad Antonio Nariño, sede Bucaramanga, durante el primer semestre de 2023

## 3. Justificación

Actualmente, existe un creciente reconocimiento de que la salud oral tiene un impacto en la vida social y psicológica del individuo (Díaz, Casas, & Roldón, 2017). Por ello es importante evaluar la percepción relacionada con los cuidados en la salud oral y su impacto psicosocial, ya que esta información es de gran impacto y contribuye a futuras investigaciones para que a partir de allí puedan diseñar herramientas que ayuden a mejorar el comportamiento del paciente desde una perspectiva más amplia en la práctica clínica, investigativa y preventiva de la salud oral. Además, la comunidad en general se beneficia, pues toda esta información podría ser parte del planteamiento de nuevos programas de salud oral. (Hernández, 2010)

## 4. Confidencialidad

Es importante que usted conozca que se tomara todas las medidas necesarias para proteger su privacidad como participante del estudio y para el registro de la información a través de la recolección de los datos, incluida la encuesta creada para determinar y dar cumplimiento al objetivo propuesto anteriormente en caso de que usted acepte recibir información sobre los resultados del estudio, cuando la investigación finalice, se informara de los resultados mediante correo personal.

## 5. Riesgo y beneficios

Conforme la Resolución 8430 de 1993 y su artículo 11. Esta investigación se clasifica SIN RIESGO, porque no implica una intervención directa que afecte la salud de los voluntarios, adicionalmente se respetó la información obtenida de los participantes conforme a la Ley 1266 de 2008 (Ley de Habeas Data) y la ley 1581 del 2012. Adicionalmente cumpliendo los principios establecidos por el código ética odontológico Ley 35 del 1989. Este trabajo podrá desarrollo previo a la aceptación del comité de trabajos de grados del programa de odontología de la universidad Antonio Nariño cumpliendo los criterios éticos institucionales dados para investigación por parte de la VCTI.

#### 6. Preguntas

Puede realizar cualquier tipo de pregunta ahora o en cualquier momento del estudio

#### 7. Declaración del participante

Al finalizar este documento, usted esta aceptando que ha entendido la información que se le ha dado y desea participar en este estudio y por tanto esta de acuerdo con :

Contestar de manera consciente y veraz la encuesta de validación de la información

Autorizar el uso de los resultados de la encuesta validación de la información

Aceptación para participar autoriza usted su participación voluntaria en este proyecto

Si No

Si usted ha aceptado participar, por favor escriba su nombre y firma en el espacio siguiente

Nombre y apellidos completos del participante: \_\_\_\_\_

Cedula: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

#### 8. Declaración del investigador

Certifico que yo como investigador he explicado a la persona sobre esta investigación y que la persona entendió la naturaleza y propósito del estudio, así como los posibles riesgos y beneficios asociados con su participación en el mismo.

Firma de los investigadores

Credencial universitario

Cedula

Firma del director de trabajo de grado.

## Anexo E Prueba Kolmogorov

		¿ Tiene usted incomodidad para pronunciar algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	¿ Ha sentido que su sentido del gusto ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	¿ Ha tenido molestias dolorosas en sus dientes, boca o prótesis?	¿ Se ha encontrado o incómodo al comer algún alimento por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	¿ Ha estado preocupado debido a problemas con sus prótesis?	¿ Se ha sentido nervioso debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	¿ Ha sido su dieta poco satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	¿ Ha tenido que interrumpir comidas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	¿ Encuentra dificultad para relajarse debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	¿ Se ha sentido avergonzado frente a otras personas por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	¿ Se ha sentido irritable con otras personas por problemas debidos a sus dientes, boca o prótesis?	¿ Tiene dificultad para hacer sus trabajos habituales debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?
N		34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
metros uniformes	Pará	Mínimo	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
		Máximo	,40	,40	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Máximas diferencias extremas		Absoluta	,313	,343	,299	,351	,383	,384	,313	,332	,272	,388	,373
		Positivo	,313	,343	,299	,351	,383	,384	,313	,332	,272	,388	,373
		Negativo	-,037	-,015	-,172	-,045	-,045	-,022	-,075	-,060	-,075	-,045	-,052
Estadístico de prueba			,313	,343	,299	,351	,383	,384	,313	,332	,272	,388	,373
Monte Carlo (bilateral) <sup>c</sup>	Sig.	Sig.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
		Intervalo de confianza 95%	L	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
			L	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

Fuente. Propia,

## Anexo F Prueba T de Student en las 7 dimensiones

Aspecto	Variables	Kolmogorov	Levene	Dimensión 1		Dimensión 2		Dimensión 3		Dimensión 4		Dimensión 5		Dimensión 6		Dimensión 7							
				Limitación Funcional T Student	P	Dolor físico T Student	P	Malestar psicológico T Student	P	Discapacidad física T Student	P	Incapacidad psicológica T Student	P	Discapacidad social T Student	P	Minusvalía T Student	P						
Sociodemográfico	Zona Geográfica	< 0,001	0,008	-1,251	0,218	< 0,001	-2,857	0,005	0,930	-0,044	0,965	0,357	-0,444	0,658	0,182	-0,636	0,526	0,326	0,517	0,606	0,670	-0,212	0,833
	<b>Ocupación</b>	< 0,001	0,592	1,329	0,186	0,889	0,070	0,944	0,669	0,216	0,829	0,749	-0,162	0,872	< 0,001	-2,203	<b>0,031</b>	0,111	-0,777	0,440	0,595	0,269	0,789
	<b>Edad</b>	< 0,001	0,063	0,687	0,494	< 0,001	-2,857	<b>0,005</b>	0,919	0,051	0,959	< 0,001	3,330	<b>0,002</b>	0,488	0,341	0,735	0,558	-0,287	0,774	0,003	-1,240	0,230
	<b>Género</b>	< 0,001	0,452	-0,398	0,691	0,009	-2,050	<b>0,042</b>	0,051	-1,037	0,302	0,089	-0,945	0,346	0,034	-1,143	0,258	0,673	-0,216	0,829	0,786	0,135	0,893
	Estrato Socioeconómico	< 0,001	0,556	1,831	0,069	0,864	0,152	0,880	0,560	0,312	0,757	0,797	-0,240	0,815	0,014	1,291	0,226	0,086	1,123	0,267	0,356	-0,845	0,418
<b>Nivel Educativo</b>	< 0,001	0,255	1,524	0,130	0,005	-1,168	0,255	0,261	0,616	0,540	0,078	-2,234	<b>0,035</b>	0,261	-0,569	0,574	0,241	0,679	0,500	0,106	-0,791	0,435	
Factores que influyen en higiene bucal	Educado o capacitado en salud oral	< 0,001	0,041	1,062	0,295	0,683	0,196	0,845	0,575	0,274	0,784	0,988	-0,007	0,994	0,070	0,816	0,416	0,001	1,593	0,119	0,457	-0,383	0,702
	Frecuencia de Cepillado	< 0,001	0,887	0,072	0,943	< 0,001	-1,782	0,082	0,001	1,802	0,082	0,769	-1,301	0,207	0,377	-0,549	0,588	0,097	1,070	0,288	0,904	-0,061	0,952
	Elementos para higiene bucal	< 0,001		0,489	0,625	0,545	0,294	0,769	< 0,001	0,478	0,634		0,639	0,524	0,797	-0,132	0,895		0,628	0,531	0,032	1,152	0,255
	Qué tipo de tratamiento le han realizado	< 0,001	0,240	0,593	0,554	0,417	-0,650	0,521	0,014	1,229	0,227	0,508	-0,328	0,744	< 0,001	1,932	0,061	0,198	0,623	0,538	0,214	0,620	0,539
	<b>Motivo de consulta</b>	< 0,001	0,253	0,583	0,561	0,049	-0,959	0,340	0,545	0,306	0,760	0,013	1,318	0,191	0,878	0,077	0,939	0,004	-2,687	<b>0,009</b>	0,360	0,463	0,644
Impacto Psicosocial	<b>Percepción frente a cuidados de salud oral</b>	< 0,001	0,722	0,178	0,859	1,000	0,000	1,000	0,581	0,275	0,784	0,341	0,469	0,64	0,050	0,973	0,332	< 0,001	1,989	<b>0,049</b>	0,837	0,103	0,918
	<b>¿Está conforme con el tratamiento que se le realizó?</b>	< 0,001	0,586	0,266	0,791	0,949	0,032	0,975	0,730	0,170	0,865	0,464	0,348	0,729	0,145	-0,841	0,402	< 0,001	2,191	<b>0,034</b>	0,08	0,824	0,411
	¿Qué le gustaría cambiar de su aspecto dental?	< 0,001	0,593	-0,266	0,791	0,052	1,413	0,165	0,751	0,162	0,872	0,116	0,809	0,420	0,010	1,354	0,185	0,545	-0,302	0,764	0,127	0,744	0,462
	¿Ha sufrido de Buyling?	-	0,128	0,806	0,422	0,140	-1,120	0,267	0,872	-0,080	0,936	0,586	-0,265	0,792	0,920	-0,050	0,961	0,043	1,111	0,272	0,043	-1,079	0,285
	<b>¿Ha tenido dificultades para interactuar con otras personas por su dentadura?</b>	< 0,001	0,011	1,267	0,211	0,986	0,009	0,993	0,295	0,541	0,590	0,112	-0,748	0,456	0,001	1,935	0,058	0,056	1,072	0,286	< 0,001	-2,241	<b>0,027</b>
	Ha tenido halitosis	< 0,001	0,324	-0,474	0,636	0,058	-0,818	0,415	0,158	0,756	0,451	0,178	-0,619	0,537	0,080	1,037	0,302	0,008	1,756	0,089	0,036	-1,160	0,252
	<b>En que lo ha afectado su tratamiento odontológico</b>	< 0,001	0,885	0,072	0,943	0,119	-1,088	0,284	0,219	-0,840	0,407	0,119	-1,088	0,284	0,911	-0,057	0,955	0,32	-2,182	<b>0,036</b>	0,522	-0,323	0,748



---

<i>¿Ha buscado ayuda psicológica después de un tratamiento odontológico?</i>	< 0,001	< 0,001	-2,177	0,034	< 0,001	-1,543	0,130	0,325	-0,474	0,636	0,221	0,685	0,494	0,219	-0,573	0,568	0,166	0,784	0,434	0,38	-0,427	0,67
<i>¿Durante la explicación usted entendió lo que le iban a realizar?</i>	< 0,001	0,276	0,508	0,612	0,255	-1,838	0,068	0,350	0,441	0,660	0,328	-0,572	0,568	0,003	1,409	0,176	< 0,001	2,853	0,009	0,137	-0,818	0,415

---

Fuente. Propia

## Referencias

- A., B., & Figuero, E. (2005). Las enfermedades periodontales como infecciones bacterianas. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral*, 17(3), 147-156. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci>
- Al-sinaidi A, P. (july de 2014). The effect of fixed partial dentures on periodontal status of abutment teeth. *The Saudi Journal for Dental Research*, 5(2), 104-108. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210815713000413>
- Bernabe, E., & Marcenes, W. (Apr de 2020). Global, Regional, and National Levels and Trends in Burden of Oral Conditions from 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study. *Asamblea Mundial de la salud*, 99(4), 362–73. doi:10.1177/0022034520908533
- Bosh, A. (Noviembre de 2007). Higiene bucodental. *Offarm*, 26(10), 64-67. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-higiene-bucodental-productos-utilizados-recomendaciones-13112891>
- Caglayan, F., Altun, O., Miloglu, O., & Kaya, M. D. (2009). Correlation between oral health-related quality of life (OHQoL) and oral disorders in a Turkish patient population. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal*, 14(11), e573-8.

- Castro F, C. G. (julio-diciembre de 2022). Frecuencia de cepillado en las personas jóvenes y adultas de la ciudad de Machala en el año 2021. *Revista científica especialidades odontológicas UG*, 5(2), 9. doi:<https://doi.org/10.53591/eoug.v5i2.8>
- Catalá, M. C. (Mayo-junio de 2014). La caries dental: una enfermedad que se puede prevenir. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(3), 147-151. doi:10.1016/S1696-2818(14)70184-2
- Cazar, E. (julio de 2017). Calidad de vida en pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología de la UCE, antes y después de ser rehabilitados con Prótesis Parcial Removible (basado en el perfil de impacto en la salud oral OHIP-14). *Proyecto de investigación presentado como requisito previo a la obtención del título de Odontólogo*, 80. Quito, Ecuador. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfefindmkaj/http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/10937/1/T-UCE-0015-683.pdf
- CDA. (marzo de 2001). *Asociación Dental de Canada*. Obtenido de [http://www.cda-adc.ca/en/oral\\_health/complications/index.asp](http://www.cda-adc.ca/en/oral_health/complications/index.asp)
- Cerón, X. (2018). Relación de calidad de vida y salud oral en la población adolescente. *Rev. CES Odont*, 31(1), 38-46. Obtenido de <https://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/4233>
- Cerón, X. (jan/jun de 2018). Relación de calidad de vida y salud oral en la población adolescente. *Rev. CES Odont*, 31(1), 38-46.

Contreras, A. (2013). El fenómeno de bullying en Colombia. *Revista Logos ciencia & tecnología.*, 14(2), 100-114. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/5177/517751544011.pdf>

Correa, M. (2015). Impacto psicosocial de la estética dental en personas sometidas a blanqueamiento dental. *Trabajo de investigacion para optar el título de cirujano-dentista*, 42. Santiago- Chile. Obtenido de <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/141482/Impacto-psicosocial-de-la-est%C3%A9tica-dental-en-personas-sometidas-a-blanqueamiento-dental.pdf?sequence=1>

Crespo, M. I., Riesgo, Y. d., Laffita, Y., Torres, P. A., & Márquez, M. (2009). *Medisan*, 13(1). Recuperado el 28 de marzo de 2022, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192009000400014&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000400014&lng=es&tlng=es).

de la Fuente, J., Sumano, O., Sifuentes, M., & Zelocatecatl, A. (2010). Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Univ. Odontol.*, 29(63), 83-92.

Díaz, C., Casas, I., & Roldón, J. (2017). Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral: Impacto de Diversas Situaciones Clínicas Odontológicas y Factores Socio-Demográficos. Revisión de la Literatura. *Int. J. Odontostomat.*, 11(1), 31-39. Obtenido de chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.cl/pdf/ijodontos/v11n1/art05.pdf

Díaz, S., Anaya, M., Tirado, L. R., Fortich, N., Tapias, L., & González, F. D. (abr de 2017). Impacto de Salud Oral sobre Calidad de Vida en Adultos Jóvenes de Clínicas Odontológicas Universitarias. *Int. J. Odontostomat.*, 11(1), 5-11. Obtenido de [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-381X2017000100001](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2017000100001)

Diaz, S., Gonzalez, F., Madera, M., Tirado, L., Martelo, J., & Guzman, E. (2013). Impacto de la salud oral en la calidad de vida de los adultos atendidos en las clínicas odontológicas de la universidad de cartagena. cartagena, Colombia. Obtenido de <https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/2622/TESIS%20CALIDAD%20DE%20VIDA%20EN%20ADULTOS%20JOVENES%20Y%20MADUROS-2013%20EDWIN%20Y%20JULIE..pdf?sequence=1>

Featherstone, J. (july de 2000). The science and practice of caries prevention. *Journal of the American Dental Association*, 131(7), 887–899. doi:10.14219/jada.archive.2000.0307

Fernandez, A., & Vasquez, E. (2016). Multimorbilidad: bases conceptuales, modelos epidemiológicos y retos de su medición. *biomédica*, 36(2), 188-121. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/308094848\\_Multimorbidity\\_conceptual\\_basis\\_epidemiological\\_models\\_and\\_measurement\\_challenges](https://www.researchgate.net/publication/308094848_Multimorbidity_conceptual_basis_epidemiological_models_and_measurement_challenges)

- Fuente, J., Sumano, Ó., Sifuentes, M., & Zelocuatecatl, A. ( julio-diciembre de 2010). Impacto de la salud bucal en la calidad. *Universitas Odontológica Pontificia Universidad Javeriana*, 29(63), 83-92. Recuperado el 16 de marzo de 2022, de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.redalyc.org/pdf/2312/231216366010.pdf
- Fuentes, A., Lera, L., & Sánchez, H. &. (2013). Oral healthrelated quality of life of older people from three South American cities. . *Gerodontology*, 30(1), 67-75. doi:10.1111/j.1741-2358.2012.00649.x
- GBD. (23 de octubre de 2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396, 1135–59. Obtenido de Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0140673620309259?token=D1D4315B3F32DC3E7AA4BE199F2F8D88F96A2EE1D02F3B9BF2FD47C125C0ECA54FF820FACEF1CC510A7EDDAD7ADB9C08&originRegion=us-east-1&originCreation=20220829080856>
- Gherunpong, S., Tsakos, G., & Sheiham, A. (12 de octubre de 2004). The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children . *Health and quality of life outcomes*, 2(57), 8. doi:<https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-57>

- Gómez, A. E. (diciembre de 2006). Higiene bucodental. *Farmacia Profesional*, 20(11), 38-43.
- Gómez, E. (febrero de 2009). un recorrido histyórico de concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. *TOG (A Coruña)*, 6(9). Obtenido de <http://www.revistatog.com/num9/pdfs/original2.pdf>
- González, G., Cabllero, M., Peralta, P., & peralta, O. (30 de julio de 2019). Percepción de calidad de vida de trabajadores de una institución universitaria colombiana. *Revista Cubana de Enfermería*, 35(1), 9. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?scrip=sci\\_arttext&pid?S0864-03192019000100002&Ing=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid?S0864-03192019000100002&Ing=es&tlng=es)
- González, M., González, B., & González, E. (jul de 2013). Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. *Nutr. Hosp.*, 28(supl.4), 64-71. Obtenido de <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v28s4/08articulo08.pdf>
- Hernández, A. (2004). *Psicoterapia sistémica breve: la construccion del cambio con individuos, parejas y familias* (Reimpresa ed.). (E. buho, Ed.)
- Inukai, M., John, M. T., & Igarashi, Y. &. (19 de Octubre de 2010). Association between perceived chewing ability and oral health-related quality of life in partially dentate

patients. *Health Qual. Life Outcomes*, 8(118), 6. doi:<https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-118>

Jiménez, J., Esquivel, R., & González, A. (2003). La percepción de salud bucal como medida de la calidad de vida en ancianos. *ADM*, 60(1), 19-24. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/<https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2003/od031d.pdf>

Khan, M., & Fida, M. (2008). Assessment of psychosocial impact of dental aesthetics. . *Journal of the College of Physicians and Surgeons*, 18(9), 559–564. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18803894/>

Kushnir, D., Zusman, S. P., & Robinson, P. G. (1 de Mayo de 2007). Validation of a Hebrew version of the Oral Health Impact Profile 14 . *Journal of public health dentistry* , 64(2), 71-75. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2004.tb02730.x>

Legido, B. (2016). Percepción de salud oral y hábitos de higiene bucodental de una muestra de la población española trabajadora y su relación con el estado de salud periodontal. *Tesis doctoral para obtener el título de doctor de la Universidad Complutense*. Obtenido de chrome-extension://dagcmkpagjlhakfdhnbomgmjdpkdklff/enhanced-reader.html?openApp&pdf=<https%3A%2F%2Fprints.ucm.es%2Fid%2Fprint%2F38413%2F1%2FT37511.pdf>

Locker, D. M. (2002). Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people. *Locker, D., Matear, D., Stephens, M., & Jokovic, A.*



(2002). *Oral health-related quality Community dental health*, 19(2), 90-97.

Obtenido de <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/12146588/>

Luengas Aguirre, M. I. (2004). Tendencias en la formación de odontólogos en la universidad pública en México, en el contexto de la globalización, 1986-2001: una lectura ética. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2004. (*Tesis de doctorado en sociología*). Universidad Nacional Autónoma de México, 418. México, México. Recuperado el 12 de marzo de 2021, de [https://repositorio.unam.mx/contenidos/tendencias-en-la-formacion-de-odontologos-en-la-universidad-publica-en-mexico-en-el-contexto-de-la-globalizacion-1989-2-101617?c=pK029E&d=false&q=\\*.\\*\)&i=2&v=1&t=search\\_0&as=0](https://repositorio.unam.mx/contenidos/tendencias-en-la-formacion-de-odontologos-en-la-universidad-publica-en-mexico-en-el-contexto-de-la-globalizacion-1989-2-101617?c=pK029E&d=false&q=*.*)&i=2&v=1&t=search_0&as=0)

Minsalud. (2014). *Ministerio de salud y protección social*. Recuperado el 17 de marzo de 2022, de <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>

Minsalud. (marzo de 2017). *Ministerios de Salud y Protección Social*. Recuperado el 2 de marzo de 2022, de <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/cuidados-salud-bucal-adultos.pdf>

Montero, J. (2009). Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *Clin Exp Dent.*, 1(1), 1-7.

- Moral-de-la-Rubia, J., & Rodríguez, N. (jul/dic de 2017). Estructura factorial y consistencia interna de la escala de hábitos de higiene Bucal en muestras de población general y clínica odontológica. *CienciaUAT*, 12(1), 36-51. Recuperado en 22 de, 12(1), 36-51. Obtenido de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-78582017000200036](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78582017000200036)
- Muñoz, P. (30 de octubre de 2014). *SiicSalud*. Recuperado el 31 de agosto de 2022, de <https://www.siicsalud.com/dato/experto.php/139632>
- Nava, G. (2012). La calidad de vida; análisis multidimensional. *Rev. Neurol Mex*, 11(3), 129-37.
- OMS. (2019). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 21 de marzo de 2022, de <https://www.esproden.com/salud-bucodental-segun-la-oreganizacion-mundial-de-la-salud/>
- OMS. (15 de marzo de 2022). *Who.Int*. Recuperado el 29 de marzo de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
- Onyeaso, C., Utomi, I., & Ibekwe, T. (15 de febrero de 2005). Emotional effects of malocclusion in Nigerian orthodontic patients. *J Contemp Dent Pract*, 6(1), 64-73. Obtenido de <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/15719078/>
- Ourens, M., Celeste, R., & Hilgert, J. (2013). Prevalencia de maloclusiones en adolescentes y adultos jóvenes del interior del Uruguay. FRelevamiento nacional de salud bucal 2010- 2011. *Odontoestomatología*, 15((spe)), 47-57.

- Padilla, S., & Cerón, J. (1 de agosto de 2012). Determinantes culturales, económicos, históricos, políticos y sociales de la salud bucal. *Medwave*, *12*(7), 7. doi:<http://doi.org/10.5867/medwave.2012.07.5452>
- Petersen, P. (2003). The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community dentistry and oral epidemiology*, *31*(Suppl 1), 3-23. doi:<https://doi.org/10.1046/j..2003.com122.x>
- Petersen, P. E. (2003). *Who.Int*. Recuperado el 19 de marzo de 2022, de The World Oral Health Report.: [http://www.who.int/oral\\_health/media/en/orh\\_report03\\_en.pdf](http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf)
- Pinzón, S. A., & Gil, J. A. (septiembre de 1999). Validación del Índice de Valoración de Salud Oral en Geriátrica en una población geriátrica institucionalizada de Granada. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, *34*(5), 273-282. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-validacion-del-indice-valoracion-salud-13006100>
- Plazas, J., Martínez, O., castro, L., Solana, A., & Villalba, L. (2011). Prevalencia de Maloclusiones en niños de una escuela en Cartagena de Indias. *Ciencia y Salud Virtual.*, *3*(1), 2-8. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/311166284\\_Prevalencia\\_de\\_maloclusiones\\_en\\_ninos\\_de\\_una\\_escuela\\_en\\_Cartagena\\_de\\_Indias](https://www.researchgate.net/publication/311166284_Prevalencia_de_maloclusiones_en_ninos_de_una_escuela_en_Cartagena_de_Indias)

- Poveda, D. J. (2011). Higiene Oral y Problemas Bucodentales de los niños de la Escuela Dr. Edmundo Carbo de Jipijapa. *Tesis de grado: Previo a la obtención del título de: Odontólogo*. Portoviejo, Ecuador. Recuperado el 21 de marzo de 2021, de chrome-extension://efaidnbmnnnibpajpcglclefindmkaj/http://www.odontocat.com/odontocat/nouod2/pdf/article%20cita%20odt%2047.pdf
- Quintanilla, M., & García, C. (May./Aug de 2022). Impacto de la salud oral en la calidad de vida en relación a la caries dental y los determinantes sociales en migrantes venezolanos Lima-2019. *Odovtos International Journal of Dental Scien*. *Quintanilla-Cohello, Marco I., & García-Rupaya, Carmen R.. (2022). Impacto de la salud oral en la calidad de vida en relación a la caries dental Odovtos International Journal of Dental Scien, 24(2), 122-135. doi:http://dx.doi.org/10.15517/ijds.2021.46680*
- Rajmila L, E. M.-S. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Rev Gac Sanit, 15((Supl. 4)), 34-43*. Obtenido de <https://www.gacetasanitaria.org/es-calidad-vida-relacionada-con-salud-articulo-13032879>
- Rodríguez Charry, D. M. (2007). Motivos de consulta y clínica constructivista. *Diversitas*, 3(2), 239-247. Obtenido de Rodríguez Charry, Diana M.. (2007). Motivos de consulta y clínica constructivista. *Diversitas*, 3(2), 239 [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-99982007000200006&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982007000200006&lng=pt&tlng=es).

- Romero, S., Paredes, L., Reyes, S., Flores, M., & N., A. (2016). Prevalencia de gingivitis y factores asociados en estudiantes de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. *Rev Cubana Estomatol*, 53(2), 9-18. Obtenido de <https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/435/286>
- Rusanen J, L. S. (3 de Febrero de 2010). Quality of life in patients with severe malocclusion before treatment. *Rusanen J, Lahti S, Tolvanen M, Pirttiniemi P. Quality of life in patients with severe malocclusion before treatment. Eur J Orthod*, 32(1), 43-8. doi: 10.1093/ejo/cjp065. doi:doi: 10.1093/ejo/cjp065.
- Sabando, V. &. (2019). Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral y Autopercepción de Salud: Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud 2015-2016 en Chile. . *International journal of odontostomatology* , 13(3), 338-344. doi:Sabando, Vezna, & Albala, Cecilia. (2019). Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral y Autopercepción de Salud: Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud 2015-2016 en Chile. . Obtenido de <https://dx.doi.org/10.1093/ejo/cjp065>
- Sacchi, M., Hausberger, M., & Pereyra, A. (septiembre- diciembre de 2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva*, 271-283 . Obtenido de [chrome-extension://dagcmkpagjlhakfdhnbomgmjdpkdklff/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fwww.scielosp.org%2Farticle%2Fssm%2Fcontent%2Fraw%2F%3Fresource\\_ssm\\_path%3D%2Fmedia%2Fassets%2Fscol%2Fv3n3%2Fv3n3a05.pdf](https://chrome-extension://dagcmkpagjlhakfdhnbomgmjdpkdklff/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fwww.scielosp.org%2Farticle%2Fssm%2Fcontent%2Fraw%2F%3Fresource_ssm_path%3D%2Fmedia%2Fassets%2Fscol%2Fv3n3%2Fv3n3a05.pdf)

- Saliba, C., Ispier, A., Moreira, R., Saliba, N., & Gonçalves, P. (Mar-abr de 2009). La Salud Bucal en la Percepción del Adolescente, Adolescents' perception of oral. *Rev. salud pública*, 11(2), 268-277. Obtenido de [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rsap/v11n2/v11n2a11.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v11n2/v11n2a11.pdf)
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc enferm.*, 9(2), 9-21. doi:10.4067/S0717-95532003000200002
- Segura, Ä., & De La Hoz, R. (2017). Instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral: una revisión sistemática. *Salud Uninorte*, 33(3), 504-516. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/324440864\\_Instrumentos\\_para\\_medir\\_la\\_calidad\\_de\\_vida\\_relacionada\\_con\\_la\\_salud\\_oral\\_una\\_revision\\_sistemica](https://www.researchgate.net/publication/324440864_Instrumentos_para_medir_la_calidad_de_vida_relacionada_con_la_salud_oral_una_revision_sistemica)
- Sheiham, A. (30 de September de 2005). Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9), 644. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2626333/pdf/16211151.pdf>
- SIVEPAB. (2015). *Resultados del Sistema de Vigilancia SIVEPAB 2014*. Obtenido de <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/> bo
- Stanojlovic, M. (24 de noviembre de 2015). Percepción social de riesgo: una mirada general y aplicación a la comunicación de salud. *Revista de Comunicación y Salud*, 5, 96-

107. Obtenido de  
<https://www.revistadecomunicacionysalud.es/index.php/rcys/article/view/89/41>

Tsakos G, A. P. (2011). Interpreting oral health-related quality of life data. *Community Dent Oral Epidemiol.* , 40(3), 193-200. Obtenido de <https://sci-hub.se/10.1111/j.1600-0528.2011.00651.x>

Ulinski, K., Nascimento, M., Lima, A., Benetti, A., Poli-Frederico, R., Fernandes, K., . . . Maciel, S. (6 de March de 2013). Factors related to oral health-related quality of life of independent brazilian elderly. *Int J Dent.*, 8. doi: 10.1155/2013/705047