



Universidad de Chile
Facultad de Odontología
Departamento de Prótesis
Asignatura de Prótesis Totales

“Autopercepción estética-funcionaldentomáxilo facial de adultos desdentados parciales.”

Sebastián Guillermo Vargas Vidal

**Trabajo de investigación
requisito para optar al
título de CIRUJANO
DENTISTA**

Tutor principal:

Prof. Dr. Cristian Vergara Núñez

Tutor asociado:

Prof. Dra. Ximena Lee Muñoz

**Adscrito a Proyecto PRI-ODO 12-006
Santiago – Chile
2013**



Universidad de Chile
Facultad de Odontología
Departamento de Prótesis
Asignatura de Prótesis Totales

“Autopercepción estética-funcional dentomáxilo facial de adultos desdentados parciales.”

Sebastián Guillermo Vargas Vidal

**Trabajo de investigación
requisito para optar al
título de CIRUJANO
DENTISTA**

Tutor principal:

Prof. Dr. Cristian Vergara Núñez

Tutor asociado:

Prof. Dra. Ximena Lee Muñoz

**Adscrito a Proyecto PRI-ODO 12-006
Santiago – Chile
2013**

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
RESUMEN.....	3
MARCO TEÓRICO.....	5
Calidad de vida, apariencia dental y pérdida dentaria.....	5
Autopercepción de la apariencia dental y física.....	9
Edentulismo en Chile.....	12
HIPÓTESIS.....	14
OBJETIVOS.....	14
Objetivo General.....	14
Objetivos Específicos.....	14
METODOLOGÍA.....	15
RESULTADOS.....	20
DISCUSIÓN.....	29
CONCLUSIÓN.....	34
SUGERENCIAS.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
ANEXOS.....	39
Consentimiento Informado.....	39
Odontograma.....	44
OHIP-Estético.....	45

I.INTRODUCCIÓN

“La estética es la reflexión filosófica que estudia el sentimiento, la percepción y la experiencia de lo bello” (Moreno, 2003), permite valorar la apariencia física - dental, y permite determinar el atractivo facial de una persona como característica personal” (Jornung, 2007). La estética se ha transformado en un motivo de consulta bastante común para los pacientes que acuden a las clínicas dentales. Esta tendencia indica que los problemas dentales no sólo afectan las funciones del sistema estomatognático, sino que además afecta ámbitos más profundos y abstractos de las personas como la percepción de sí mismos y la autoestima.

Esto ha generado la necesidad de desarrollar métodos para evaluar las creencias y necesidades de salud de los pacientes. Los resultados de estos métodos en su conjunto son conocidos como: “mediciones de la calidad de vida relacionadas con salud oral” (MCVRSO, del inglés Oral Health Related Quality of Life, OHRQL) que evalúan el impacto de los trastornos e intervenciones orales sobre el estado de salud, percibido por los sujetos (Mohindra, 2002). En general estas mediciones se utilizan en estudios poblacionales, sin embargo poseen un rol potencial en la práctica clínica en términos de identificar necesidades, seleccionar terapias y monitorear el progreso del estado de salud de los individuos(Núñez, 2013).

Varios métodos han sido utilizados para desarrollar estas medidas. Locker (1994) ha utilizado un enfoque, incluyendo trastornos funcionales y sus consecuencias sociales en una jerarquía de resultados (bajo, moderado, alto impacto sobre la calidad de vida de los individuos). Usando este método, puede ser descrito un "Perfil" de los impactos sociales: “El Perfil de Impacto de la Salud Oral (en inglés Oral Health Impact Profile [OHIP]) (Locker, 1994). El OHIP tiene una extensión de 49 preguntas (OHIP-49), lo que limita su utilización en estudios clínicos. Esta limitación llevó a desarrollar versiones con un menor número de preguntas, particularmente en el área de la estética dental existe una versión

propuesta por Wong (2007) conocida como OHIP-Aesthetic (OHIP-Estético al español). Este cuestionario de 14 preguntas, es comparable en las propiedades de evaluación del OHIP-49 en el ámbito de la estética dental (Wong, 2007).

II.RESUMEN

AUTOPERCEPCIÓN ESTÉTICA-FUNCIONAL DENTO MAXILO FACIAL DE ADULTOS DESDENTADOS PARCIALES

INTRODUCCIÓN: El edentulismo afecta la estética de la sonrisa y la calidad de vida de las personas, ya que la satisfacción corporal está estrechamente ligada a la autoestima. Uno de los instrumentos utilizados para medir el impacto de las condiciones orales en la calidad de vida es el "*Oral Health Impact Profile [OHIP-49]*" (El Perfil de Impacto de la Salud Oral). En el área de la estética dental existe una versión llamada: OHIP-Estético validada en español. Este instrumento es usado internacionalmente en estudios de estética facial. Entendiendo la problemática estética asociada al edentulismo, es que surgen las siguientes preguntas orientadoras: ¿Los adultos desdentados parciales poseen una baja valoración de su estética-funcional dentomaxilofacial? ¿Existen diferencias en la valoración estética-funcional de estos sujetos en función del género, edad, número de dientes perdidos o distribución del desdentamiento?. El propósito de este estudio es determinar la valoración estética-funcional de adultos desdentados parciales y comparar sus resultados según género, edad, número de dientes perdidos y distribución del edentulismo.

MÉTODO: Estudio transversal analítico. Se seleccionaron 99 sujetos, de ambos sexos, adultos jóvenes y adultos; desdentados parciales de un universo de 245 voluntarios de la Clínica Odontológica de la Universidad de Chile. Se realizó un examen clínico, estableciendo el número y ubicación de los dientes remanentes. Se aplicó el cuestionario OHIP-Estético de manera escrita bajo supervisión en un tiempo estimado de 20 minutos. Los resultados se obtuvieron utilizando el método aditivo (OHIP-ADD) El análisis estadístico se llevó a cabo mediante software STATA 7.0; los test de Wilcoxon, Kruskal Wallis fueron utilizados.

RESULTADOS: La mediana del puntaje del adulto desdentado parcial fue 31 de un máximo de 56 puntos. Por género, las medianas son 20 y 34 para los géneros masculino y femenino respectivamente. En el análisis por dominio, los promedios del género femenino son mayores a los promedios del masculino en todos los dominios; al aplicar el test Wilcoxon, se obtuvo $p=0.00$. No se encontró diferencia estadística para las demás variables (edad, número de dientes perdidos y distribución del desdentamiento)

CONCLUSIÓN: Los adultos desdentados parciales que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Chile poseen una moderada autopercepción estética-funcional dento maxilo facial, asociado al deterioro en las “mediciones de calidad de vida relacionadas con la salud oral” (MCVRSO). Los sujetos desdentados parciales del género femenino presentan una mayor afectación de sus MCVRSO y poseen peor autopercepción estética-funcional dento maxilo facial que aquellos del género masculino. El área que más afecta a los adultos desdentados parciales es el discomfort psicológico. Siendo la autopercepción estética-funcional dento maxilo facial de los sujetos desdentados parciales independiente de la edad, número de dientes perdidos y distribución del desdentamiento.

III.MARCO TEORICO

III.1. Calidad de vida, apariencia dental y pérdida dentaria

Así como la definición de salud de la OMS, no es sólo la falta de enfermedad, el concepto de la salud oral también va más allá de la ausencia de la enfermedad, se debe abarcar factores físicos, psicológicos, conductuales y los componentes sociales.

El deterioro de la salud oral, afecta la calidad de vida de los individuos. En un estudio, Kotzer RD (2012) con 1461 voluntarios, estableció dos grupos “45-64 años” y “≥65 años”; y determinó que ambos grupos poseían baja valoración de sus mediciones de calidad de vida relacionada con la salud oral y que los adultos de “45-64 años” mostraban mayor impacto que los adultos mayores (de 65 o más años de edad) a pesar que la salud oral de los adultos era mejor que la de los adultos mayores. Esto refuerza la idea que las experiencias y expectativas individuales pueden generar gran impacto en la satisfacción o disconformidad con su salud oral.

Chile no es la excepción, en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (2006) un 37% de los mayores de 15 años, dijeron sentir que su salud bucal afecta su calidad de vida siempre o casi siempre (MINSAL, 2006). Los sujetos adultos, mayores de 20 años, sufren una mayor afectación de su calidad de vida en comparación a los menores de 20 años, probablemente por el daño oral acumulado (Gráfico N°1).

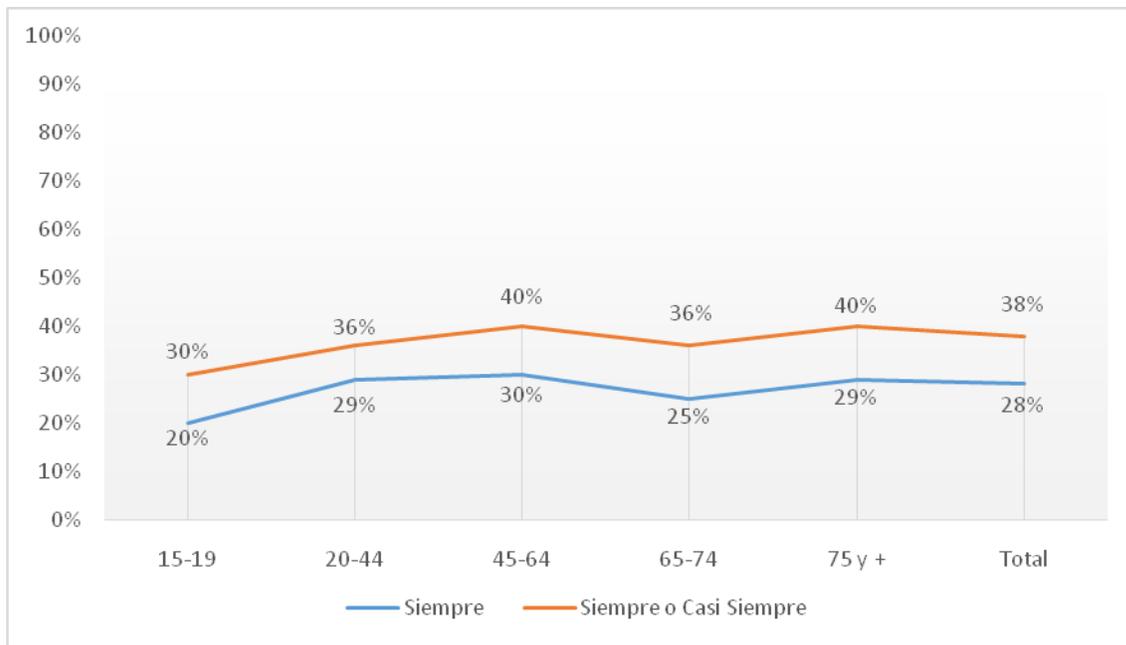


Gráfico N°1. Proporción de sujetos mayores de 15 años de edad que declara que su Salud Bucal les afecta la calidad de vida siempre o casi siempre. Encuesta Calidad de Vida 2006 (MINSAL, 2006).

La forma de determinar la relación salud oral/calidad de vida, se puede realizar a través de las “mediciones de la calidad de vida relacionadas con la salud oral” (MCVRSO) (Mohindra, 2002). La pérdida de dientes se asocia al deterioro en las MCVRSO; se sugiere que el número de pares de dientes a ocluir es un importante predictor de MCVRSO, y también que la prevalencia del impacto negativo aumenta drásticamente una vez que el número de dientes presentes disminuye de 20 y que ello es independiente del aumento de la edad (Gerritsen, 2010; Jain, 2012).

Para que una medida tenga utilidad clínica no sólo debe ser válida, adecuada, fiable, sensible y capaz de ser interpretada, sino que también debe ser sencilla, rápida de completar, y proporcionar datos clínicos útiles (Chen, 2005). Los posibles usos de los instrumentos que evalúan la calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRCO) son:

- Evaluación y monitoreo de alteraciones psicosociales asociadas a problemas de salud oral.

- Estudios poblacionales.
- Ensayos clínicos.
- Análisis de costo-utilidad de tratamientos odontológicos (Wong, 2007).

Locker (1994) ha utilizado un enfoque que incluye trastornos funcionales y sus consecuencias sociales en una jerarquía de resultados, usando este método, puede describirse un "Perfil" de los impactos sociales: "El Perfil de Impacto de la Salud Oral (en inglés Oral Health Impact Profile [OHIP])

- **Encuesta OHIP**

El OHIP es una de las herramientas más completas en la actualidad para medir auto percepción del estado de salud oral. Tiene un marco teórico basado en un modelo de salud oral de "enfermedad / condición-deterioro-discapacidad-minusvalía" con siete dominios descritos por Locker (1994) (Limitación Funcional, Dolor Físico, Discomfort Psicológico, Incapacidad Física, Incapacidad Psicológica, Incapacidad Social y En Desventaja).

El OHIP- 49 y su versión corta de 14 ítems (OHIP-14) son los instrumentos más utilizados para evaluar el impacto adverso de las condiciones orales sobre el bienestar. Los cuestionarios OHIP han sido traducidos a más de 15 idiomas, incluido el español (Sanders, 2009).

El OHIP – 49 es un cuestionario que consta de 49 ítems que miden tanto la frecuencia como la gravedad de los problemas orales relativos al bienestar físico, social y psicológico. Desde su desarrollo a lo largo de una década, El OHIP - 49 ha sido utilizado en una serie de estudios epidemiológicos. Su uso en estudios clínicos está limitado por su extensión. Esta limitación llevó a desarrollar versiones con un menor número de preguntas. Particularmente en el área de la estética dental existe una versión propuesta por Wong (2007) conocida como OHIP-Aesthetic / OHIP-14. Este cuestionario de 14 preguntas, generado a partir de un enfoque basado en expertos, es comparable en las propiedades de evaluación del OHIP-49 en el ámbito de la estética dental (Sanders, 2009). Los participantes responden a la pregunta sobre qué tan seguido ha ocurrido cada problema en una escala de 5 categorías con sus respectivos puntajes (formato tipo Likert): muy a

menudo [4], bastante frecuencia [3], ocasionalmente [2], casi nunca [1], nunca o no sabe [0]. Para calcular el puntaje general de OHIP-49 de cada sujeto, los puntajes de las 49 respuestas son sumadas, produciéndose así un puntaje general entre 0 y 196 (Locker, 1994). En el caso del OHIP-14 sus resultados son rangos variables entre 0-56 de tal manera que a mayor puntuación, es más alto el nivel de impacto en la salud oral y calidad de vida y, por lo tanto, menor es la satisfacción del individuo. Estos puntajes son clasificados en bajo, moderado o alto impacto según el puntaje obtenido: 0-18, 19-37 y 38-56 respectivamente (Preciado, 2012).

En Chile, el OHIP-Estético / OHIP-14 fue validado en adultos entre 18-38 años tratados con blanqueamiento dental. A partir del OHIP-Sp (versión en español del OHIP-49) se seleccionaron las 14 preguntas del ámbito estético y se construyó el cuestionario OHIP- Estético. Dado que el OHIP-Sp ya está en idioma español se omitió la correspondencia lingüística de la versión en inglés. Adultos chilenos de entre 18 y 38 años respondieron las 14 preguntas del cuestionario OHIP-Estético previo a ser tratados con blanqueamiento dental, una semana después de la intervención, y al mes de la intervención volvieron a responder el mismo cuestionario. Finalmente el cuestionario OHIP-Estético presentó confiabilidad, en términos de consistencia interna y estabilidad temporal. Además el OHIP-Estético presenta sensibilidad al cambio en la apreciación estética de pacientes tratados con blanqueamiento dental (Nuñez, 2013).

Si bien este estudio comprobó que el OHIP-Estético presenta las propiedades psicométricas de validez y confiabilidad, hay ciertas consideraciones que se deben tener, ya que un tratamiento de rehabilitación oral, comparado solamente con el blanqueamiento, modifica diversas características de la sonrisa como forma y tamaño de los dientes, lo cual afecta considerablemente la estética y apariencia dental. Es por esto que se sugería, al igual que en el estudio de Wong (2007), realizar la evaluación del cuestionario OHIP-Estético en estudios con otros tratamientos estéticos (Nuñez, 2013).

Así, Mehl (2009) demostró la mejora de la puntuación total OHIP - 49 y la puntuación subdominio OHIP-Estético como el éxito alcanzado por la rehabilitación oral en su estudio. Esta mejora multidimensional demuestra que una

rehabilitación oral integral modifica una gran cantidad de aspectos de las MCVRSO y muestra que el OHIP-Estético es apropiado para medir el estado general de la apariencia dental.

III.2. Autopercepción de la apariencia dental y física

El concepto de autopercepción ha sido definido como el proceso a través del cual patrones de estímulos medioambientales son organizados e interpretados; puede ser influenciado por una variedad de factores físicos, psicológicos y sociales (Giddon, 1995). Varios estudios han intentado clarificar cuales son los factores que estarían relacionados con la percepción en la estética facial y en qué medida la determinan. Finalmente, se podría decir que entre los más importantes se encuentran: el sexo y la edad.

La estética por su parte, es una reflexión filosófica que estudia el sentimiento, la percepción y la experiencia de lo bello. (Moreno, 2003)

La percepción sensorial, una vez analizada por la inteligencia humana, produce ideas, que son abstracciones de la mente, y que pueden ser objetivas o subjetivas. Estas ideas provocan juicios, al relacionar elementos sensoriales, a su vez, la relación de juicios es razonamiento. El objetivo de la estética es analizar los razonamientos producidos por dichas relaciones de juicios.(Moreno, 2003), es por esto, que la estética permite valorar la apariencia física - dental, y permite determinar el atractivo facial de una persona como característica personal” (Jornung, 2007).

Esta evaluación del atractivo físico de los otros se ha hecho casi siempre partiendo de la cara. Sin embargo, el rostro no puede reducirse a unas proporciones, es también sede de expresiones emotivas que transmiten comunicaciones no verbales. La expresión de la cara afecta significativamente las percepciones de los otros, en la dimensión atractivo–no atractivo (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Sheets (1987) ya establecía que aquellas personas de aspecto atractivo, saludable, se les considera a priori mejor calificadas y, en general, son mejor recibidas y aceptadas que individuos menos atractivos. Inclusive, la sonrisa puede determinar si una persona nos agrada o disgustará. La falta de armonía en la sonrisa podría ser interpretada como algo desagradable, tanto así que hay resultados que sugieren fuertemente que defectos dentales específicos influyen en los juicios de atractivo facial independientemente del género y del atractivo facial de fondo (York, 1999; Miller, 2000). Por lo tanto existe una relación estable y marcada entre satisfacción corporal y autoestima (Bruchon-Schweitzer, 1992). Los efectos psicológicos positivos de mejorar la apariencia, frecuentemente contribuyen a la imagen misma y aumentan el autoestima (Heymann, 1987).

La percepción de la apariencia física es diferente entre hombres y mujeres. Montero (2004) determinó que existen claras diferencias en la autopercepción de la imagen corporal en función del género. Estableció que las mujeres se “*ven más gordas*” de lo que son en realidad, mientras que los hombres se auto-perciben de forma más real.

Estas diferencias se hacen evidentes en el estudio de Cela-Conde (2009), quien estableció mediante magneto-encefalografía que hombres y mujeres respondían distinto ante estímulos visuales de belleza. Las mujeres registraban actividad parietal bilateral, mientras que los hombres registraban actividad parietal sólo del lado derecho.

Además del género existen otras diferencias en cuanto a la percepción de la estética corporal de los individuos, Bruchon-Schweitzer (1992) observó que existe una elevada correlación entre juventud y belleza por una parte, y vejez y no atractivo por otra parte. Además Heymann (1987) indica que existe una relación directa entre satisfacción corporal - apariencia física con calidad de vida. Estos estudios, respaldan creencias populares que el género femenino es más crítico con su aspecto físico, y que la autopercepción estética corporal no es igual entre jóvenes, adultos y adultos mayores.

Con respecto a la apariencia dental, en los estudios de Jain (2012) y Gerritsen (2010) se demostró que la pérdida de dientes se asocia de manera directa con el deterioro en la calidad de vida. Se sabe que en la interacción social, la atención se dirige principalmente hacia la boca y los ojos del hablante. Como la boca es el centro de la comunicación en la cara, la sonrisa juega un papel importante en la expresión facial y en la apariencia (Van der Geld, 2007).

Así, desde el énfasis en mejorar la apariencia personal se ha mostrado en los sujetos una mayor demanda de procedimientos estéticos, y fueron identificados efectos positivos en autoestima y la calidad de vida de estos, una vez completa su rehabilitación (Mehl, 2011; Jornung, 2007).

Con respecto a estos últimos, los individuos mayores se muestran significativamente menos satisfechos con sus sonrisas y la forma de sus labios que aquellos más jóvenes. Puede que ese fenómeno se encuentre relacionado con la edad en la que estos se preocupan frente a la estética. Además, las personas mayores tienen dientes que a menudo están más ampliamente restaurados y de un tono más oscuro que los dientes de las personas más jóvenes. En un estudio llevado a cabo por Jornung (2007) se entrevistó a 78 voluntarios de ambos sexos, cuyas edades fluctuaban entre 22 y 84 años de edad; estableció dos grupos “< 50 años” y “≥50 años”, concluyendo que los sujetos menores de 50 años estaban más satisfechos con sus sonrisas en comparación a los mayores. En estudios de adultos y adultos mayores (Kotzer RD), los sujetos informan que se sienten menos satisfechos con su apariencia dental actual que cuando estaban en sus 20 años, y casi un 30% siente que la apariencia de sus dientes hizo su rostro poco atractivo.

Valorar la apariencia física y dental es complejo, tanto así que la armonía en la sonrisa desde una perspectiva profesional, se asume como resultado de la interacción de criterios ideales dentales y gingivales de belleza. Sin embargo, el aspecto dental está adicionalmente influenciado y se mide por aspectos más abstractos, tales como factores psicológicos, imagen corporal ideal, imagen de sí mismo y la motivación personal (Van der Geld, 2007; Mehl, 2011).

Es por esto que se ha visto que dentistas perciben una mejora significativa en la estética después de una rehabilitación, que depende en gran medida de la gravedad del estado estético que los sujetos mostraron antes del tratamiento en contraste con el resultado final de la restauración, es decir los profesionales no tienen en cuenta las influencias personales y en su lugar juzgan de acuerdo con las directrices de rangos estéticos superiores (Mehl, 2011).

Por lo tanto, la estética es en gran medida una percepción subjetiva que varía de un individuo a otro, dificultando así su evaluación. Por la misma razón la evaluación de la estética dental y la eficacia de cualquier intervención destinada a modificarla, son igualmente subjetivas (Larsson, 2010).

III.3. Edentulismo en Chile

La Encuesta Nacional de Salud (MINSAL 2009- 2010) revela que uno de los problemas orales más significativos que afectan a la población adulta es el edentulismo, observándose que en el grupo etáreo de 35-44 años 20% presenta dentición completa, mientras que este porcentaje baja a 1% en el de 65 a 74 años (Gráfico N°2). La población de 35 a 44 años tiene un promedio de 6,5 dientes perdidos mientras que en la de 65 a 74 años este promedio es 15,8 (Gráfico N°3) (Soto, 2007; Gamonal, 2010).

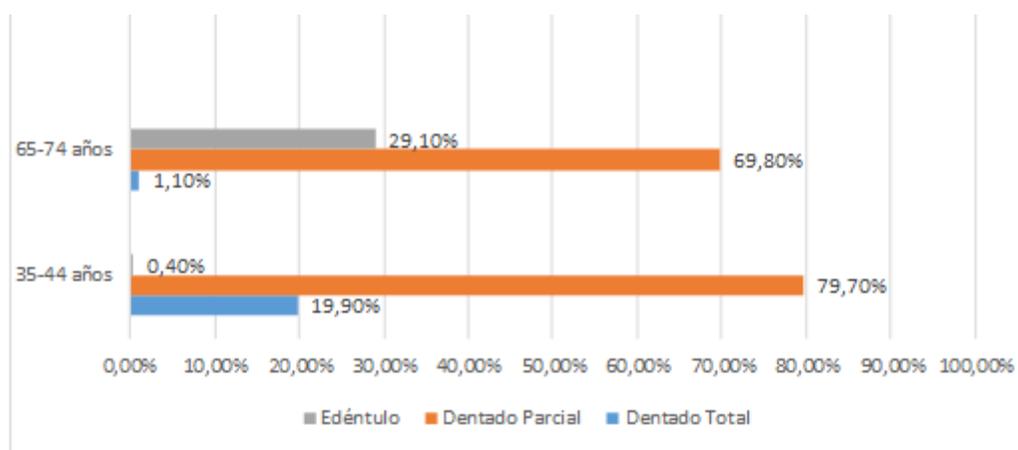


Gráfico N°2. Porcentaje de personas dentado total, desdentado parcial y edéntulo, en grupo etario de 35-44 años y 65-74 años en Chile.(MINSAL 2009- 2010)

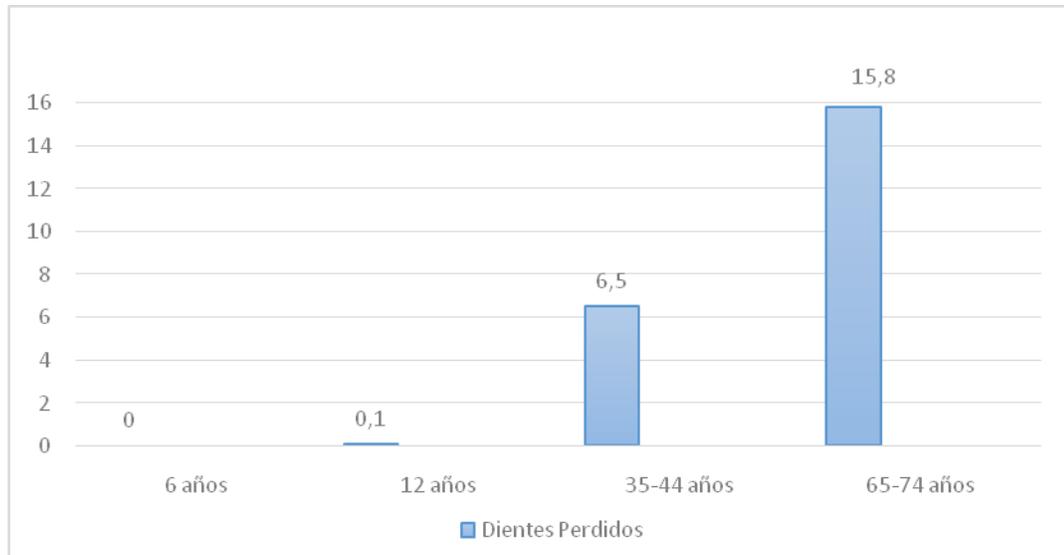


Gráfico N°3. Promedio de dientes perdidos según edad.(Soto, 2007)

Las principales causas de las pérdidas de dientes son caries y enfermedad periodontal, siendo más relevante la caries, especialmente en la gente más joven (Arteaga, 2009).

El gran daño que tienen los adultos actualmente implica tratamientos complejos y costosos, que si no cambian las condiciones que llevan a enfermar, son poco efectivos, ya que la condición puede agravarse al continuar la pérdida de dientes.

El conocimiento científico de los últimos años respecto al edentulismo, ya sea parcial o total, indica que este se asocia a deficiencias nutricionales y cambios en las preferencias alimenticias, disminución de la eficiencia y habilidad masticatoria problemas de salud general alteraciones fonéticas, reabsorción del reborde residual, efecto antiestético, alteraciones psico-conductuales, cambios en la calidad de vida, entre otras.(Carlsson, 1984; Sáez, 2007; Budtz-Jorgensen, 1999, Marcenes, 2003; Polzer, 2010; Sahyoun, 2003; Sheiham, 2001; Tatematsu, 2004; Yoshihara, 2005; De Marchi, 2010, Felton, 2009, Polzer, 2010).

Por lo tanto la pérdida de dientes tiene un gran significado para las personas en términos de calidad de vida y no sólo supone cambios morfológicos, defectos físicos y alteración de la estética, sino la afectación integral del individuo.

IV.HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

IV.1. Hipótesis

Los adultos desdentados parciales tiene una baja autopercepción estética-funcional dento máxilo facial.

IV.2. Objetivo General

Analizar la autopercepción estética-funcional dento máxilo facial deadultos desdentados parciales que son atendidos en un contexto docente asistencial

IV.3. Objetivos Específicos

1. Determinar número y ubicación de dientes perdidos
2. Determinar mediante encuesta la autopercepción estética-funcional de los sujetos adultos desdentados parciales.
3. Comparar la autopercepción estética-funcional dento máxilo facial según género, edad, número de dientes perdidos y ubicación del desdentamiento.

V. METODOLOGÍA

Estudio Transversal Analítico.

V.1 Descripción del Grupo Humano

Se invitó a un grupo de personas que fueron atendidos en las asignaturas de Prótesis Totales y Prótesis Removible de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile durante el año 2013; quienes acudieron con el objetivo de rehabilitarse a través de la confección de Prótesis Removible. El total de los sujetos reclutados fue 245, de ambos sexos cuyas edades fluctuaban entre 18 y 92 años de edad. De ellos se seleccionó una muestra bajo los siguientes criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Adultos (Mujeres: 18 – 60 años) - (Hombres: 18 - 65 años)
- Pacientes sanos; pacientes con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante
- Portadores y no portadores de prótesis removible/prótesis fija
- Desdentados parciales
- Aceptar la participación en este estudio, previa firma del consentimiento informado (Anexo N°1) para la encuesta.

Criterios de exclusión:

- No aceptar participación en el estudio.
- Menores de edad (menor a 18 años) o adultos mayores (mayor a 60 años para las mujeres, mayor a 65 años para los hombres)
- Paciente con enfermedad sistémica grave incapacitante o no incapacitante; enfermo terminal o moribundo
- Dentados completos, desdentados totales.

El tamaño muestral fue establecido por conveniencia.

V.2 Técnica de medición

Se explicó a cada voluntario en qué consistía el estudio y se incluyó sólo si accedió a participar, expresándolo a través de la firma de un acta de consentimiento informado (Anexo N°1).

Aplicación Odontograma (Anexo N° 2):

Se realizó un examen clínico oral a cada voluntario (llevado a cabo por el encuestador), el alumno tratante registró el número y ubicación de dientes remanentes según lo indicó en voz alta el encuestador. Los dientes al estado radicular y terceros molares fueron considerados como dientes ausentes. Las prótesis fija se consideraron dientes presentes, así como también las restauraciones extensas de resina compuesta o amalgama. Las prótesis removibles no se consideraron dientes presentes, pero se consignó su uso.

Aplicación de la encuesta OHIP-Estético (Anexo N° 3):

Se registraron las variables socio-demográficas: Sexo, edad, nivel de escolaridad, domicilio, comuna, teléfono y experiencia protésica previa. Los voluntarios respondieron las 14 preguntas del cuestionario OHIP-estético validado en español (Anexo N° 3). El cuestionario se aplicó de manera escrita (auto administrado) bajo supervisión en caso de dudas por parte del voluntario en un tiempo estimado de 20 minutos.

Operacionalización de las Variables

Los resultados del OHIP-Estético fueron comparados en función del género, edad, número de dientes perdidos y ubicación del desdentamiento. Estableciéndose los siguientes grupos para cada variable.

- Género:
 - Masculino
 - Femenino.
- Edad: Para facilitar el estudio de los datos, las edades fueron agrupadas en 3 grupos de manera arbitraria.
 - Grupo 1 (18 - 40 años)
 - Grupo 2 (41 – 50 años)
 - Grupo 3 (51 – 60/65 años).
- Número de dientes perdidos: Teniendo en cuenta que bajo los 20 dientes remanentes el impacto negativo en la calidad de vida es mayor (Gerritsen, 2010; Jain, 2012), se establecieron dos grupos para estudiar esta variable
 - ≤ 8 dientes perdidos
 - ≥ 9 dientes perdidos.

- Distribución del desdentamiento: La distribución del desdentamiento se estableció considerando la zona afectada según lo indica la Imagen N° 1.
 - Desdentamiento anterior
 - Desdentamiento posterior
 - Desdentamiento anterior y posterior.

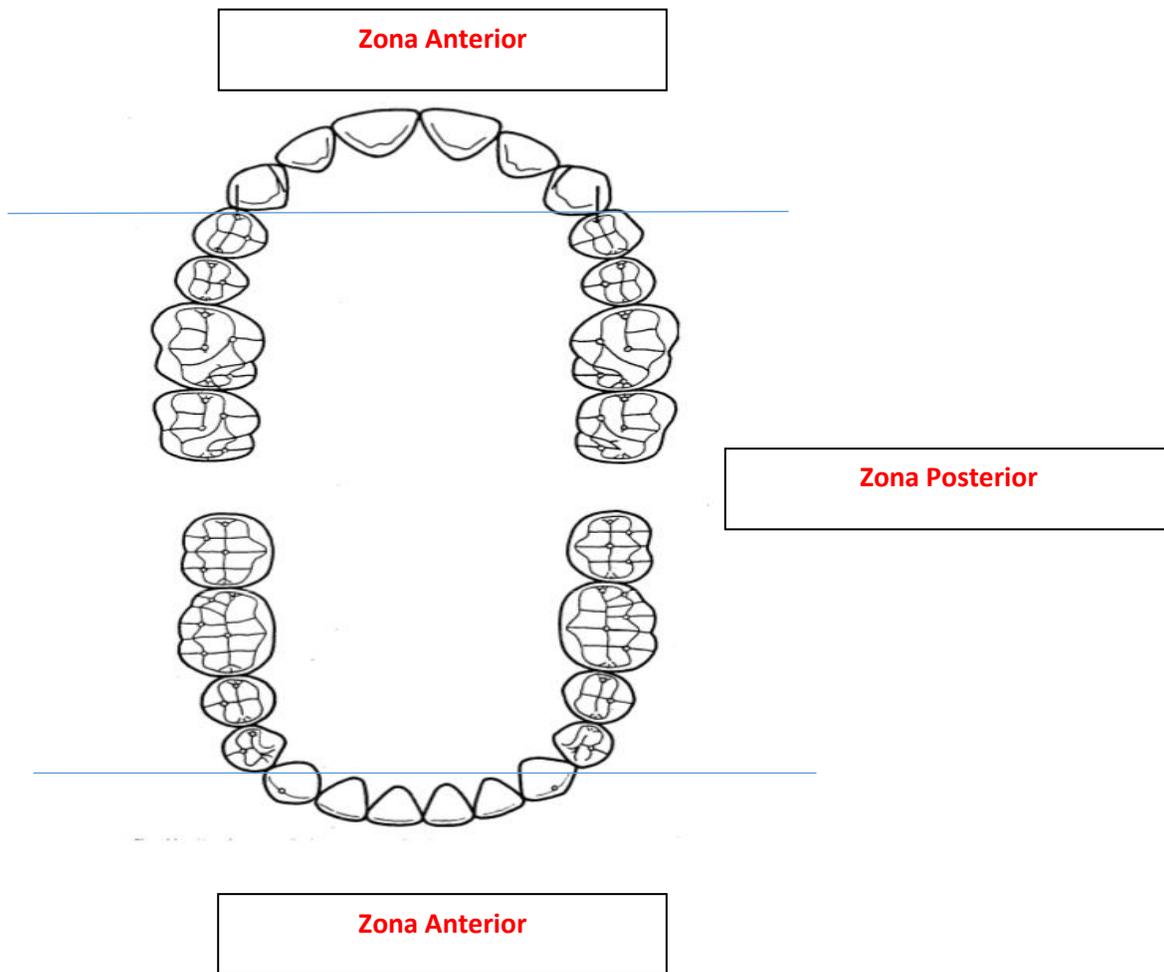


Imagen N° 1 Distribución del desdentamiento. Clasificación de zona Anterior y Posterior

Análisis Estadístico

Para el análisis estadístico se utilizó el software STATA 7.0. Se comprobó la distribución de los datos del OHIP-Estético; mediante la prueba de Shapiro-Wilk ($p < 0.05$) no se obtuvo una distribución normal, razón por la cual se utilizaron los test no paramétricos de Wilcoxon y Kruskal Wallis para analizar los datos. Se aceptó un $p < 0.05$.

Consideraciones éticas

Este Trabajo de Investigación conducente al Título de Cirujano Dentista está adscrito al PERIODO 12-006 titulado “Efecto en la estética facial al recuperar dimensión vertical oclusal en pacientes desdentados totales”.

Dentro de la metodología se consideraron desdentados parciales sin referencia oclusal estable. Esta es la razón por la que el consentimiento informado usado en este trabajo de investigación corresponde al autorizado por el Comité Ético Científico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile no se hizo uno específico ya que este comité aprobó el proyecto donde se incluían a estos sujetos desdentados parciales.

VI.RESULTADOS

De los 245 voluntarios reclutados, 99 cumplieron con los criterios de inclusión para ser considerados en este estudio. La totalidad de estos aceptó participar y respondió el cuestionario aplicado (OHIP-Estético).

El promedio de edad de la muestra fue 54 años (rango, 28-65 años). Para el género femenino (71 voluntarios) el promedio fue 53,5 años (rango 28-60 años); para el masculino (28 voluntarios) el promedio fue 55,4 años (rango 33-65 años)

La distribución de la muestra según género y edad se muestra en la tabla N°1.

Grupo	Hombres	Mujeres	Total
Grupo 1(18-40 años)	3 (3%)	2 (2%)	5 (5%)
Grupo 2 (41-50 años)	4 (4%)	10 (10,1%)	14 (14,1%)
Grupo 3 (51-60/65 años)	21 (21,3%)	59 (59,6%)	80 (80,9%)
Adulto desdentado parcial	28 (28,3%)	71 (71,7%)	99 (100%)

Tabla N° 1 Distribución de los sujetos según género y edad.

Al agrupar la muestra por género y edad, se observa que 71,7% del total corresponden a individuos del género femenino y que 80,9% de los voluntarios se concentra en el Grupo 3, es decir, entre 51 y 60 años para el género femenino (n=59) y entre 51 y 65 años para el masculino (n=21).

El número de dientes perdidos y la distribución según género y edad se resume en las tablas N° 2 y N° 3.

<u>Número de dientes perdidos</u>	Hombres	Mujeres	Total
≤ 8 dientes perdidos	7 (7,1%)	23 (23,2%)	30 (30,3%)
≥ 9 dientes perdidos	21(21,2%)	48 (48,5%)	69 (69,7%)
Total	28 (28,3%)	71 (71,7%)	99 (100%)
<u>Distribución del desdentamiento</u>			
Zona Anterior	0	0	0
Zona Posterior	9 (9,1%)	32 (32,3%)	41 (41,4%)
Zona Anterior y Posterior	19 (19,2%)	39 (39,4%)	58 (58,6%)
Total	28 (28,3%)	71 (71,7%)	99 (100%)

Tabla N° 2 Distribución del número de dientes perdidos y distribución del desdentamiento según género.

<u>Número de dientes perdidos</u>	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total
≤ 8 dientes perdidos	3 (3%)	4 (4%)	23 (23,3%)	30 (30,3%)
≥ 9 dientes perdidos	2 (2%)	10 (10,1%)	57 (57,6%)	69 (69,7%)
Total	5 (5%)	14 (14,1%)	80 (80,9%)	99 (100%)
<u>Distribución del desdentamiento</u>				
Zona Anterior	0	0	0	0
Zona Posterior	4 (4%)	5 (5%)	32 (32,3%)	41 (41,3%)
Zona Anterior y Posterior	1 (1%)	9 (9%)	48 (48,7%)	58 (58,7%)
Total	5 (5%)	14 (14%)	80 (81%)	99 (100%)

Tabla Nº 3 Distribución del número de dientes perdidos y distribución del desdentamiento según edad.

El 69,7% de los individuos de la muestra presentaron 9 o más dientes perdidos, mientras el desdentamiento predominante es el que comprometió las zonas anterior y posterior (58,7%). No hubo sujetos con desdentamiento anterior estricto en esta muestra. (Ausencia de uno, más de uno, o todos los dientes entre los dientes 6 al 11 y 22 al 27)

Para obtener el resultado de la autopercepción de los voluntarios se utilizó el método aditivo (OHIP-ADD), sumando los códigos de cada una de las 14 preguntas del cuestionario. Se estableció la mediana para el total de la muestra; observándose el resultado en el Gráfico N° 4. Además fueron agrupados según género, edad, número de dientes perdidos y distribución del desdentamiento (Tablas N° 4, N° 5, N° 6 y N° 7 respectivamente).

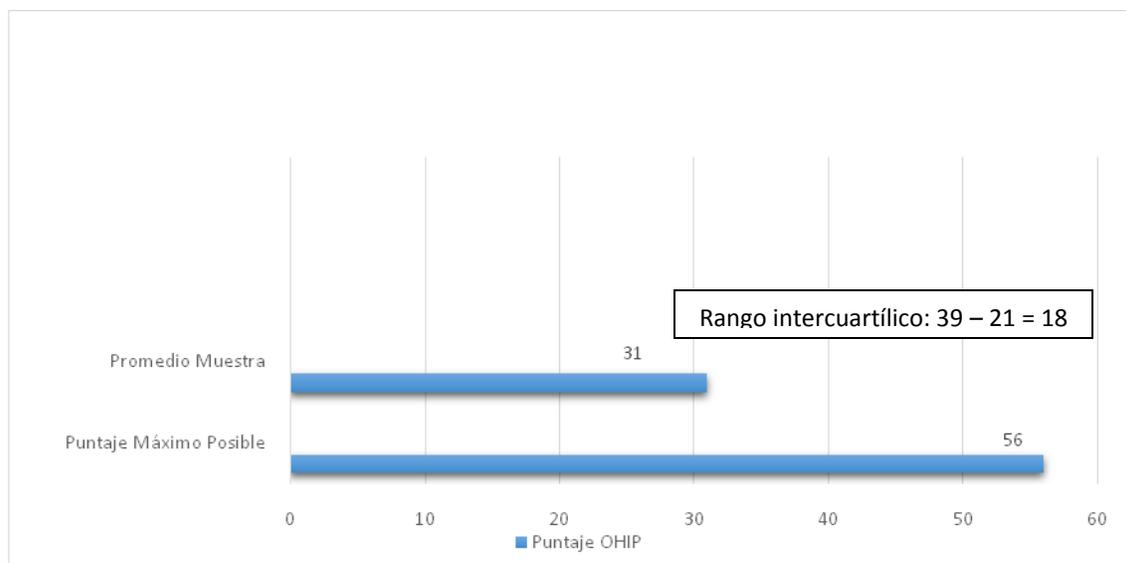


Gráfico N° 4 Mediana Puntaje OHIP-ES del adulto desdentado parcial.

Género	Mediana Puntaje OHIP-ES	Rango Intercuartílico
Hombres	20	40 - 23 = 17
Mujeres	34	30 - 13 = 17

Tabla N° 4 Mediana Puntaje OHIP-ES según género.

Edad	Mediana Puntaje OHIP-ES	Rango Intercuartílico
Grupo 1	26	$40,5 - 16,5 = 24$
Grupo 2	27	$32,75 - 10 = 22,75$
Grupo 3	31	$40 - 22,25 = 17,75$

Tabla Nº 5 Mediana Puntaje OHIP-ES según edad.

Número de dientes perdidos	Mediana Puntaje OHIP-ES	Rango Intercuartílico
≤ 8 dientes perdidos	25,5	$37 - 20 = 17$
≥ 9 dientes perdidos	31	$40 - 22,5 = 17,5$

Tabla Nº 6 Mediana Puntaje OHIP-ES según número de dientes perdidos.

Distribución del desdentamiento	Mediana Puntaje OHIP-ES	Rango Intercuartílico
Zona Anterior	0	0
Zona Posterior	29	$37 - 21 = 16$
Zona Anterior y Posterior	32	$40 - 19,75 = 20,25$

Tabla Nº 7 Mediana Puntaje OHIP-ES según distribución del desdentamiento.

Además los resultados del adulto desdentado parcial fueron promediados para cada uno de los dominios descritos por Locker (1994), y comparado según género, edad, número de dientes perdidos y distribución del desdentamiento.

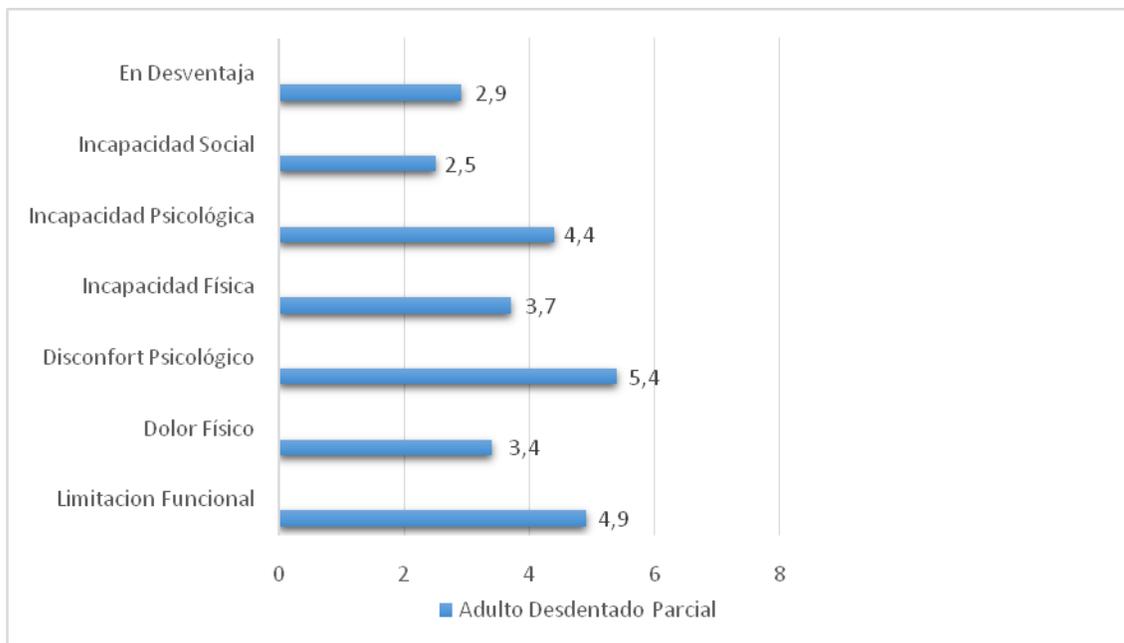


Gráfico N° 5 Promedio Puntaje OHIP-ES por dominio del adulto desdentado parcial.

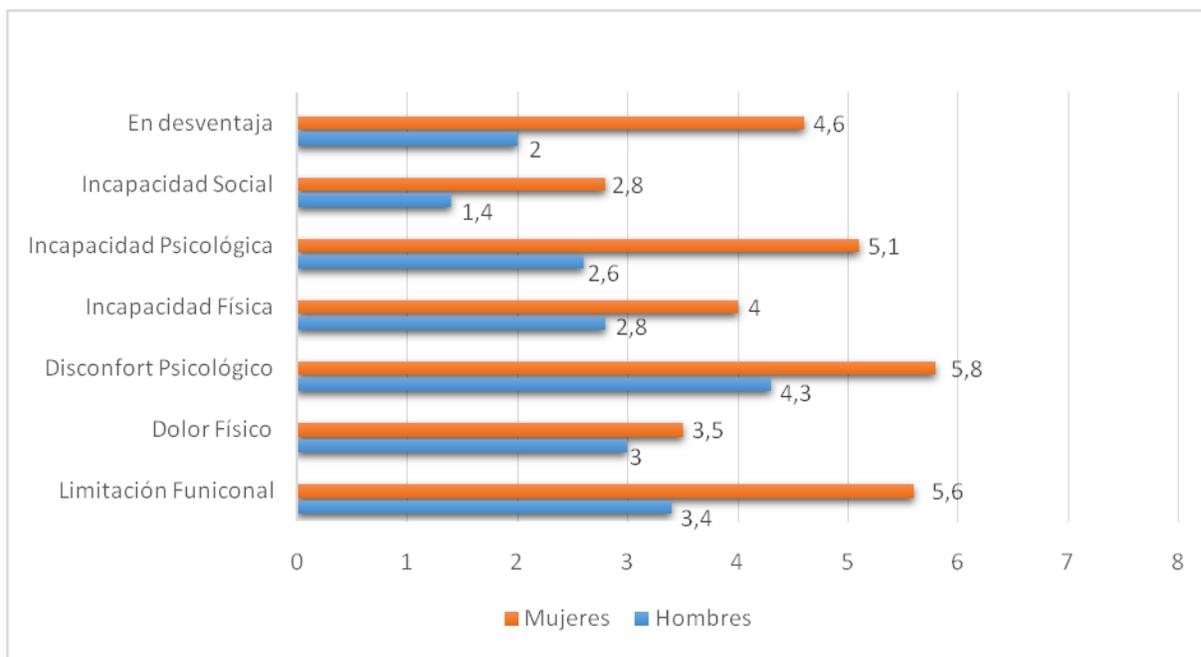


Gráfico N° 6 Promedio Puntaje OHIP-ES por dominio según género.

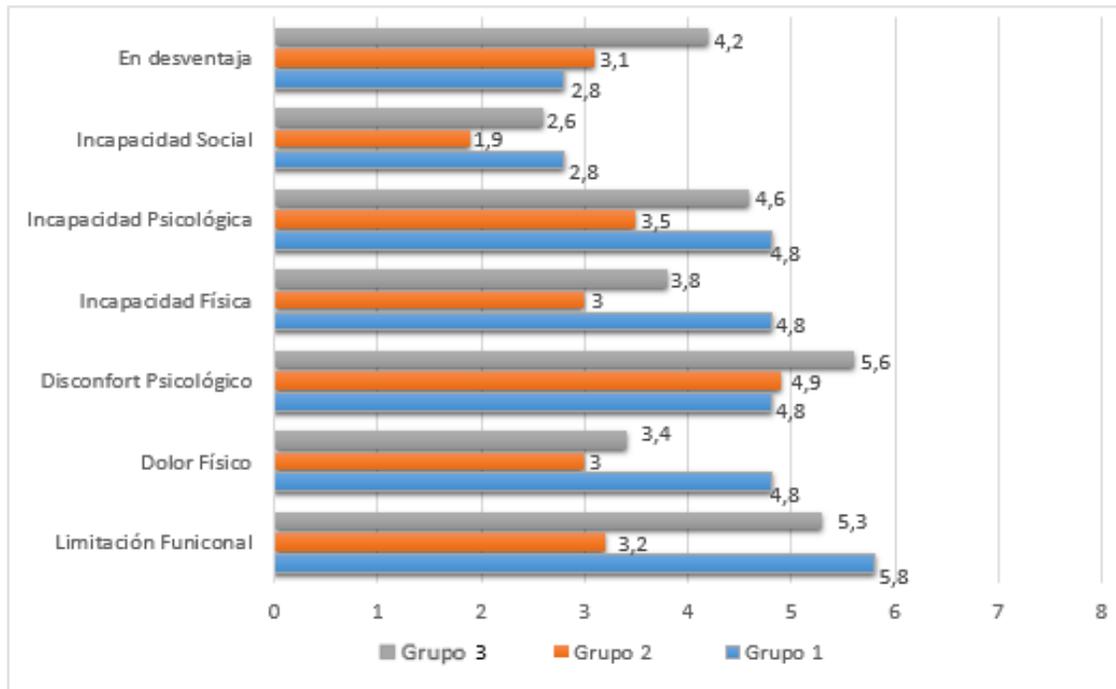


Gráfico N° 7 Promedio Puntaje OHIP-ES por dominio según edad.

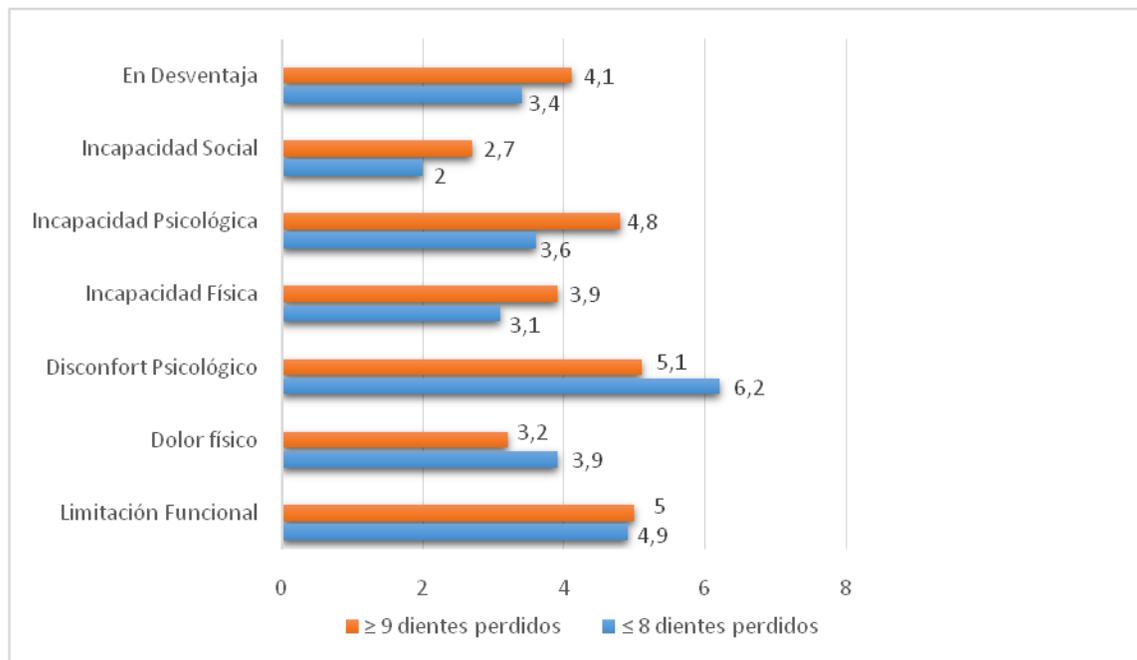


Gráfico N° 8 Promedio Puntaje OHIP-ES por dominio según número de dientes perdidos.

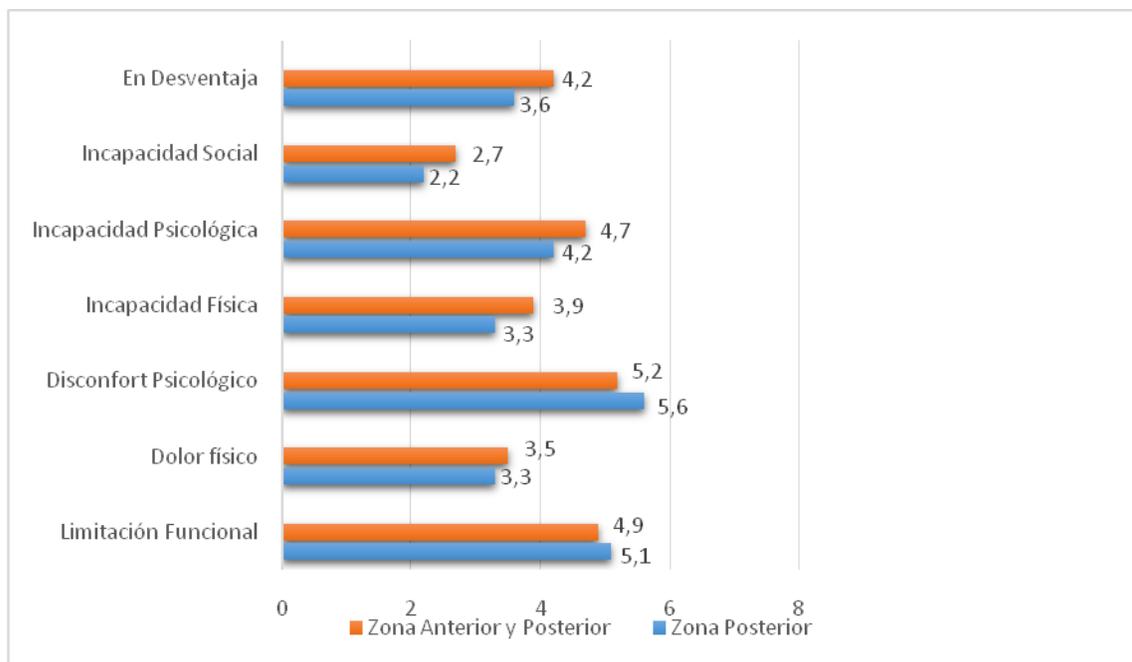


Gráfico N° 9 Promedio Puntaje OHIP-ES por dominio según distribución del desdentamiento.

La mediana de la muestra fue 31 de un máximo de 56 puntos. Los mayores puntajes promedio por dominio se observan en los dominios “Disconfort psicológico”, “Limitación funcional” e “Incapacidad psicológica” (Gráfico N° 5) Esta situación se repite al agrupar la muestra según género, edad, número de dientes perdidos y distribución del desdentamiento (Gráficos N° 6, N° 7, N° 8 y N°9).

Por género, las medianas son 20 y 34 para los géneros masculino y femenino respectivamente. En el análisis por dominio, los promedios del género femenino son mayores a los promedios del masculino en todos los dominios (Gráfico N° 6) ($p=0.00$).

En el caso de la edad, se establecieron 3 grupos, cuyas medianas son 26, 27 y 31 para los grupos 1, 2, 3 respectivamente. Los puntajes promedio por dominio muestran que los grupos 1 y 3 poseen los puntajes promedio más altos en 5 de los 7 dominios (Gráfico N° 7) ($p=0.13$).

Considerando el número de dientes perdidos, las medianas para cada

uno de los dos grupos establecidos son 25,5 para el grupo de “ ≤ 8 dientes perdidos” y de 31 para el “ ≥ 9 dientes perdidos”. Los puntajes promedio por dominio, indican que el grupo de “ ≥ 9 dientes perdidos” posee un puntaje mayor en 5 de los 7 dominios (Gráfico N° 8) ($p=0.26$).

Finalmente considerando la distribución del desdentamiento, sus puntajes promedio son: 29 para el grupo “Zona Posterior” y 32 para el grupo “Zona Anterior y Posterior”. Los puntajes promedio por dominio evidencian puntajes promedio mayores en 5 de 7 dominios para el grupo de “Zona Anterior y Posterior” (Gráfico N° 9) ($p= 0,39$) En la muestra no se encontraron sujetos con desdentamiento anterior estricto. (Ausencia de uno, más de uno, o todos los dientes; entre los dientes 6 al 11 y 22 al 27)

VII. DISCUSIÓN

Al analizar los resultados obtenidos, se observa que los adultos desdentados parciales que acuden a la FOUCH poseen un moderado impacto sobre sus MCVRSO y su autopercepción estética-funcional dento maxilo facial es moderada.

Sin embargo al comparar las medianas por género, se observa que el femenino está 14 puntos por encima del masculino. Además al análisis estadístico se obtuvo diferencia estadística ($p=0.00$), estableciendo entonces la relación entre género femenino y peor autopercepción estética-funcional dento maxilo facial; es decir las mujeres desdentadas parciales valoran peor su propia estética-funcional dento maxilo facial que los hombres de su misma condición.

Estos resultados apoyan los resultados obtenidos por Montero (2004), quien tomando en cuenta la apariencia física general, determinó que existen claras diferencias en la percepción de la imagen corporal en función del género, siendo las mujeres quienes se ven más gordas de lo que son en realidad.

Las bases de estas diferencias podrían explicarse en la respuesta cerebral que existe al valorar un estímulo estético-visual, es así como Cela-Conde (2009) estableció que las mujeres registraban actividad parietal bilateral, mientras que los hombres registraban actividad parietal sólo del lado derecho.

Por otro lado, la conjugación de la vejez y lo no atractivo es algo que comúnmente se declara, algunos autores lo establecen en los resultados de sus estudios (Jornung, 2007; Bruchon-Schweitzer, 1992). Sin embargo en nuestros resultados, esta asociación no parece estar clara, a pesar que la mediana del Grupo 3 es el valor más alto de los 3 grupos establecidos, no existe diferencia estadística significativa entre ellos ($p=0.13$). Es decir, los resultados no permiten afirmar que los adultos de mayor edad (Grupo 3: 50-60/65 años) presentan peor autopercepción estética-funcional dento maxilo facial que los voluntarios más jóvenes. Esto puede explicarse en la conformación del Grupo 1 (18-40 años), donde este grupo sólo contaba con 5 voluntarios y que además 3 voluntarios

correspondían al género femenino. Además, es probable que el hecho de que la muestra sea de voluntarios en condición de desdentados parciales minimice las diferencias en la valoración estética que cada individuo hace de sí mismo, empeorando la autopercepción estética de los más jóvenes. También es probable que estas diferencias sólo se minimicen al evaluar la estética-funcional dento maxilo facial y no así al comparar su autopercepción estética general, aún siendo desdentados parciales.

Ahora bien considerando una línea de temporalidad, consideramos que es altamente probable que si comparamos los puntajes del OHIP-ES obtenidos por el Grupo 1, 2 y 3 dentro de 20 años, estos resultados empeoren, ya que dada la situación oral del país, es probable que continúen con la pérdida de piezas dentarias. Esto coincidiría con estudios previos que aseguran que los adultos mayores se sienten menos satisfechos que cuando tenían 20 años y casi un 30% siente que la apariencia de sus dientes hizo su rostro poco atractivo.

El desdentamiento, es uno de los problemas orales más prevalentes en Chile. Varios son los factores que pueden ocasionar la pérdida dentaria, pero son la caries y la enfermedad periodontal los más prevalentes. El grupo de adultos de 35-44 años es un grupo altamente afectado, donde sólo un 20% conserva su dentición completa y el promedio de dientes perdidos es de 6,5(Soto, 2007). Sin embargo en nuestra muestra sólo el 30% de los voluntarios pertenecía al grupo de 8 o menos dientes perdidos, predominando el grupo que había perdido 9 o más, por encima del promedio nacional.

Los resultados no develan diferencia estadística entre los grupos de “ ≤ 8 dientes perdidos” y “ ≥ 9 dientes perdidos”, no coincidiendo con las conclusiones de estudios previos, donde se sugiere que la prevalencia del impacto negativo del edentulismo sobre la calidad de vida aumenta drásticamente una vez que el número de dientes remanentes cae por debajo de 20 y que ello es independiente del aumento de la edad (Gerritsen, 2010; Jain, 2012). Es probable que estas diferencias en los resultados de ambos estudios, se deban a factores como el

país, número de la muestra, escolaridad, experiencia protésica, nivel socioeconómico, promedio de dientes por grupo, entre otros.

En los últimos años se ha profundizado en las consecuencias del edentulismo, evidenciando que este no sólo conlleva alteraciones funcionales y problemas de salud general sino también, efecto antiestético y cambios en la calidad de vida entre otras (Marcenes, 2003; Polzer, 2010; Sahyoun, 2003; Sheiham, 2001; Tatematsu, 2004; Yoshihara, 2005; De Marchi, 2010; Felton, 2009; Polzer, 2010; Carlsson, 1984; Sáez, 2007; Budtz-Jorgensen, 1999).

Sonreír forma parte de las funciones del sistema estomatognático, y es la sonrisa la que muchas veces puede determinar si una persona nos agrada o disgustará. La pérdida de dientes anteriores, especialmente de los dientes 1.1 – 2.1, supone mayor alteración y daño sobre la estética de la sonrisa, más que la pérdida de un diente 1.7. Sin embargo, los resultados de nuestro estudio indican que no existen diferencias estadísticas entre el grupo de voluntarios con pérdida dentaria sólo posterior y los voluntarios con pérdida anterior y posterior. Es evidente que la sonrisa se afecta mayormente con la pérdida de dientes anteriores, sin embargo el no encontrar diferencia estadística entre un grupo y otro, puede explicarse en el hecho de que estos resultados son esperables ante una perspectiva profesional y bajo criterios ideales. Sin embargo, el aspecto dental está adicionalmente influenciado y se mide por aspectos más abstractos, tales como factores psicológicos imagen corporal ideal, imagen de sí mismo y la motivación personal (Van der Geld, 2007; Mehl, 2011) y es probable que la pérdida de un diente conlleva un componente emocional más profundo que lo estético, que haga valorar una pieza 1.7 igual que una pieza 1.1.

Nuestros resultados entonces, refuerzan la idea de que los sujetos y dentistas, valoran la estética con parámetros diferentes, y que es deber profesional dimensionar y entender las necesidades de cada individuo al momento de acudir al odontólogo y planificar una rehabilitación. Recordemos que la estética, incluyendo la dental es una percepción subjetiva que varía de un individuo a otro, es por esto que su evaluación y la eficacia de cualquier intervención destinada a modificarla, son igualmente subjetivas (Larsson, 2010).

El impacto que el edentulismo tiene sobre las MCVRSO según el OHIP-Estético, indica que el 100% de la muestra ha sido objeto de algún tipo de impacto, ya que ninguno de los sujetos obtuvo un puntaje final de 0 puntos. Esto se ve reforzado por los datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (2006) donde un 37% de los mayores de 15 años, manifestaron sentir que su salud “bucal” afecta su calidad de vida siempre o casi siempre(MINSAL, 2006).

El dominio con mayor puntuación de los 7 establecidos por Locker (1994) es el “*Discomfort Psicológico*” con 5,4/8 puntos, que corresponde a las preguntas ¿Ha sido consciente de usted mismo/a por sus dientes? y ¿Ha sentido usted incomodidad por la apariencia de sus dientes? Los siguientes dominios más afectados son la “*Limitación Funcional*” con 4,9/8 puntos y la “*Incapacidad Psicológica*” con 4,4/8 puntos.

Estos resultados se observan tanto en la muestra general como al agruparla según género, edad, número de dientes perdidos y distribución del desdentamiento. Teniendo en cuenta los antecedentes nombrados y la relación estable y marcada entre satisfacción corporal y autoestima (Bruchon-Schweitzer, 1992) era esperable encontrar un resultado similar a este. Sin embargo es muy importante destacar que el “*Discomfort Psicológico*” está afectado por sobre la “*Limitación Funcional*”, es decir la valoración psicológica de perder dientes puede ser mayor que los trastornos funcionales que puede provocar.

Es por esto que los profesionales odontólogos deben considerar el hecho de que no sólo van a restaurar dientes y recuperar sonrisas, sino que la rehabilitación de personas conlleva un trasfondo, como son los efectos psicológicos positivos de mejorar la apariencia, lo cual frecuentemente contribuye a mejorar la imagen misma y aumentar el autoestima(Heymann, 1987).

El dominio menos afectado fue la Incapacidad social, con un promedio total de 2,5/ 8 puntos que corresponde a las preguntas: ¿Ha sido usted menos tolerante con su pareja o familia por problemas con sus dientes? ¿Ha tenido usted dificultades haciendo su trabajo habitual por problemas con sus dientes?, lo que podría explicarse con base en las conductas que desarrollan los desdentados

parciales frente a su condición. Esto hace alusión a movimientos y accesorios que adquieren como propios con el objetivo de esconder su condición y mantenerse como sujetos sociables. Algunos de estos movimientos son sonreír con la mano sobre la boca, o usar accesorios como pañuelos o bufandas cubriendo parte de su rostro, de esta forma pueden continuar siendo individuos sociales y no sufrir grandes trastornos en sus relaciones laborales y/o familiares.

Para finalizar, es importante discutir las limitaciones de este estudio; debemos considerar que estos resultados no son extrapolables a la población general de desdentados parciales del país, ya que la muestra sólo considera a sujetos que acuden a la Clínica Odontológica de la Universidad de Chile. También debemos recordar que los voluntarios encuestados acudieron en busca de rehabilitación, por lo que es evidente que presentan problemas estéticos y/o funcionales, lo cual puede no ocurrir con todos los desdentados parciales; es decir existe un grupo de desdentados parciales que puede no sentir alterada su calidad de vida bajo ningún punto y que no formaron parte de este estudio. Además, debemos reflexionar sobre la situación económica de los sujetos y los tratamientos a los cuales pueden acceder, ya que la mayoría de estos son de bajos recursos, quienes acceden a su rehabilitación con un menor costo comparado con la atención privada de la salud. Estudios indican que el nivel socioeconómico de los individuos pareciera tener un impacto en la capacidad para evaluar el atractivo dento maxilo facial de las personas, determinando que individuos de clase baja son menos críticos(Sveitaka, 2011).

Finalmente debemos recordar que la validación de esta encuesta se realizó en una población de 18 a 38 años, por debajo de las edades límites de nuestra muestra (60 años para el género femenino, 65 años para el género masculino) sin embargo, en ambos estudios los voluntarios de la muestra son individuos con crecimiento terminado, chilenos, atendidos en un recinto docente asistencial, por lo que el instrumento (OHIP-Estético) es un instrumento válido para realizar las MCVRSO en este estudio.

VIII. CONCLUSIÓN

Los adultos desdentados parciales que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Chile poseen una moderada autopercepción estética-funcional dento maxilo facial, asociado al deterioro en las “mediciones de calidad de vida relacionadas con la salud oral” (CVRSO).

Los desdentados parciales del género femenino presentan una mayor afectación de sus MCVRSO y poseen una peor autopercepción estética-funcional dento maxilo facial que los desdentados parciales del género masculino.

El área que más afecta a los adultos desdentados parciales es el discomfort psicológico.

La autopercepción estética-funcional dento maxilo facial de los desdentados parciales que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Chile es independiente de la edad, número de dientes perdidos y distribución del desdentamiento.

IX. SUGERENCIAS

Aplicar el OHIP-Estético posterior a la rehabilitación de los sujetos de la muestra y comparar sus resultados.

Aplicar el OHIP-Estético en adultos desdentados parciales que acudan a clínicas privadas y comparar sus resultados.

Aplicar el OHIP-Estético pre y post rehabilitación de pacientes que serán sometidos a otro tipo de tratamientos rehabilitador distinto a prótesis removible

Aplicar otro cuestionario de autopercepción estética maxilo facial facial en adultos desdentados parciales y comparar sus resultados con los obtenidos en este estudio

Aplicar un cuestionario de autopercepción estética corporal en adultos desdentados parciales y comparar sus resultados con los obtenidos en este estudio

Incluir el OHIP-Estético en la ficha clínica de los ramos clínicos del departamento de prótesis

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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. Rehabíl. Oral* 2009;2(3):161-166.

Bruchon-Schweitzer, 1992. *Psicología del cuerpo*. Barcelona: Herder.

Budtz-Jorgensen E, 1999. Prosthodontics for the Elderly. *Diagnosis and Treatment*. Chicago: Quintessence Publishing Co, Inc.

Cela-Conde CJ, Ayala FJ, Munar E, Maestú F, Nadal M, Capó MA, del Río D, López-Ibor, JJ, Ortiz, T, Mirasso C & Marty G (2009) Sex related similarities and differences in the neural correlates of beauty . *PNAS* 106: 3847-3852

Chen TH, 2005. A systematic review: How to choose appropriate health-related quality of life (HRQOL) measures in routine general practice?. *J Zhejiang Univ Sci*, pp. 936-940.

De Marchi R, 2010. Association between number of teeth, edentulism and use of dentures with percentage body fat in south brazilian community-dweling older people. *Gerodontology*.

Felton D, 2009. Edentulism and comorbid factors. *J. of Prosthodontics*, pp. 88-96.

Gamonal J, 2010. Clinical attachment loss in Chilean adult population: First Chilean Dental Examination Survey.. *Journal of Periodontology*.

Gerritsen, 2010. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of life Outcomes*, Volumen 8, p. 126.

Giddon DB. Orthodontic applications of psychological and perceptual studies of facial esthetics. *Seminars in orthodontics*. 1995;1(2):82-93. Epub 1995/06/01.

Heymann, 1987. The artistry of conservative esthetic dentistry. *Journal of American Dental Association*, pp. 14-23.

Jain, 2012. How do Age and Tooth Loss Oral Health Impacts and Quality of life? A Study Comparing Two State Samples of Gujarat and Rajasthan. *Journal of Dentistry, Thehran University of Medical Sciences*, 9(2).

Jornung J, 2007. Perceptions of patients smiles: A comparison of patients and dentists opinions. *JADA*, pp. 1544-1553.

Kotzer RD, 2012. Oral health-related quality of life in an aging Canadian population. *Health Qual Life Outcomes*.

Larsson P, 2010. Development of an Orofacial Esthetic Scale in prosthodontic patient. *International Journal Prosthodontic*, pp. 249-256.

Locker D, Slade G. 1994, Association between clinical oral subjective indicators of oral health status in an older population. *Gerodontology* pp.108-14.

Marcenes W, 2003. The relationship between dental status, food selection, nutrient intake, nutritional status and body mass index in older people.. *Saúde Pública Rio de Janeiro*, pp. 809-816.

Mehl C, 2011. Patients and dentists perception of dental appearance. *Clinical Oral Investigation*, pp. 193-199.

Mehl C, 2009. Does the oral Health Impact Profile questionnaire measure dental appearance?. *International Journal Prosthodontic*, pp. 87-93.

Miller, 2000. La línea de la sonrisa como guía de la estética anterior. *Clínica Odontológica de Norteamérica*, pp. 165-172.

MINSAL. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010.

MINSAL. II Encuesta de calidad de vida y salud. Chile 2006.

Mohindra Nk, 2002. THE EFFECT OF INCREASING VERTICAL DIMENSION OF OCCLUSION ON FACIAL AESTHETICS. *Br Dent*, pp. 164 - 168.

Montero, 2004. Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropología clínica*, pp. 107-116.

Moreno M, 2003. La reflexión filosófica sobre la belleza. Filosofía: Volumen II. Antropología, Psicología y Sociología. Editorial Mad S.A, pp. 97 - 106.

Nuñez L, 2013. Validation of the OHIP-Aesthetic questionnaire for Chilean adults. *Journal of Dental, Oral and Craniofacial Epidemiology*, 1(2).

Polzer I, 2010. Edentulism as part of the general health problems of elderly adults. *International Dental Journal*, pp. 143-155.

Preciado A, 2012. Differences in impact of patient and prosthetic characteristics on oral health-related quality of life among implant-retained overdenture wearers. *Journal Dent*, pp. 857-865.

Sáez R, 2007. Oral changes in the older adult. *Rev. Cubana Estomatología*, 44(4).

Sahyoun N, 2003. Nutritional status of the older adult in associated with dentition status. *J. Am. Diet. Assoc.*, pp. 61-66.

Sanders AE, 2009. Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. *Community Dent Oral Epidemiology*, pp. 171-181.

Sheets, 1987. Modern dentistry and the esthetically aware patient. *Journal of American Dental Association*, pp. 103-105.

Sheiham A, 2001. The relationship among Dental Status, nutrient intake, and nutritional status in older people. *Journal Dental*, pp. 408-413.

Soto L, Tapia R, 2007. *Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años y Evaluación del Grado de Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de Salud Bucal 2000-2010*. Santiago Chile

Sveitaka K, 2011. Factors influencing face aging. Literature review. *Stomatologija*, pp. 113-116.

Tatematsu M, 2004. Masticatory performance in 80-year-old individuals. *Gerodontology*, pp. 112-119.

Van der Geld P, 2007. Smile attractiveness. Self-perception and influence on personality. *Angle Orthodontic*, pp. 759-765.

Wong AHH, 2007. Developing a short form of Oral Health Impact Profile (OHIP) for dental aesthetics: OHIP-aesthetics. *Community Dent Oral Epidemiology*, pp. 64-72.

York J, 1999. Facial attractiveness and the aged. *Spec Care Dentist*, pp. 84-88.

Yoshihara A, 2005. The relationship between dietary and the number of teeth in elderly Japanese subjects. *Gerodontology*, pp. 211-218.

XI. ANEXOS

Anexo Nº 1

	COMITÉ DE ÉTICA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS FACULTAD DE ODONTOLÓGIA UNIVERSIDAD DE CHILE
---	--

La institución patrocinante de este estudio es el Departamento de Prótesis de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile

--	--

Fecha de edición: 31 de octubre de 2012

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autopercepción estética

TÍTULO DEL PROTOCOLO	:	“Efecto en la estética facial al recuperar dimensión vertical oclusal en pacientes desdentados totales”
INVESTIGADOR PRINCIPAL	:	PROF. DR. CRISTIAN VERGARA NÚÑEZ
SEDE DEL ESTUDIO	:	UNIVERSIDAD DE CHILE. FACULTAD DE ODONTOLÓGIA. DEPARTAMENTO DE PRÓTESIS. ASIGNATURA DE PRÓTESIS TOTALES.
DIRECCIÓN	:	SERGIO LIVINGSTONE 943. SANTIAGO.
NOMBRE DEL PACIENTE	:
FECHA	:

Yo Cristian Vergara Núñez, docente de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, Departamento de Prótesis, Asignatura de Prótesis Totales, estoy realizando una investigación acerca de la percepción estética. Le proporcionaré información y lo(a) invitaré a ser parte de ella. No tiene que decidir hoy si lo hará o no. Antes de hacerlo puede hablar acerca de la investigación con cualquier persona de su confianza. Este proceso se conoce como Consentimiento Informado y puede que contenga términos que usted no comprenda, por lo que siéntase con la absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una

vez que haya comprendido la Investigación y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme este formulario. Los aspectos de este formulario tratan los siguientes temas: Justificación de la Investigación, Objetivo de la Investigación, Tipo de Intervención y procedimiento, Beneficios y Riesgos Asociados a la Investigación y Aclaraciones.

Justificación de la Investigación: La asignatura identificada, se encuentra desarrollando una investigación que busca establecer asociaciones entre la recuperación de dimensión vertical, que podría entenderse como la recuperación de altura del tercio inferior del rostro a través de la mordida, que involucra su mandíbula y la estética facial. El Estudio permitirá desarrollar parámetros estéticos que serán útiles a la comunidad académica que estudia el fenómeno de envejecimiento humano.

Objetivo de la Investigación: Esta investigación tiene por objetivos establecer asociaciones entre la recuperación de dimensión vertical y la estética facial. El estudio incluirá a un número total de 196 pacientes, que son atendidos en la asignatura de Prótesis Totales de esta Facultad. Los pacientes seleccionados presentan un nivel de salud que se clasifica como "Pacientes ASA I y II", es decir sanos o con tratamiento médico controlado; Portadores de prótesis removible y pacientes desdentados totales o parciales (sin dientes o con algunos dientes), con pérdida de la dimensión vertical esto es, acortamiento de la parte inferior del rostro. Los criterios de exclusión del grupo experimental serán: No aceptar participación en el estudio, pacientes ASA III o superior, pacientes con referencias dentarias a pesar del poco remanente biológico y pacientes sin prótesis.

De su participación en el estudio: Para poder conocer más acerca del tema expuesto, se le ha pedido que participe del estudio respondiendo un cuestionario que se relaciona con la autopercepción de la estética facial. Responder a este cuestionario le tomará aproximadamente 30 minutos. Por tratarse de un cuestionario, no existe ningún riesgo asociado para su salud física. El cuestionario está debidamente probado en otras personas, de modo que tampoco le causará daño en el ámbito emocional o psicológico. El profesional a cargo de aplicar el cuestionario le indicará exactamente los detalles en torno a su respuesta. Todos los datos que de sus respuestas se deriven serán tratados con confidencialidad, asignándosele un código especial, y su identidad personal nunca será conocida por ningún miembro del equipo ajeno a quien le entregó el cuestionario.

Beneficio de la Investigación. El beneficio de este estudio es el aporte para el progreso del conocimiento y el mejor tratamiento estético de futuros pacientes, su participación en este estudio le traerá como beneficio el diagnóstico de especialistas en relación a su condición, y así mejorar el pronóstico de la prótesis que se está realizando. Esto incluye los controles periódicos hasta que se le otorgue el alta clínica.

Tipo de Intervención y Procedimiento. Usted debe saber que su participación es voluntaria y que puede retirarse del estudio cuando lo estime, sin recibir por ello ningún tipo de sanción de parte del equipo investigador. Tampoco habrá ninguna repercusión negativa para Ud. Tampoco está contemplado un beneficio directo para su salud y/o monetario derivado de su participación en el Estudio. Si usted acepta participar, será encuestado **una vez**, al inicio del tratamiento y también al final. El procedimiento se llevará a cabo en el lugar donde está siendo atendido, ubicado en la Clínica Odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, zócalo, cuya dirección es Av.

La Paz 750, Comuna de Independencia, los días martes de 09:00 a 13:15 horas. Donde se le confeccionarán las prótesis de acuerdo al protocolo estándar del departamento de prótesis.

La aplicación de este examen no representa ningún peligro para usted, pero si necesita información, puede comunicarse al teléfono 978 18 35, con la secretaria del Departamento de Prótesis, Sra. Erika Vásquez, quien gestionará su consulta con los responsables del Proyecto: Dr. Cristian Vergara Núñez (crvergar@u.uchile.cl), Dra. Ximena Lee Muñoz, Dr. Miguel Muñoz Domon, Dra Noemí Leiva Villagra y Dr. Milton Ramos Miranda. El horario de atención telefónica es de 08:30 a 13:00 horas, y desde las 14:00 a 17:30 horas, de lunes a viernes.

Los materiales para el estudio serán aportados por la Facultad de Odontología, **sin costo alguno para usted**, durante el desarrollo de este proyecto.

Riesgo de la Investigación. No correrá ningún riesgo durante y posterior al procedimiento de la investigación debido a que como se le explicó anteriormente, el cuestionario está debidamente probado en otras personas, de modo que tampoco le causará daño en el ámbito emocional o psicológico.

Toda la información derivada de su participación en este estudio, será conservada en forma de **estricta confidencialidad**, lo que incluye el acceso de los investigadores o agencias supervisoras de la investigación. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima. Cabe destacar que sus datos personales serán codificados, es decir, se les asignará un número. Bajo ninguna circunstancia el investigador responsable o los coinvestigadores divulgarán estos antecedentes. Sólo se trabajará con el código asignado.

Aclaraciones

La participación es completamente voluntaria

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar responder o si decide retirarse.

Los datos obtenidos serán de exclusiva utilización para este estudio.

No tendrá que efectuar gasto alguno como consecuencia del estudio.

No recibirá pago por su participación.

Usted podrá solicitar información actualizada sobre el estudio, al investigador responsable.

La información obtenida de la Investigación, respecto de la identificación de pacientes, será mantenida con estricta confidencialidad por los investigadores, para esto, no se utilizará su nombre sino un sistema de código.

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento, y de haber podido aclarar todas mis dudas, puede, si lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado del Proyecto: **Efecto en la estética facial al recuperar dimensión vertical oclusal en pacientes desdentados totales.**

Carta de Consentimiento Informado

A través de la presente, declaro y manifiesto, libre y espontáneamente y en consecuencia acepto que:

1. He leído y comprendido la información anteriormente entregada y que mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria.
2. He sido informado /a y comprendo la necesidad y fines de ser atendido.
3. Tengo conocimiento del procedimiento a realizar.
4. Conozco los beneficios de participar en la Investigación
5. El procedimiento no tiene riesgo alguno para mi salud.
6. Además de esta información que he recibido, seré informado/a en cada momento y al requerimiento de la evolución de mi proceso, de manera verbal y/o escrita si fuera necesaria y al criterio del investigador.
7. Autorizo a usar mi caso para investigación protegiendo mi identidad

Doy mi consentimiento al investigador y al resto de colaboradores, a realizar el procedimiento diagnóstico pertinente, **PUESTO QUE SE QUE ES POR MI PROPIO BENEFICIO.**

Nombre del Paciente, Tutor o Representante Legal: _____

RUT: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Sección a llenar por el Investigador Principal

He explicado al Sr(a) _____ la naturaleza de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que conozco la normativa vigente proporcionada por el Comité Ético Científico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, para la realizar la investigación con seres humanos y me apegó a ella.

Nombre del Investigador Principal: _____

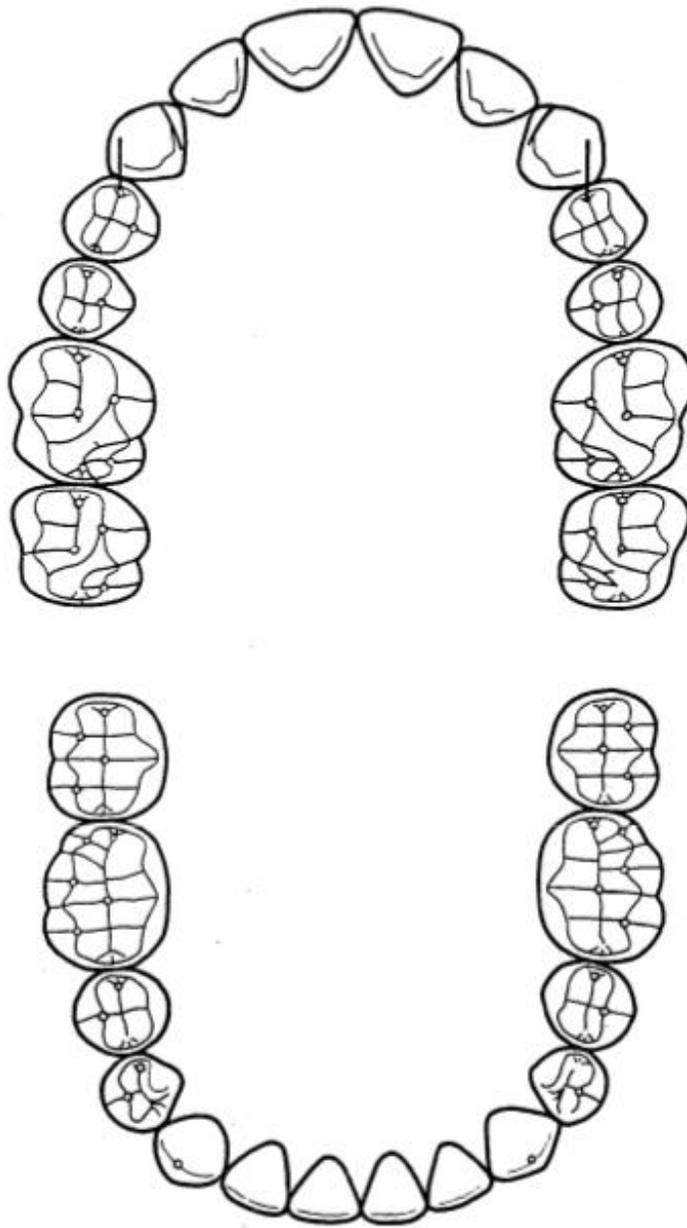
Firma: _____

Fecha: _____

En caso de cualquier duda puede acudir personalmente a Av. La Paz 750, Facultad de Odontología de Universidad de Chile, los días martes de 08:00 a 17:00 horas, o comunicarse al teléfono 978 18 35, con la secretaria del Departamento de Prótesis, Sra. Erika Vásquez, quien gestionará su consulta, con los responsables del Proyecto: Dr. Cristian Vergara Núñez, Dra. Ximena Lee Muñoz, Dr. Miguel Muñoz Domon, Dra. Noemí Leiva Villagra y Dr. Milton Ramos Miranda. El horario de atención telefónica es de 08:30 a 13:00 horas, y desde las 14:00 a 17:00 horas, de lunes a viernes.

Ante cualquier duda también puede preguntar al Comité de Ética de la Facultad de Odontología cuyo Presidente es el Dr. Juan Cortés; teléfono: 9781702 y su dirección es Facultad de Odontología de la U. de Chile, Edificio Administrativo, Oficina Vicedecanato, 4º piso, Sergio Livingstone P. 943, Independencia.

Anexo Nº 2



Nombre Alumno:

Fecha:

Observaciones:

Anexo Nº 3

Rut:

Fecha:

Edad:

Sexo: F ____ M ____

Domicilio:

Comuna:

Teléfono:

Nivel escolaridad:

Experiencia protésica previa:

CUESTIONARIO OHIP-ESTÉTICO

MARQUE CON UNA CRUZ LA ALTERNATIVA DE RESPUESTA QUE PREFIERA

• ¿Ha notado usted que un diente no se ve bien?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
• ¿Ha sentido usted que su apariencia ha sido afectada por problemas con sus dientes?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
• ¿Ha tenido usted dientes sensibles, por ejemplo debido a calor o alimentos o líquidos fríos?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
• ¿Ha tenido usted áreas dolorosas en su boca?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
• ¿Ha sido consciente de usted mismo/a por sus dientes?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
• ¿Ha sentido usted incomodidad por la apariencia de sus dientes?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
• ¿Ha sentido usted que hay menos sabor en sus alimentos por problemas con sus dientes?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
• ¿Ha evitado usted sonreír por problemas con sus dientes?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha encontrado difícil relajarse por problemas con sus dientes? 	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha estado usted un poco avergonzado por problemas con sus dientes? 	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha sido usted menos tolerante con su pareja o familia por problemas con sus dientes? 	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha tenido usted dificultades haciendo su trabajo habitual por problemas con sus dientes? 	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha sido incapaz de disfrutar mucho la compañía de otra gente por problemas con sus dientes? 	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha sentido usted que la vida en general fue menos satisfactoria por problemas con sus dientes? 	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre