

Intervención en salud oral para modificar la calidad de vida en mujeres vulnerables

Oral health intervention to modify the quality of life in vulnerable women

Diego León Mantero¹ <https://orcid.org/0000-0002-6811-3920>

Patricia Moya Rivera^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-8442-2571>

Carolina Vidal Gamboa¹ <https://orcid.org/0000-0003-2557-0176>

¹Universidad Mayor, Escuela de Salud Pública. Santiago de Chile, Chile.

Autor para la correspondencia. Correo electrónico: drapatriciamoya@yahoo.com

RESUMEN

Introducción: La evaluación de un programa odontológico debe considerar, además de los resultados clínicos, la percepción del paciente en relación a cambios físicos, psicológicos y sociales. En este contexto, la calidad de vida relacionada con salud oral constituye un importante indicador de impacto sanitario y de eficacia de un tratamiento.

Objetivo: Evaluar el impacto de la salud oral en la calidad de vida de mujeres que recibieron intervención odontológica en centros de atención primaria de salud de la Región de los Ríos, Chile.

Métodos: Estudio cuasi experimental con diseño antes-después de una intervención odontológica en 3907 mujeres, de 15 o más años, en condición de vulnerabilidad con problemas dentales que afectan su calidad de vida relacionada con su salud oral. Se midió a través del cuestionario “Perfil de Impacto en Salud Oral” (OHIP-7sp).

Resultados: Se obtuvo una muestra representativa del 5 % de las participantes (n =137), edad media 48,1 ± 16,1 años. Un 96,4 % percibió que la salud bucal afecta su calidad de vida, valor que desciende a 51,8 % después de la intervención. La variación porcentual fue de 46,3 %. Se evidenció la relación entre calidad de vida y la edad de las participantes.

Conclusión: la intervención odontológica tiene un impacto positivo en la calidad de vida relacionada con salud oral de las mujeres, e indirectamente ayuda a mejorar la empleabilidad, porque contribuye, con una mejor salud oral, a fortalecer su autoestima y sus relaciones sociales.

Palabras clave: calidad de vida; salud oral; intervención odontológica.

ABSTRACT

Introduction: The assessment of a dental program should consider, in addition to the clinical results, the perception of the patient in relation to physical, psychological and social changes. In this context, quality of life related to oral health is an important indicator of the health impact and efficacy of a treatment.

Objective: To assess the impact of oral health in the quality of life of women who received a dental intervention in primary healthcare centers in the Region of Los Ríos, Chile.

Methods: Quasi-experimental study with a before-after design of a dental intervention in 3,907 women aged 15 years or more in vulnerable conditions with dental problems that affect their life quality related to oral health. It was measured by means of the questionnaire "Profile of Impact in Oral Health" (OHIP-7sp) with previous informed consent, before and after the dental intervention.

Results: A representative sample of 5% of the participants (n = 137), average age 48.1 ± 16.1 years was obtained. 96,4% perceived that oral health affects their quality of life, a value that drops to 51,8% after the intervention. The percentage variation was of 46,3% being a positive result indicator of program evaluation. It was evidenced a relationship between life quality and the age of the participants.

Conclusion: The odontological intervention has a positive impact in quality of life related to women's oral health, and indirectly meets with improving the employability of the beneficiaries by contributing to better oral health, strengthening their self-esteem and social relationships.

Keywords: life quality; oral health; odontological intervention.

Recibido: 10/01/2019

Aceptado: 29/04/2019

INTRODUCCIÓN

En Chile, en el ámbito sanitario, las posibilidades que tienen las personas adultas de recibir atención en salud bucal es bastante limitada o casi nula, principalmente, por el daño que se acumula a través del tiempo y los altos costos que significa para ellos. Las políticas públicas, en dicha materia, priorizan la atención de la población más joven porque según las evidencias es la edad en que las medidas preventivas tienen mayor efectividad y el daño bucal logra ser controlado con los recursos existentes.⁽¹⁾ La salud dental es un factor que influye de manera drástica en la calidad de vida del individuo. Una mala salud oral puede relacionarse con bajos índices socioeconómicos y afecta directamente la empleabilidad, lo que constituye un círculo vicioso. Esto se debe a que se les limita el acceso a ocupar un puesto de trabajo por su mala salud oral y termina, entonces, perpetuándose su baja condición socioeconómica.⁽²⁾

La calidad de vida se define como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el que se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses. Son diversas las variables que la determinan, e incluso, también se afectan por la enfermedad bucal las actividades de la vida diaria, como comunicarse, comer, relacionarse y las oportunidades de trabajo a las que puede acceder una persona.⁽³⁾ Otras causas que influyen son: el dolor, el malestar, limitación, minusvalía social y funcional.

Un 46,2 % de la población chilena mayor de 15 años declara que percibe como buena su salud bucal, sin embargo, un 52,8 % refiere que hace más de un año fue la última vez que visitó al dentista y el 54,6 % presenta lesiones de caries cavitadas.⁽⁴⁾

La calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO) se define como “el bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado de la dentición, así como de tejidos duros y blandos de la cavidad bucal.”^(5,6) Se asocia a una percepción negativa: ser mujer, bajo nivel educacional y bajos ingresos.^(7,8) El concepto de CVRSO se incorporó al campo de la salud pública y se utiliza cada día más para evaluaciones en salud y como medida de bienestar. Constituye un importante indicador de impacto sanitario de enfermedad y de eficacia de un tratamiento.^(9,10)

Uno de los desafíos más importantes del Ministerio de Salud de Chile, es disminuir la brecha que existe en salud bucal entre los distintos niveles socioeconómicos. El año 2014, se implementa la estrategia “Más Sonrisas para Chile” destinada a dar atención odontológica integral a mujeres de 15 años o más, pertenecientes a grupos vulnerables, es

decir, aquellas mujeres en estado de desprotección y exclusión social, cuyo daño y deterioro de su salud bucal dificulta su inserción laboral, provoca frustraciones e inseguridades y baja autoestima, lo que afecta su calidad de vida. El orden de prelación para acceder al programa está en dependencia del nivel de daño. Se priorizan aquellas personas que tengan una mayor carga de enfermedad oral y requieran prótesis dental. Su propósito es mejorar la calidad de vida de las mujeres, por lo que deben realizarse exámenes de diagnóstico, refuerzo educativo, restauración y recuperación de dientes remanentes, mediante prótesis removible si corresponde clínicamente⁽¹¹⁾

La meta anual para la región de Los Ríos es de 3907 altas odontológicas integrales, lo que se consideró como un indicador para evaluar el programa. Si bien, este indicador cuantifica el número de mujeres que recibieron las prestaciones odontológicas que se encontraban clínicamente indicada, no permite darse cuenta si las mujeres atendidas efectivamente mejoraron su calidad de vida como resultado de la intervención realizada. También hay que considerar la percepción del paciente en relación a los cambios producidos, tanto en los aspectos físicos, psicológicos y sociales. Desde la mirada de la Salud Pública es importante evaluar si la intervención odontológica tiene como resultado un impacto positivo en la salud de la mujer, al considerar aspectos no clínicos de la salud oral y relevantes por ejemplo, su percepción de bienestar.

Este estudio tiene como objetivo evaluar el impacto de la salud oral en la calidad de vida de mujeres que recibieron intervención odontológica en centros de atención primaria de salud de la Región de los Ríos, Chile.

MÉTODOS

Se realizó un estudio cuasi experimental con diseño antes-después indicado para la evaluación de programas de intervención en salud de amplia cobertura.⁽¹²⁾ El cuestionario se aplicó al mes de terminada la intervención odontológica.

El universo de esta investigación lo constituyeron 3907 mujeres de 15 y más años de edad, que recibieron atención odontológica integral por el programa “Más Sonrisas para Chile” en los centros de atención primaria de salud de la Región de Los Ríos, entre enero y diciembre del año 2016. Las mujeres que respondieron el cuestionario “Perfil de Impacto en Salud Oral” (OHIP-7sp1) al inicio y al término de la intervención (n = 2740) ingresaron al estudio. La muestra (n = 137) equivalente al 5 % del total de mujeres que

fueron elegidas a través de un muestreo aleatorio simple, que realizó un profesional externo a este estudio, que fue contratado por el Servicio de Salud como auditor del programa.

La información sobre la calidad de vida relacionada a salud oral la proporcionó el cuestionario (OHIP), instrumento válido para medir el impacto social de las enfermedades bucales, con beneficios potenciales para la toma de decisiones clínicas e investigación. Es uno de los instrumentos más utilizados internacionalmente como indicador de calidad de vida relacionado a salud oral, y se encuentra disponible en múltiples idiomas, además, ha demostrado ser válido para diferentes poblaciones en el mundo.⁽¹³⁾

El cuestionario “Perfil de Impacto en Salud Oral” (OHIP-7sp1), versión resumida, es una adaptación del cuestionario OHIP-14, consta de 7 preguntas y fue diseñado para medir disfunción, *discomfort*, y discapacidad autoreportada atribuida a condiciones orales.^(14,15)

Considera la medición de disfunción o limitación funcional a través de las variables: empeoramiento en la digestión y dientes sensibles. La percepción de *discomfort* o discapacidad psicológica y social fue medida por las variables: problemas dentales que lo han hecho sentir totalmente infeliz y otros han malentendido sus palabras. Las variables sueño interrumpido, dificultad para hacer su trabajo, e incapaz de funcionar responden a la medición de discapacidad atribuida a condiciones orales.

Las respuestas tienen un formato de 5 categorías ordenadas de: “nunca” (valor 0), casi nunca (valor 1), “algunas veces” (valor 2), “frecuentemente” (valor 3), “siempre” (valor 4). La puntuación total se obtiene por la suma directa de las 7 preguntas y varía en un rango de 0 puntos (buena calidad de vida) a 28 puntos (calidad de vida deficiente). Se categoriza como “con impacto negativo en calidad de vida relacionada con salud oral” si el puntaje final es mayor a 0 y “sin impacto negativo en calidad de vida relacionada con salud oral” si el resultado es igual a 0. Esta versión se encuentra validada en la población adulta mayor chilena.⁽¹³⁾

Para el análisis estadístico, primero se cuantificó la proporción de mujeres que presentaron un puntaje final del cuestionario OHIP-7sp mayor a 0 (impacto negativo en calidad de vida relacionada con salud oral) antes y después de la intervención odontológica. Se calculó la variación porcentual de cambio (VPC), como un indicador de resultado de la evaluación del programa. Posteriormente se comprobó la normalidad de la distribución de datos, con la prueba no paramétrica de *Kolmogórov-Smirnov*, que obtuvo un *p* valor < 0,05, lo que indica que los datos no presentan una distribución normal. Se

utilizó la mediana como estadígrafo de posición central por ser una medida más robusta que la media, es decir, que se afecta menos por la presencia de sesgos en la distribución de valores extremos. Se calculó las medianas de los puntajes obtenidos en el OHIP-7sp antes y después de la intervención y su diferencia absoluta. El valor porcentual de cambio se calculó a través de la diferencia entre ambas medianas (antes y después), dividida por el valor de la mediana inicial y multiplicado por 100.⁽¹⁵⁾ Para su comparación se empleó la prueba no paramétrica de Rangos con Signos de *Wilcoxon*. Esta prueba se utiliza para determinar si existe diferencia entre la mediana de dos muestras relacionadas. Se consideró como impacto positivo: si la diferencia en el valor absoluto de cambio era estadísticamente significativa.

Se estimaron los por cientos de participantes que mejoraron su percepción de la calidad de vida relacionada con salud oral después de la intervención, de forma global y por cada dimensión del instrumento. Por último, se estimó el coeficiente de correlación de *Spearman* para comparar los cambios en la relación de las variables: calidad de vida relacionada con la salud oral y edad, antes y después de la intervención. Los análisis se efectuaron en el programa estadístico informático IBM© SPSS© Statistics versión 23.

El presente estudio no conlleva riesgo de vulneración de los principios éticos. Los cuestionarios que se aplicaron son de carácter anónimo e individuales mediante un número correlativo que garantiza la confidencialidad. Sin embargo, en conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, se entregó a cada participante un consentimiento informado durante el ingreso al programa, para garantizar la privacidad de la información contenida en los cuestionarios. Además, se solicitó autorización escrita a la Dirección del Servicio de Salud para hacer uso de los datos para los fines del estudio.

RESULTADOS

La media de edad de las participantes (n = 137) fue de 48,17 ±16,14 años, siendo la mediana de 50 años.

Antes de la intervención, un 96,4 % de las mujeres percibió su calidad de vida relacionada con la salud oral como “deficiente” (participantes cuyo puntaje del OHIP-7sp fue mayor a cero), valor que después de la intervención odontológica descendió a 51,8 %.

La variación porcentual de cambio fue de 46,3 %, esto indica que disminuyó la proporción de mujeres “con impacto negativo en calidad de vida relacionada con salud oral” después de la intervención odontológica (Fig. 1).

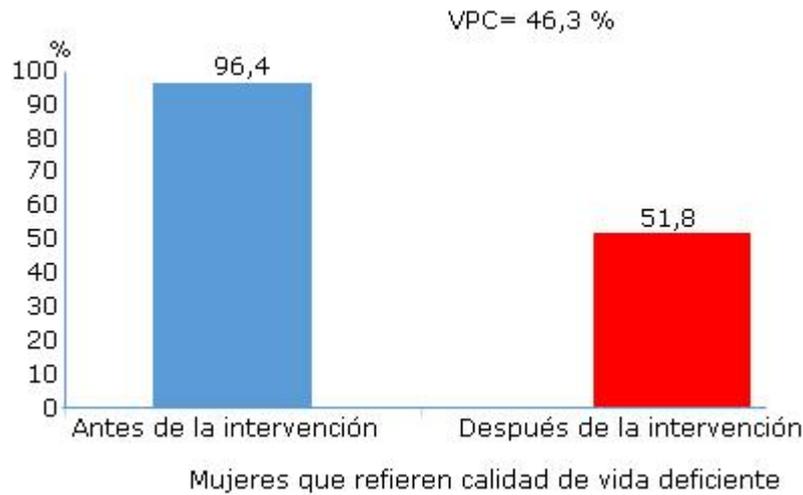


Fig. 1- Distribución porcentual de mujeres que refieren calidad de vida deficiente antes y después de la intervención odontológica.

Al describir la mediana para cada una de las variables estudiadas antes y después de la intervención se observó que, la mitad de las participantes cambiaron su percepción de “algunas veces” a “nunca” para las variables tener dientes sensibles y los problemas dentales la han hecho sentir infeliz después de la intervención. La variación porcentual del cambio fue del 100 % observándose diferencias estadísticamente significativas (p valor $< 0,05$). A modo global la mediana del puntaje entregado por el OHIP-7sp cambió de 7 a 1 antes y después de la intervención respectivamente, lo que representa una variación porcentual del 85,7 %. (Tabla)

Un 81,8 % de las participantes presentó algún tipo de mejoría en su calidad de vida relacionada a salud oral después de la intervención odontológica. Las variables: los problemas dentales la han hecho infeliz y ha tenido dientes sensibles fueron las que presentaron un mayor cambio positivo (Fig. 2).

Tabla - Diferencias absolutas y relativa de los cambios en la percepción de calidad de vida relacionada con salud oral, para cada variable y en la valoración global antes y después de la intervención odontológica (Md- Mediana).

Variables	Intervención		Diferencia absoluta ⁺	Diferencia relativa ^{**} (%)	Valor p ^{***}
	Antes	Después			
	Mediana	Mediana			
1 Empeoramiento en la digestión	0	0	0	--	--
2 Dientes sensibles	2	0	2	100	< 0,001
3 Problemas dentales la han hecho infeliz	2	0	2	100	< 0,001
4 Otros han malentendido sus palabras	0	0	0	--	--
5 Sueño interrumpido	0	0	0	--	--
6 Dificultad para hacer trabajo	0	0	0	--	--
7 Incapaz de funcionar	0	0	0	--	--
Valoración global	7	1	6	85,71	< 0,001

* (Md antes – Md después), ** (Md antes – Md después) / (Md antes) x 100, *** Prueba de Wilcoxon para diferencia absoluta

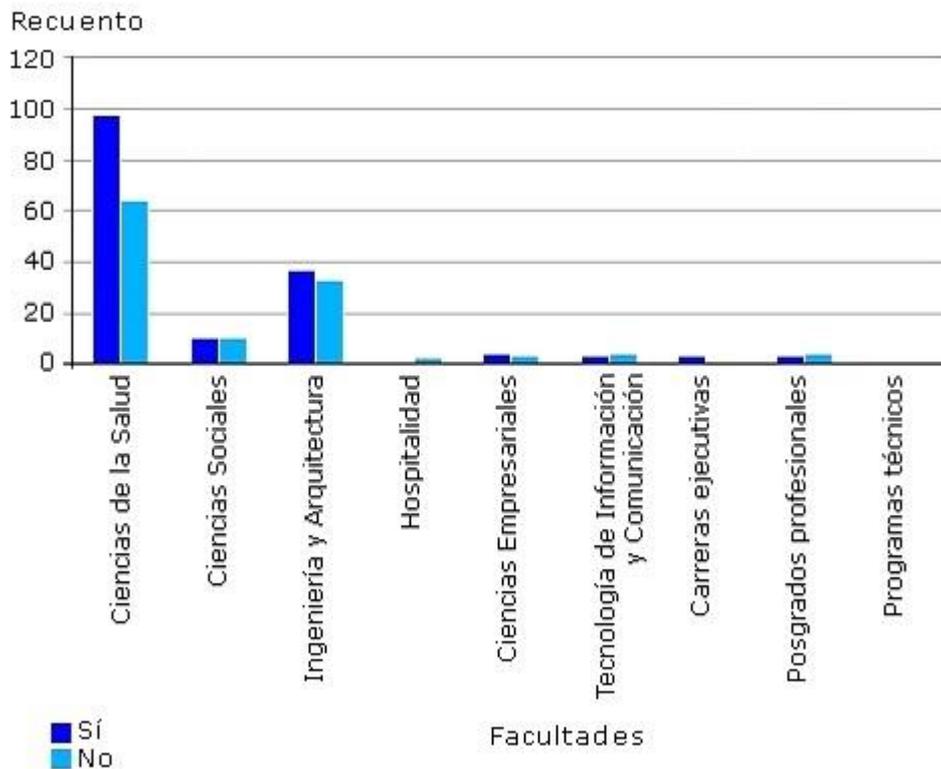


Fig. 2 - Porcentaje de mujeres que mejoraron su calidad de vida según OHIP-7sp global y dimensiones.

Mediante el coeficiente de correlación de *Spearman* se analizó la relación entre el puntaje global del OHIP-7sp y la edad de las participantes. Se observó que previo a la intervención el coeficiente obtiene un valor de 0,317 (p valor < 0,01) mientras que posterior a la intervención se obtiene un valor de -0,103 (p valor = 0,232) (Fig. 3).

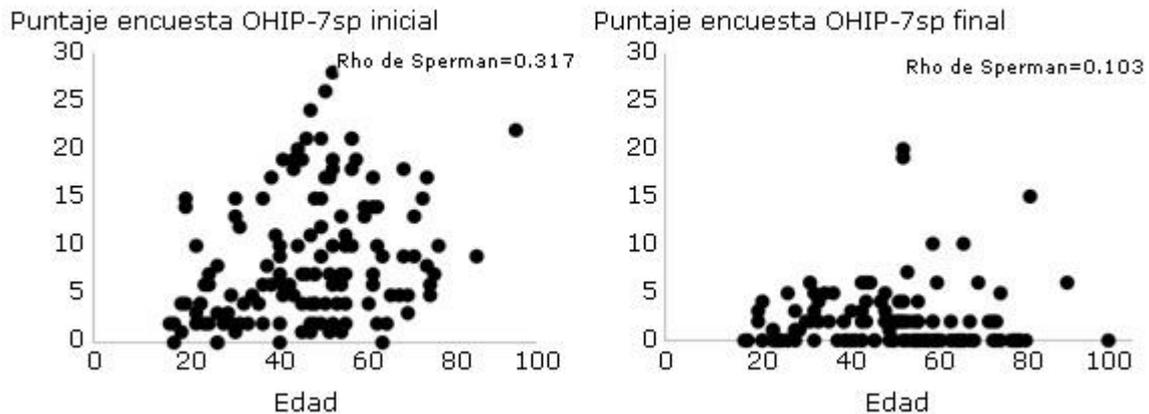


Fig. 3 - Relación entre calidad de vida relacionada con salud oral y edad de la mujer antes y después de la intervención.

** Significación estadística < 0,01

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio muestran que las mujeres mejoraron su percepción de la calidad de vida relacionada con salud oral después de recibir la intervención odontológica del programa. La evidencia refiere que existen diversas formas de abordar la evaluación de un programa de salud, aunque ninguna sea por sí sola completamente satisfactoria para determinar en forma sistemática y objetiva la efectividad y el impacto de las actividades realizadas.⁽¹⁶⁾ Sin embargo, se establece que la evaluación debe ser siempre parte integral del diseño y desarrollo de cualquier programa o intervención que pretenda aliviar o solucionar problemas asociados a la calidad de vida de las personas.⁽¹²⁾

La evaluación en salud responde a una actividad indispensable para comprender y ayudar a mejorar los programas de salud en todos sus aspectos. Además incluye el diagnóstico de los problemas a los que se dirigen, su conceptualización y diseño, su implementación y administración, sus resultados y su eficiencia. Por tanto, una evaluación que se realice bien permite determinar cuáles son las líneas de acción que pueden mejorar la efectividad del programa.^(12,16) En virtud de lo dicho, se busca responder la siguiente pregunta,

¿realmente el programa produce los resultados deseados en la población? Desde el punto de vista asistencial, la evaluación del programa “Más sonrisas para Chile” se realiza a nivel de auditorías clínicas. Y se enfoca, principalmente, en si las actividades se realizan según lo planificado. No obstante, a nivel de toma de decisiones, lo relevante es conocer los resultados que provocan en la calidad de vida de las participantes, es decir, medir el impacto la aplicación del cuestionario “Perfil de Impacto en Salud Oral”.

La percepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral de las participantes resulta relevante en la evaluación del resultado clínico de la intervención odontológica. Existe un creciente reconocimiento sobre el impacto que tiene la salud oral en la vida social y psicológica del individuo, además de su funcionalidad. Hay factores tanto sociodemográficos como clínicos que pueden afectar la calidad de vida relacionada con salud bucal. Algunos estudios concuerdan en que las mujeres tienden a tener una mayor percepción negativa del tema que los hombres, al igual que aquellas personas con menos años de estudio o ingresos económicos bajos.^(6,8,17,18) Esto sugiere, la necesidad de indagar sobre las causas por las cuales las participantes solicitaron el tratamiento y en qué medida esto puede afectar su calidad de vida.⁽¹⁷⁾

Una mala salud bucal daña la calidad de vida de las personas. La presencia de caries dental, la necesidad de extracción o tratamiento de endodoncia están relacionados con la presencia de dolor y la pérdida de dientes a limitación funcional, social y psicológica. Desde el punto de vista clínico, la existencia de por lo menos 10 dientes naturales en cada arcada se relaciona a una calidad de vida positiva.⁽¹⁹⁾ Sin embargo, una pérdida dentaria mayor conlleva a una percepción negativa. Los individuos manifiestan dificultades durante la masticación y al momento del habla, su apariencia física se ve alterada al igual que su sonrisa.^(17,19) Estas afirmaciones coinciden con los resultados obtenidos en este estudio, donde las preguntas vinculadas a la disfunción y *discomfort* fueron las que cambiaron más su respuestas después de la intervención.

Al igual que en otros artículos publicados se observó que la rehabilitación protésica, como tratamiento odontológico, generó marcados cambios a corto plazo en la percepción de calidad de vida relacionada con salud oral.^(18,20) Si bien se esperaba obtener un mayor número de mujeres que al final de la intervención percibieran que mejoró su calidad de vida, esto probablemente no ocurrió porque el tratamiento rehabilitador con prótesis removible no era una necesidad sentida por todas las participantes. Cuando la prótesis removibles afecta solo a dientes posteriores, las personas no lo valoran igual que cuando afecta a dientes anteriores, esto ocurre porque la función estética se aprecia más que la

función masticadora. Por tanto, es importante considerar el componente estético que aporta la rehabilitación con prótesis removible y que constituye una parte esencial en la calidad de vida de la persona y de su salud bucal.

Varios estudios^(7,8,19,20) coincidieron que a medida que aumenta la edad, aumenta la percepción negativa de su calidad de vida relacionada con salud bucal, lo que concuerda con los resultados de la presente investigación, antes de la intervención odontológica. En edades más avanzadas es posible observar mayor pérdida de dientes con un fuerte impacto negativo en la calidad de vida, porque se ven afectados los dominios de limitación funcional, dolor físico y discapacidad física. Por el contrario, después de la intervención esta correlación se pierde, siendo un fenómeno esperable si se tiene en cuenta que la intervención provoca cambios positivos inmediatos en las participantes y obedece tanto a factores internos como externos.⁽⁸⁾ Se reporta la existencia de una relación inversa entre edad y puntaje de la encuesta OHIP-7sp, la cual se explica porque al existir distintas experiencias históricas en cada cohorte de nacimiento, las expectativas sobre salud oral no son similares, lo que genera estas diferencias de percepción entre los distintos grupos de edad.⁽¹³⁾ Esta paradoja, también tiene que ver con el momento de la vida en que empieza a afectar las enfermedades de la boca al individuo. Cuando se inician a edades más tempranas, es más deletérea la percepción de la vida relacionada con salud oral. Este aspecto se refleja en las altas expectativas que tienen las generaciones más jóvenes y la alta resiliencia en los más adultos. A su vez, se plantea que en la población de mayor edad, los problemas de salud oral pueden ser de menor prioridad, lo que les permite sobrellevar y adaptarse de una manera más positiva a las limitaciones asociadas a salud oral.^(21,22)

Una de las limitaciones que presenta este estudio, es que sus resultados son altamente sensibles al tratamiento ejecutado y al momento en que fue aplicado el cuestionario final, pues si se realiza en un tiempo breve posterior a la instalación de una prótesis removible compleja, se arriesga a un reporte de percepción menor, por la necesidad de un periodo de acostumbramiento mayor. La recomendación del programa es aplicarla al término de las sesiones de controles en caso de una rehabilitación con prótesis removibles, es decir al mes de su instalación en boca.

Los resultados de este trabajo permiten concluir que la intervención odontológica tiene un impacto positivo en la calidad de vida relacionada con salud oral de las mujeres, e indirectamente ayuda a mejorar la empleabilidad, porque contribuye a una mejor salud oral, a fortalecer su autoestima y sus relaciones sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. von Marttens A, Carvajal J, Leighton Y, von Marttens M, Pinto L. Experiencia y significado del proceso de edentulismo de adultos mayores, atendidos en un consultorio del servicio público chileno. Rev clínica periodoncia, Implantol y Rehabil oral. 2010;3(1):27–33.
2. Arteaga O, Urzúa I, Espinoza I, Muñoz A, Mendoza C. Prevalencia de Caries y Pérdida de Dientes en Población de 65 a 74 Años de Santiago, Chile. Rev. Clin. Periodoncia. Implantol. y Rehabíl Oral. 2009;2(3):161-6.
3. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Qual Life Res.1993;2(2):153-159.
4. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: Primeros resultados. Santiago, Chile: MINSAL; 2017 Acceso: 27/09/2018. Disponible en: http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
5. Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Reyes-Morales H, De la Fuente-Hernández J, Solórzano-Santos F, García-Peña C. Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales. Salud Publica Mex. 2007;49:173-81.
6. Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Rev Dent Chile. 2005;96(2):28-35.
7. Aubert J, Sánchez S, Castro R, Monsalves MJ, Castillo P, Moya P. Calidad de vida relacionada con salud oral en mayores de 14 Años en la Comunidad San Juan Bautista, Isla Robinson Crusoe, Chile. Int J Odontostomatol. 2014;8(1):141-45.
8. Cohen-Carneiro F, Souza-Santos R, Rebelo MAB. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. Cien Saude Colet. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva. 2011;16:1007–15.
9. Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Ter Psicol. 2012;30(1):61-71.
10. Urzúa M Alfonso. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev. med. Chile [Internet]. 2010;138(3):358-65. Acceso: 30/06/2019 Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017&lng=es DOI:10.4067/S0034-98872010000300017

11. Ministerio de Salud de Chile, Orientación Técnica para la ejecución del Programa Odontológico Integral; 2018, Acceso: 15/08/2018. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wpcontent/uploads/2018/05/Orientaci%C3%B3n-T%C3%A9cnica-Programa-Odontol%C3%B3gico-Integral-2018.pdf
12. López M, Dell'Olmo M, Pérez A, Nebot M. Diseños evaluativos en salud pública: aspectos metodológicos. Gac. Sanit. 2011;25:9-16.
13. León S, Correa-Beltrán G, De Marchi RJ, Giacaman RA. Ultra-short version of the oral health impact profile in elderly Chileans. Geriatr Gerontol Int; 2016 Acceso: 20/08/2018. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ggi.12710>
14. Lopez R, Baelum V. Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-Sp). BMC Oral Health. 2008;6:11.
15. Villalbí J, Tresserras R. Evaluación de políticas y planes de salud. Gac Sanit. 2011;25 (Supl 1):17-24.
16. Nebot M, López MJ, Ariza C, Villalbí JR, García-Altés A. Evaluación de la efectividad en salud pública: fundamentos conceptuales y metodológicos Gac Sanit. [Internet]. 2011;25(Supl 1):3-8. Acceso: 30/06/2019. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111700024>
17. Caglayan F, Altun O, Miloglu O, Kaya M, Yilmaz A. Correlation between oral health-related quality of life (OHQoL) and oral disorders in a Turkish patient population. Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal. 2009;14(11):573-8.
18. Fuente-Hernández J, Sumano-Moreno Ó, Sifuentes-Valenzuela MC, Zelocuatecatl-Aguilar A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. Univ. Odontológica. 2010;29(63):83-92.
19. Diaz-Reissner Clarisse V, Casas-García I, Roldán-Merino J. Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral: Impacto de Diversas Situaciones Clínicas Odontológicas y Factores Socio-Demográficos. Revisión de la Literatura. Int. J. Odontostomat [Internet]. 2017;11(1):31-9 Acceso: 01/07/2019. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2017000100005&lng=es DOI:10.4067/S0718-381X2017000100005
20. Bellamy C, Moreno A. Relación entre calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años derechohabientes del IMSS. Avances en odontoestomatología. 2014;30(4):195-203.
21. Moya P, Chappuzeau, E, Caro J, Monsalves M. Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. Rev. Estomatol. Hered. 2012;4:197-202.

22. Sanders AE, Slade GD, Lim S, Reisine ST. Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 2009;37(2): 171-81.

Conflicto de intereses.

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses.

Contribuciones de los autores

Diego León Mantero: Contribución importante a la idea y diseño del estudio, recogida de datos análisis e interpretación.

Patricia Moya Rivera: Participación en el análisis e interpretación de los datos. Participación en la redacción final del documento. Revisión crítica de la versión final y su aprobación.

Carolina Vidal Gamboa: Participación en análisis e interpretación de los datos. Redacción de los resultados. Aprobación de la versión final.