



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

“Autopercepción estética dento máxilo facial del adulto mayor.”

Enrique Marchant Luchsinger

**Trabajo de investigación
requisito para optar el 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 Prótesis Totales

“Autopercepción estética dento máxilo facial del adulto mayor.”

Enrique Marchant Luchsinger

**Trabajo de investigación
requisito para optar el 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

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
1.MARCO TEÓRICO	8
-Encuesta OHIP.....	8
-Validación en Chile de OHIP -Estético.....	11
-Salud y estética.....	11
-Diferencias entre la percepción estética entre odontólogos y pacientes.....	13
-Envejecimiento Humano.....	14
-Salud Bucal del Adulto Mayor en Chile.....	14
-Estética facial y salud oral en desdentados totales.....	16
-Rehabilitación Protésica en el Adulto Mayor.....	17
-Autopercepción de Salud Oral.....	17
2. HIPÓTESIS.	19
3. OBJETIVO GENERAL	19
4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
6. RESULTADOS	21
7.DISCUSION.	28
8.CONCLUSIONES.	33
9. SUGERENCIAS.	33
10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	34
11. Anexos	40

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. Actualmente el paciente está más informado y participativo respecto a la toma de decisiones de los tratamientos odontológicos disponibles. Asimismo, ha adquirido importancia la percepción y necesidades de éste al momento de tomar decisiones terapéuticas y evaluar los resultados de dichos tratamientos. Para objetivar este proceso, se ha desarrollado un instrumento muy completo para medir la autopercepción del estado de salud oral: “*El Perfil de impacto de la salud oral (Oral Health Impact Profile [OHIP])*”. En el área de la estética dental, existe una versión llamada OHIP-Estético, traducida y validada al idioma español, la cual es usada internacionalmente en este tipo de estudios. El propósito de esta investigación es determinar la valoración estética de los adultos mayores, usuarios de la clínica de Prótesis Totales de la Facultad de Odontología, Universidad de Chile (FOUCH) y comparar sus resultados según género, edad y nivel educacional.

MATERIALES Y METODOS. Estudio descriptivo transversal. De un universo de 245 sujetos que asistieron a las clínicas de la FOUCH, se seleccionaron 83, de ambos sexos, adultos mayores desdentados totales o parciales. Los individuos respondieron el cuestionario OHIP-Estético previo rehabilitación oral, el cual se aplicó de manera escrita bajo supervisión, en un tiempo estimado de 20 minutos. Los resultados se obtuvieron utilizando el método aditivo (OHIP-ADD). Para el plan de análisis de datos, se utilizó el software STATA 7.0 y los test estadísticos: paramétrico T Test , ANOVA y de Correlación de Pearson.

RESULTADOS. Los puntajes promedio por género fueron 25.4 ($\pm 13,2^*$) y 25,9 ($\pm 12,2^*$) para el masculino y femenino respectivamente ($p = -0.158$). El puntaje promedio más alto lo obtuvo el grupo etario N°1(60-70años) con 30,2 puntos. Al analizar los datos, se obtuvo un $R = -0,3$ con $p = 0.00$, indicando asociación leve entre grupo etario y OHIP-ES. El nivel educacional básico obtuvo los puntajes

promedio más altos en 9 de las 14 preguntas del cuestionario. Además no se evidenció diferencia estadística entre nivel educacional y puntaje OHIP-ES ($p=0,08$).

CONCLUSIÓN: La autopercepción estética dentomaxilofacial del adulto mayor es independiente del género, la edad y nivel educacional. El área que más afecta al adulto mayor es la del *discomfort psicológico*.

INTRODUCCION

La estética ha adquirido gran importancia, tanto en la cultura occidental como oriental, en los últimos años. Esto se puede constatar a través de múltiples publicaciones que tienen como objeto de estudio precisamente a la estética dental (Wolfart, 2006; Benic, 2012). Al igual que en otras áreas de la salud, existe un incremento en los deseos de involucrar activamente al paciente en las decisiones de sus tratamientos y cuidados. Para llevar esto a la práctica, es necesario cambiar la actitud paternalista utilizada históricamente por el clínico en las decisiones de tratamiento, instando el desarrollo de métodos que permitan evaluar tanto las creencias como las necesidades reales de salud de los sujetos. 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 pacientes (Sanders, 2009).

Debido al cambio de paradigma en el concepto de salud, de ser considerado sólo la ausencia de enfermedad en el modelo biomédico, hacia el modelo biopsicosocial, nace el concepto de "*Calidad de vida relacionada con la salud*", el cual específicamente en el área de odontología, se conoce como "*Calidad de vida relacionada con la salud oral*" (Allen, 2003). A partir de esto se han realizado observaciones conocidas como *Mediciones de Calidad de vida relacionada con salud oral*, siendo uno de los instrumentos más ampliamente utilizado el *Perfil de impacto de salud oral* (OHIP) (Wong, 2007). Estas observaciones son comúnmente aplicadas en estudios poblacionales, pero pueden jugar un rol importante en la práctica clínica en términos de identificar necesidades, seleccionar terapias y monitorear el progreso de los pacientes. Considerando lo anterior y sumado a que existen autores que han comprobado una correlación entre estética dental y calidad de vida, es que es factible la idea de

utilizar el *Perfil de impacto de salud oral* para el estudio de la estética dental (Wolfart, 2006).

Las barreras para el uso rutinario de MCVRSO incluyen costo, tiempo, viabilidad y relevancia clínica. Para que un instrumento tenga utilidad clínica no sólo debe ser válido, apropiado, sensible, confiable sino que además capaz de ser interpretado. También debe ser simple, rápido de completar, fácil de contestar y que aporte datos clínicos útiles (Chen, 2005).

1. MARCO TEÓRICO

Calidad de vida

Para describir la prevalencia de las enfermedades orales más comunes como la enfermedad periodontal y caries en la población, se han creado algunos índices que son aplicables a estas disciplinas. A pesar de la importancia que tienen estas mediciones objetivas, ofrecen poca información sobre el impacto que tienen las enfermedades orales en las actividades de la vida diaria y en la calidad de vida de las personas. El qué instrumento utilizar para indagar esta dimensión ha sido objeto de estudio (Sanders, 2009). La utilidad de los diversos instrumentos que evalúan calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRCSO) son:

- Evaluación y monitoreo de alteraciones psicosociales asociadas a problemas de salud oral.
- Estudios poblacionales.
- Auditorías odontológicas.
- Ensayos clínicos.
- Análisis de costo-utilidad de tratamientos odontológicos (Sanders, 2009).

Encuesta OHIP

Uno de los instrumentos validados para la medición de la calidad de vida relacionadas con salud oral, es el cuestionario "*Perfil de impacto de salud oral*",

que consta de 49 preguntas (OHIP-49). El OHIP-49 es uno de los instrumentos objetivos más completos para evaluar el estado de la salud oral. Tiene un marco teórico basado en un modelo de “enfermedad/condición-deterioro-discapacidad-minusvalía” con siete dominios planteados por Locker: limitación funcional, dolor físico, disconfort psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y en desventaja. Sus preguntas miden severidad y frecuencia de los problemas orales con respecto a bienestar físico, social y psicológico. Los participantes responden qué tan seguido le ha ocurrido cada uno de los problemas, en una escala con 5 opciones y sus respectivos puntajes (formato tipo Likert), a saber: *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 en cada sujeto, los puntajes de las 49 respuestas son sumados, resultando así un puntaje general entre 0 y 196 (Wong, 2007; Ozhayat, 2010; López and Baelum, 2006).

Debido a la extensión de OHIP (49 preguntas) se ha limitado su uso en estudios clínicos, por lo tanto se han desarrollado versiones más cortas. 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 consta de 14 preguntas, generadas a partir de un enfoque basado en expertos, comparable con las propiedades de evaluación del OHIP-49 en el ámbito de la estética dental (Wong, 2007). El OHIP-Estético se validó a partir de la versión china del OHIP-49. La necesidad de tener una versión al español, se debe a todos los beneficios que tiene el uso de instrumentos que ya han sido validados en otros idiomas, tales como proveer una medición común para investigaciones entre diferentes culturas, países y ofrecer un estándar para estudios internacionales, poder comparar resultados, y además, es menos costoso e involucra menos tiempo que el generar un nuevo instrumento (Alghadeer, 2010).

Existen numerosas aproximaciones metodológicas, tanto estadísticas como basadas en expertos, para el desarrollo de estas versiones más cortas, que miden

el estado de salud oral existente (Wong, 2007). Dentro de las técnicas estadísticas utilizadas, se incluyen análisis de confiabilidad, de regresión y factorial (Allen, 2003).

No hay reglas definidas de cuánto es posible reducir un cuestionario original, sin embargo algunos investigadores han afirmado que para que una dimensión sea evaluada apropiadamente, se deben usar más de 2 preguntas por dimensión, lo que reduciría el efecto de respuestas excéntricas a preguntas individuales (Awad, 2008).

Si los investigadores no tienen MCVRSO apropiadas en su propio lenguaje existen dos opciones posibles: desarrollar un nuevo instrumento o modificar uno que haya sido validado previamente en otro idioma, lo que es conocido como proceso de adaptación transcultural. El desarrollo de un nuevo instrumento es un proceso largo, que requiere bastante tiempo y dedicación, puesto que una traducción literal, desde su versión original, no asegura el éxito de la validación debido a que existen diferencias tanto en el idioma como en la cultura de las poblaciones (Alghadeer, 2010; Flores-Mir, 2005). Esta adaptación desde un cuestionario preexistente a una cultura diferente, tiene una serie de ventajas:

- Entrega una medición común para investigaciones de CVRCSO entre diferentes culturas.
- Ofrece una medición estándar para estudios internacionales.
- Es menos costoso y consume menos tiempo que generar una nueva medición (Alghadeer, 2010).

El OHIP está disponible en más de 15 idiomas. En Chile la validación del Cuestionario OHIP-49 en su versión en español, fue realizada utilizando una muestra con sujetos jóvenes. Se obtuvo validez convergente y discriminativa y una apropiada consistencia interna (Lopez and Baelum, 2006).

Validación en Chile de OHIP -Estético.

La validación en Chile del OHIP-Estético, se realizó en la Facultad de Odontología, Universidad de Chile (2012), para lo cual se seleccionaron 14 preguntas del OHIP-49 del ámbito estético y se construyó el cuestionario OHIP-Estético. Debido a que el OHIP-49 ya está en español, se omitió la correspondencia lingüística de la versión en inglés. 90 adultos chilenos, de entre 18 y 38 años de edad, respondieron las preguntas del cuestionario, previo a la realización de un tratamiento de blanqueamiento dental. De esta manera, se obtuvo un instrumento de 14 preguntas, con 2 preguntas por cada dimensión, a saber: limitación funcional, dolor físico, disconfort psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y en desventaja. Los resultados del OHIP-14, fueron rangos variables de 0 a 56, de tal manera que a mayor puntuación total, es más alto el nivel de impacto en la salud oral y calidad de vida y por lo tanto, menor es la satisfacción del paciente (Preciado, 2012). Una vez terminado el proceso de validación, se concluyó que el cuestionario del Perfil de impacto de salud oral- estético (OHIP-estético) en su versión en español validada, presenta confiabilidad en términos de consistencia interna y estabilidad temporal.

Mehl (2009) en su estudio, definió a la mejoría en la puntuación total OHIP y la puntuación subdominio OHIP-estética, como el éxito alcanzado por la rehabilitación oral. Además, esta mejoría multidimensional demuestra que una rehabilitación oral integral, influye en una gran cantidad de aspectos relativos a *Mediciones de la calidad de vida relacionadas con salud oral* (MCVRSO, del inglés Oral Health Related Quality of Life, OHRQL), demostrando que el OHIP-estético es apropiado para medir el estado general de la apariencia dental (Mehl, 2009).

Salud y estética

El concepto de salud, entre ellas la salud oral, va más allá de la ausencia de enfermedad, incluyendo factores fisiológicos, psicológicos, de comportamiento y sociales. Durante una interacción social, la atención se orienta directamente hacia

la boca y ojos de la persona que está hablando. Así como la boca es el centro de comunicación del rostro, la sonrisa juega un rol importante en la expresión y apariencia facial. Otros factores que influyen en la apariencia dentofacial son la posición, forma, tamaño y color de los dientes, posición, textura y líneas de las encías y labios, y forma de los maxilares (Persic, 2011).

Por otro lado, la estética dental es parte de los elementos a considerar al momento de evaluar estatus social, características personales, perspectivas de empleo, e inclusive se le atribuye mayor capacidad de discriminar intelectual y socialmente a individuos con una sonrisa estética. Además juega un rol importante en la auto percepción, autoestima y salud psicológica de las personas (Meng, 2008; Van der Geld, 2007).

En relación a la autopercepción de los pacientes, existen aspectos importantes al momento de evaluar la estética, siendo el profesional muchas veces sólo capaz de percibir un cierto grado de cómo aquel evalúa su propia estética dentofacial. Es en gran medida una percepción subjetiva, que varía de un individuo a otro, dificultando una evaluación objetiva. Por esta razón, tanto la evaluación de la estética dental como la eficacia de cualquier intervención destinada a modificarla, son igualmente subjetivas (Larsson, 2010). Como las preferencias individuales, la cultura y estrato social pueden influenciar el reconocimiento subjetivo de la estética dental, previo a realizar un tratamiento que involucre a la estética, el odontólogo debiera tener claro tanto la auto percepción del paciente, como las expectativas de éste ante el tratamiento (Shulman, 2004). En el caso específico de sujetos desdentados totales, el resultado estético del tratamiento rehabilitador es un factor muy importante a considerar.

Los cambios asociados a las transformaciones propias del envejecimiento, y en especial influenciadas por el edentulismo, son considerables. Dentro de estas se reconocen alteraciones en la altura facial, piel, musculatura, entre otras, las cuales influyen en la estética facial y afectan sustancialmente a la autopercepción

que el paciente posee, pudiendo disminuir, por ejemplo, la autoestima lo cual puede contribuir con el aislamiento social, deteriorando la calidad de vida del sujeto (Orrego, 2012).

Diferencias entre la percepción estética de odontólogos y pacientes

Históricamente el hombre se ha interesado por la estética, tratando de alcanzar la esencia de la belleza en todo su quehacer, estudiando las razones, emociones y percepciones de lo que se considera estético, dedicando especial atención a definir y encontrar la perfecta belleza humana. La belleza es definida como la combinación de cualidades que dan placer a los sentidos o a la mente (Naini, 2006), en donde cada uno posee percepciones distintas de lo que es bello o no, y en donde la percepción de la belleza depende del “ojo del observador”. No obstante algunos autores han desaprobado dicha afirmación basándose en que existen ciertos rostros que son universalmente atractivos, teniendo características catalogadas como bellas incluso por diferentes culturas, lo que confirma que existe una capacidad innata y común en la especie humana de discriminar entre lo bello y lo poco atractivo (Honn and Goz, 2007; Edler, 2001).

En general, los dentistas presentan mayor sensibilidad para identificar desviaciones de los “ideal” que el común de las personas (Shulman, 2004). Sin embargo, eso no significa que no se deba medir, evaluar o considerar la estética dental a partir de la percepción del paciente (Jamieson, 2010). Se sabe que la insatisfacción de éste con su apariencia dental, no sólo incluye factores como dientes perdidos, posición y color de ellos, sino que también el impacto psicosocial y calidad de vida relacionada con la salud oral. Otros estudios han consignado que los odontólogos están condicionados constantemente a una visión más crítica general ante cualquier alteración que afecte una apariencia facial normal. Esto presupone que los odontólogos debieran ser altamente entrenados durante su formación, para poder discriminar entre lo estéticamente aceptado y lo no estético. En general, los dentistas le asignan mayor importancia al tratamiento estético que

los mismos pacientes (Brisman, 1980; Tortopidis, 2007), siendo estos últimos menos críticos en su valoración (Flores-Mir, 2005). Brisman (1980) llegó a la conclusión que los odontólogos pueden desarrollar conceptos de estética que difieren de aquellos que poseen los pacientes, y que esto puede generar problemas en la comunicación, valoración y objetivos del tratamiento. Por lo tanto, es importante destacar, que no debiese utilizarse estos resultados como una forma de justificar un trabajo con características negligentes, sino más bien relevar la importancia de la comunicación con el paciente, definiendo los objetivos de tratamiento en conjunto, logrando una atención profesional acorde con las necesidades del individuo que acude al profesional experto en estética (Orrego,2012).

Envejecimiento Humano

El envejecimiento humano puede abordarse desde lo individual a lo poblacional. El envejecimiento individual se caracteriza por cambios visibles en el organismo y el poblacional se manifiesta por medio de variaciones en la estructura de la sociedad. Por otro lado, puede decirse que el envejecimiento también es un hecho universal, individual, constante, irreversible, asincrónico y deletéreo (Montenegro,1999) que varía de sujeto a sujeto y de órgano a órgano dentro del mismo individuo. También hay que considerar que también ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades que determinan el envejecimiento. Biológicamente tampoco hay que olvidar, que afecta a todos los tejidos, órganos y sistemas y, por lo tanto, en la medida que el individuo tiene más edad, el compromiso sistémico es mayor y más complejo (Levy, Papas, 1991).

Salud oral del adulto mayor en Chile

Los adultos mayores son el grupo etario que más rápido crece a nivel mundial y Chile no escapa a esta tendencia. La población chilena se encuentra en una etapa avanzada de esta transición demográfica y seguirá envejeciendo con el

tiempo. Según las estadísticas, Chile tiene 2.638.000 adultos mayores, es decir, personas mayores de 60 años. La proyección indica que para el año 2025 los mayores de 60 años superarán a los menores de 15, en tanto las expectativas de vida tenderán a superar los 79 años de edad. Este fenómeno puede explicarse porque las mujeres en edad fértil están teniendo en promedio 1,9 hijos, cifra por debajo de la tasa de reposición de 2,1 que se requiere para que un país mantenga su población. De esta manera, los adultos mayores se convierten en un grupo poblacional cada vez más importante y con una mayor participación en la sociedad (INE, 2010).

La salud oral de la población adulta mayor se presenta en general deteriorada. Estudios realizados en adultos mayores de nivel socioeconómico bajo, revelan que existe entre un 35% a 50% de desdentados totales, siendo el resto de la población parcialmente desdentada. Además presentan higiene inadecuada, caries en las piezas remanentes, alta prevalencia de enfermedad periodontal y muy baja frecuencia de visitas al odontólogo (Edler, 2001; Faure, 2002; Weeden, 2001; Tatarunaite, 2005). Según el documento del MINSAL “*Análisis de la situación salud bucal en Chile*” (2010), el adulto mayor tiene en promedio una pérdida de 15,8 dientes, por lo tanto son individuos potencialmente portadores de prótesis. Por su parte, 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.

En lo relativo a la actitud relacionada a cómo enfrentan la pérdida de las piezas dentarias, ésta también ha sufrido cambios. Actualmente los adultos mayores presentan expectativas más altas acerca de su salud dental que en el pasado, lo que obliga al profesional a responder a ellas, siempre de forma responsable e integral, abarcando todas las necesidades del tratamiento, satisfaciendo lo que los pacientes esperan y merecen recibir (Fiske, 1998).

Estética facial y salud oral en desdentados totales

A lo largo de la vida de una persona van ocurriendo una serie de cambios físicos, como resultado de la combinación de factores tales como el ambiente, estilos de vida, genética y en especial por el envejecimiento propiamente tal, proceso natural y continuo que no se detiene hasta la muerte de la persona (Sanchez and Echeverry, 2004). Desde el punto de vista corporal, en la postura del individuo se genera aplanamiento de la lordosis lumbar y profundización del arco superior de la cifosis torácica, lo que se refleja en la característica postura de pie con la cabeza en protrusión e inclinación del segmento superior del tronco, así como también se observan cambios en la posición de hombros, cintura y de los procesos espinosos en relación con el plano vertical (Allen and Locker, 2002).

Desde el punto de vista oral, el edentulismo total es el causante del mayor cambio facial. La pérdida de las piezas dentarias se traduce en atrofia del hueso alveolar, constituyéndose en una entidad crónica, progresiva, irreversible y acumulativa, que genera paulatina transformación de la morfología facial. Por otro lado, la musculatura peribucal se encuentra soportada por las piezas dentarias y el tejido alveolar adyacente (Larsson,2010), tejidos que en etapas tempranas de pérdida dentaria comienzan a atrofiarse, provocando el colapso de la musculatura asociada, evidenciado por estrechez de la boca, inversión de los labios y contracción de la musculatura de la mejilla. En etapas tardías del proceso de reabsorción, se evidencia un marcado cambio en las proporciones verticales faciales, con disminución de la altura facial inferior e incremento de la prominencia del mentón, acentuándose además los cambios iniciales descritos (Sanchez and Echeverry, 2004; Van der Meulen, 2008). La mayor parte de este proceso ocurre durante el primer año luego de la pérdida de dientes, sin embargo, continúa siendo un proceso irreversible a lo largo de la vida (Montero-Martin, 2009; Wong, 2002, Van der Meulen, 2008), cuya evolución es diferente no sólo entre individuos sino también en un mismo individuo.

Rehabilitación Protésica en el Adulto Mayor

Con el envejecimiento se hace más difícil por parte del sujeto, lograr nuevos aprendizajes y los patrones de movimiento se hacen dificultosos. Por ejemplo, el anciano realiza la mayor parte de las acciones a que estaba acostumbrado a efectuar como adulto maduro, pero la destreza de su accionar y el modelo de conducta es más lento. Por lo tanto, adaptarse a una prótesis dental nueva plantea ciertos inconvenientes, principalmente debido a la readaptación del sistema neuromuscular a los tejidos adyacentes, además de la masticación, del habla y de la estabilidad protésica. A pesar de los problemas que se pueden presentar, los pacientes necesitan una rehabilitación oral que les devuelva la estética, las funciones orales, la autoestima y la relación con sus semejantes, y que además les permita acceder y/o mantener una vida laboral que ayude a sustentar su economía (Maturana, 1994; Boucher C, 1977).

Autopercepción de Salud Oral

La forma en que las personas perciben su salud oral está relacionada significativamente con el bienestar, es decir, con una boca “saludable” que contribuye a que la persona se sienta bien, satisfecha y feliz. Una forma de devolver salud oral al sujeto que ha perdido dientes, es rehabilitándolo en base a prótesis removibles. Respecto a la frecuencia de uso de éstas, un estudio concluye que se encuentra relacionada directamente con la edad del individuo y con la autopercepción que éste tenga de su salud oral (Pennacchiotti Vidal, 2006). Factores como el sexo, tipo de prótesis, salud mental, experiencia previa y calidad técnica protésica, parecen no influir en la frecuencia de uso de prótesis removible en adultos mayores recién rehabilitados. Pero la autopercepción del individuo sobre su salud oral es el factor que más influye en el uso de prótesis removible, confirmando nuevamente la importancia de las MCVRSO.

Respecto de la edad, se señala que los pacientes más añosos han relatado encontrarse satisfechos con prótesis mal ajustadas y menos dispuestos a solicitar

su acondicionamiento (Muller,1994). Esto puede deberse a que en general estos individuos, en esta etapa, se encuentran en su mayoría solos, con su salud general deteriorada y con escasas motivaciones, que les impiden realizar todas las acciones necesarias para lograr una rehabilitación óptima, que incluya controles, reparaciones, ajustes, y por lo tanto simplemente se conforman(Pennacchiotti Vidal, 2006). En la medida que el odontólogo comprenda la realidad física y psicológica del adulto mayor, podrá aplicarla en su quehacer profesional de manera ética, aquella ética en la cual lo que le pasa al otro con lo que yo hago a mí me importa. La mayoría de las veces, esto es lo que diferencia entre el éxito y el fracaso en lo profesional(Maturana, 1994).

2. HIPÓTESIS

El adulto mayor, perteneciente al grupo de estudio le otorga una baja valoración a la autopercepción estética dento máxilo facial.

3. OBJETIVO GENERAL.

- Evaluar la autopercepción estética dento máxilo facial del adulto mayor.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Determinar mediante encuesta OHIP-ES-14 las características de la autopercepción estética en el grupo de adultos mayores que asisten a la FOUCH.
- Comparar y asociar la autopercepción estética dento máxilo facial según género, edad y nivel educacional de los miembros del grupo de estudio.

5. METODOLOGÍA.

1. Tipo de estudio: Descriptivo Transversal

2. Descripción del grupo humano:

Esta investigación está adscrita al Proyecto PRI-ODO 12-006 “ *Efecto de la recuperación de la dimensión vertical oclusal en la autopercepción de la estética facial en pacientes desdentados totales*” de la Asignatura Prótesis Totales del Departamento de Prótesis, Facultad de Odontología, Universidad de Chile. La muestra estuvo conformada por 83 adultos mayores de la Región Metropolitana, los cuales fueron rehabilitados en base a prótesis removibles acrílicas parciales o totales. Los criterios de inclusión fueron:

1. Sujetos ASA I y II.
2. Mujeres de 60 años o más, hombres de 65 años o más.
3. Portadores y no portadores de prótesis removable.
4. Desdentados Totales maxilares y/o mandibulares o desdentados

parciales sin referencias oclusales estables.

5. Aceptar la participación en este estudio, previa firma del consentimiento informado para contestar la encuesta (anexo 2).

Los criterios de exclusión del grupo de estudio fueron:

1. No aceptar participación en el estudio.
2. Sujetos ASA III o superior.
3. Sujetos desdentados parciales con referencias oclusales.

5. Técnica de medición:

Se explicó verbalmente a cada sujeto en qué consiste el estudio y fue incluido sólo si este accedió de forma voluntaria a participar, a través de la firma de un acta de consentimiento informado (Anexo N° 2). Quedó registrado en una hoja de rechazo, aquel caso que no haya aceptado su incorporación en el estudio. Se registraron las variables socio-demográficas tales como edad, nivel de escolaridad, experiencia protésica previa, y los datos epidemiológicos de cada sujeto incluyendo nombre, domicilio, comuna, teléfono.

Los sujetos de la muestra respondieron las 14 preguntas del cuestionario OHIP-estético, validado en español, antes de realizarse cualquier intervención odontológica (Anexo 1). El cuestionario se aplicó de manera escrita, auto administrado, bajo supervisión en caso de dudas, en un tiempo estimado de 20 minutos, en un lugar físico que permitió la adecuada comunicación para explicar el instrumento de medición.

6. RESULTADOS

Se analizaron los resultados de la encuesta OHIP-Estético aplicada al grupo de adultos mayores. El método aditivo (OHIP-ADD) se utilizó para el análisis de la encuesta OHIP-estético, sumando los códigos de cada una de las 14 preguntas del cuestionario. Además se obtuvieron por separado los resultados de cada dominio.

Definición operacional de las variables

<u>Género</u>	<u>Grupo etario</u>	<u>Nivel educacional</u>
1)Mujer	Grupo N°1 = 60-70 años	Nivel 1= Educación básica
2)Hombre	Grupo N°2 = 71-80 años	Nivel 2 = Educación media
	Grupo N°3 = 81-90 años	Nivel 3= Educación superior
	Grupo N°4 = 91-100 años	

La encuesta fue respondida por 95 sujetos, de los cuales 83 fueron seleccionados, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión del estudio. La distribución de la muestra según género y edad, se presenta en la Tabla N°1. Para facilitar el análisis de datos, la edad fue dividida en 4 grupos.

Grupo Etario	Hombre	Mujer	Total general
Grupo1 (60-70 años)	4	32	36
Grupo 2 (71-80 años)	9	25	34
Grupo 3 (81-90 años)	6	6	12
Grupo 4 (91-100 años)	1	0	1
Total general	20	63	83

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

Al agrupar la muestra por género y edad, se observa que 75,9% corresponden a sujetos del género femenino y que 43% de ellos se concentra en el

Grupo 1, es decir, entre 60 y 70 años (36 sujetos), seguido por el Grupo 2 con 40.9% (34 sujetos).

La distribución de la muestra, según nivel educacional y género, se presenta en la Tabla N°2. Se aprecia que 45.7% del total de la muestra cursó educación básica, seguido de 42.1% educación media y 12% (10 sujetos) educación superior.

Nivel Educacional	Hombre	Mujer	Total general
Básica	4	34	38
Media	13	22	35
Superior	3	7	10
Total general	20	63	83

Tabla N° 2 Distribución de los sujetos según nivel educacional y sexo

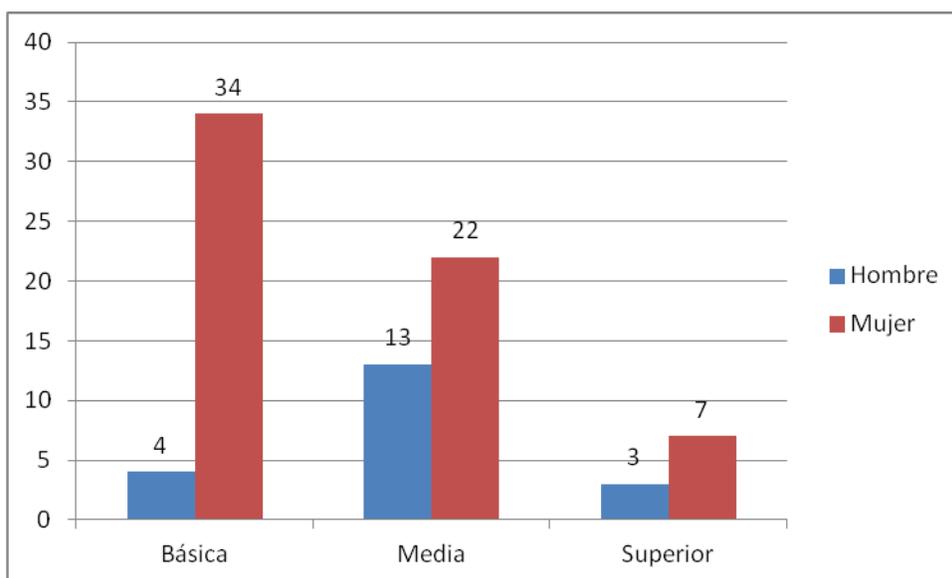


Gráfico N° 1 Distribución de los individuos según Nivel Educacional y Género.

En el gráfico N°1 se observa que el género femenino supera en número al masculino en cada uno de los tres niveles educacionales señalados. Además se observa que la mayor concentración de mujeres equivalente al 53.9% de estas, cursó educación básica, mientras que la mayor concentración de hombres equivalente al 65%, cursó educación media.

Para obtener el resultado de la autopercepción de los individuos, se utilizó el método aditivo (OHIP-ADD), sumando los códigos de cada una de las 14 preguntas del cuestionario. El resultado fue promediado para cada uno de los grupos, clasificando la muestra según género, rango etario y nivel educacional.

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, obteniéndose $p = 0.25$ ($p > 0.05$), revelando una distribución normal de la muestra, razón por la cual se utilizaron los siguientes test paramétricos: para la variable "género" se utilizó T test, para "Nivel educacional" ANOVA (Analysis of variance) y para la "edad" ANOVA y test de Correlación de Pearson.

La Tabla N°3, muestra el puntaje OHIP-ES promedio según género.

Género	Promedio de OHIP	Desvest de OHIP*
Hombre	25,4	13,2
Mujer	25,9	12,2
Total general	25,7	12,4

Tabla N° 3 Promedio Puntaje OHIP-ES según género. (*) Desviación estándar.

Los puntajes promedio por género fueron 25.4 ($\pm 13,2^*$) y 25,9 ($\pm 12,2^*$) para el masculino y femenino respectivamente. Al aplicar el T Test a los datos obtenidos, se obtuvo un $p = -0.158$, develando que no existe diferencia estadística al comparar sus puntajes.

El Gráfico N°2, muestra el puntaje OHIP-ES promedio por pregunta según género.

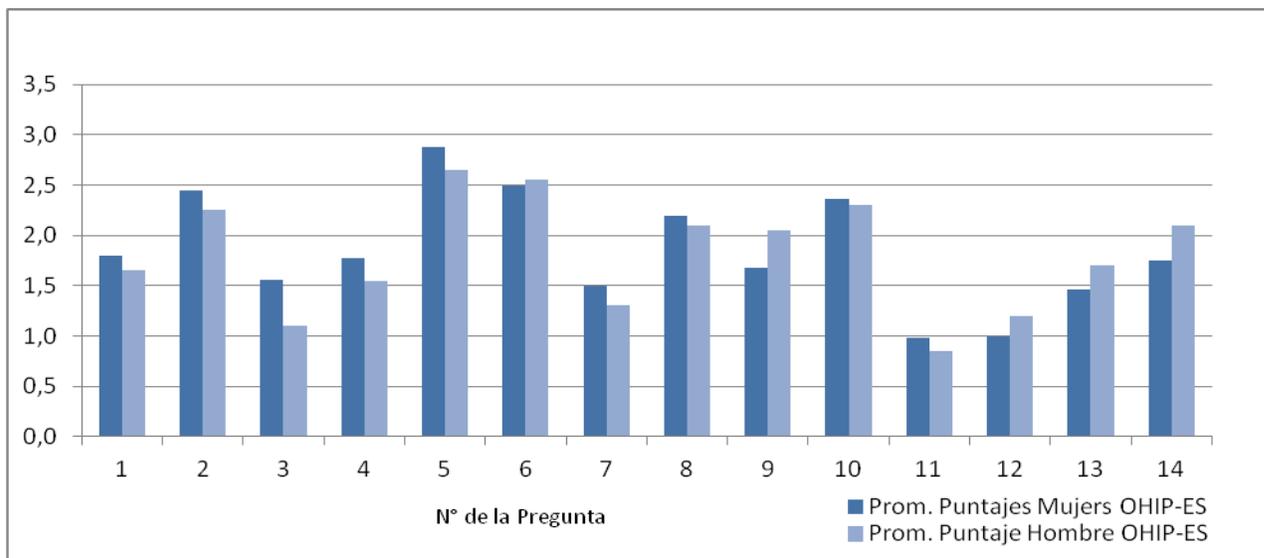


Gráfico N° 2 Promedio Puntaje OHIP-ES por pregunta según género.

En relación la edad, se establecieron 4 grupos cuyos promedios fueron: 30,2 ($\pm 11,4^*$); 22,8 ($\pm 11,8^*$); 22,5 ($\pm 12,8^*$) y 3,0 ($\pm 0^*$) para los grupos 1, 2, 3 y 4 respectivamente (Tabla N°4).

Grupo Etario	Promedio de OHIP	Desvest de OHIP*
1	30,2	11,4
2	22,8	11,8
3	22,5	12,8
4	3,0	0,0
Total general	25,7	12,4

Tabla N° 4 Promedio Puntaje OHIP-ES según grupo etario. (*) Desviación estándar.

El puntaje promedio más alto lo obtuvo el grupo etario 1, con 30,2 puntos, (sin mucha diferencia entre ellos), y los grupos etarios 2 y 3 con 22,8 y 22,5 puntos respectivamente. Por último, el grupo etario 4 obtuvo el puntaje promedio más bajo (3 puntos). Al aplicar el Test de Correlación de Pearson, se obtuvo un $R = -0,3$ con $p = 0,00$, existiendo una asociación leve entre grupo etario y OHIP-ES. Al analizar los puntajes promedios obtenidos por pregunta, se aprecia que el grupo etario 1 obtuvo los mayores puntajes promedio, en 13 de las 14 preguntas del

cuestionario. El grupo etario 4 obtuvo el menor puntaje promedio por pregunta, con un valor de 0 puntos en el 78,5% de las preguntas.

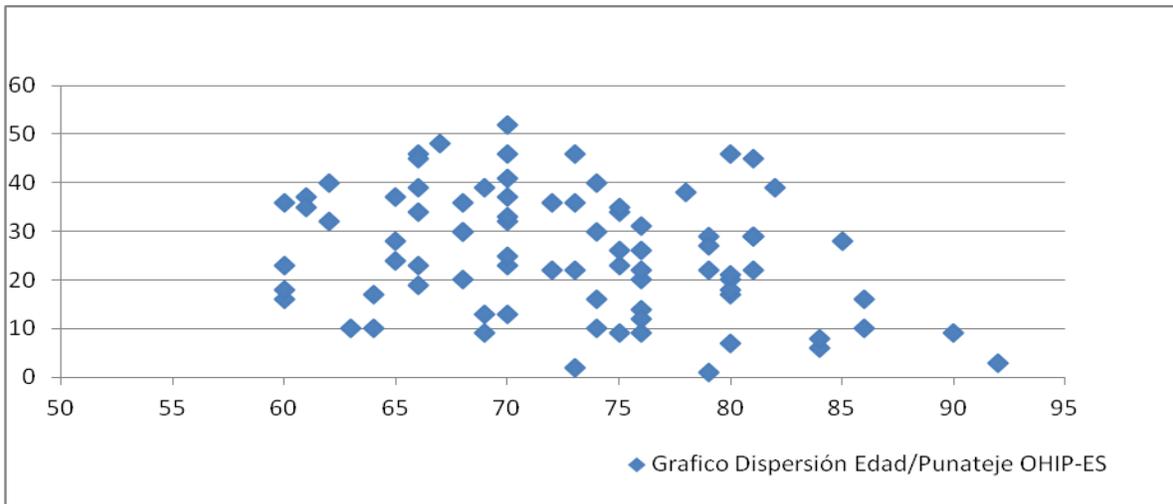


Gráfico dispersión N° 3 Puntajes OHIP-ES obtenidos según edad.

El gráfico N°3 muestra la dispersión de los puntajes OHIP-ES obtenidos por cada sujeto.

Los resultados OHIP-ES promedio obtenidos según nivel educacional se presentan en la Tabla N°5.

Nivel Educacional	Promedio de OHIP	Desvest de OHIP*
Básica	28,6	12,4
Media	22,2	12,5
Superior	27,3	9,5
Total general	25,7	12,4

Tabla N° 5 Promedio Puntaje OHIP-ES según Nivel Educacional. (*) Desviación estándar

El mayor puntaje promedio según nivel educacional obtenido es 28,6 ($\pm 12,4^*$), correspondiente al nivel básico; luego se obtuvo un 27,3 ($\pm 9,5^*$) y 22,2 ($\pm 12,5^*$) para el nivel educacional superior y medio respectivamente (Tabla N°5).

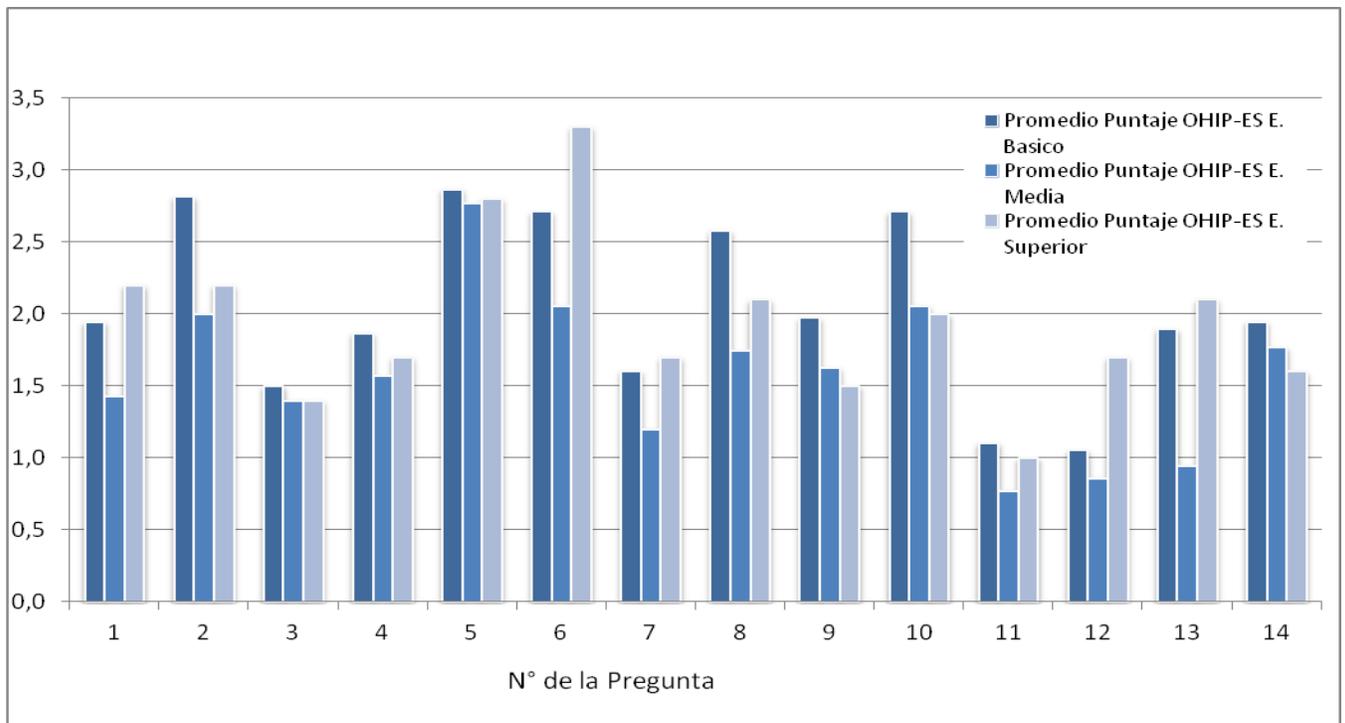


Gráfico N° 4 Promedio Puntaje OHIP-ES por pregunta según nivel educacional.

La distribución de los puntajes promedio obtenidos por pregunta (Gráfico N° 4), muestra que el nivel educacional básico posee los puntajes promedio más altos en 9 de las 14 preguntas, luego con 5 de 14 preguntas, lo sigue el nivel educacional superior. No se registra puntaje promedio más alto para el nivel educacional medio.

El mayor puntaje promedio obtenido fue para el nivel educacional superior (puntaje = 3,3) en la pregunta N°6, que hace referencia a la incomodidad que siente el sujeto debido a la apariencia de sus dientes. El menor puntaje promedio (puntaje = 0,8), lo obtuvo el nivel educacional medio en la pregunta N°11, que hace referencia a haber sido menos tolerante con la pareja o familia debido a problemas con sus dientes. Sin embargo, no existe diferencia estadística entre nivel educacional y puntaje OHIP-ES ($p=0,08$).

Los valores de los resultados de OHIP-estético, según los dominios descritos por Locker, están expuestos en el Gráfico N°5.

Dominios de Locker	
1. Limitación funcional	5. Incapacidad psicológica
2. Dolor físico	6. Incapacidad social
3. Disconfort psicológico	7. En desventaja
4. Incapacidad física	

Tabla N° 6 Dominios de Locker

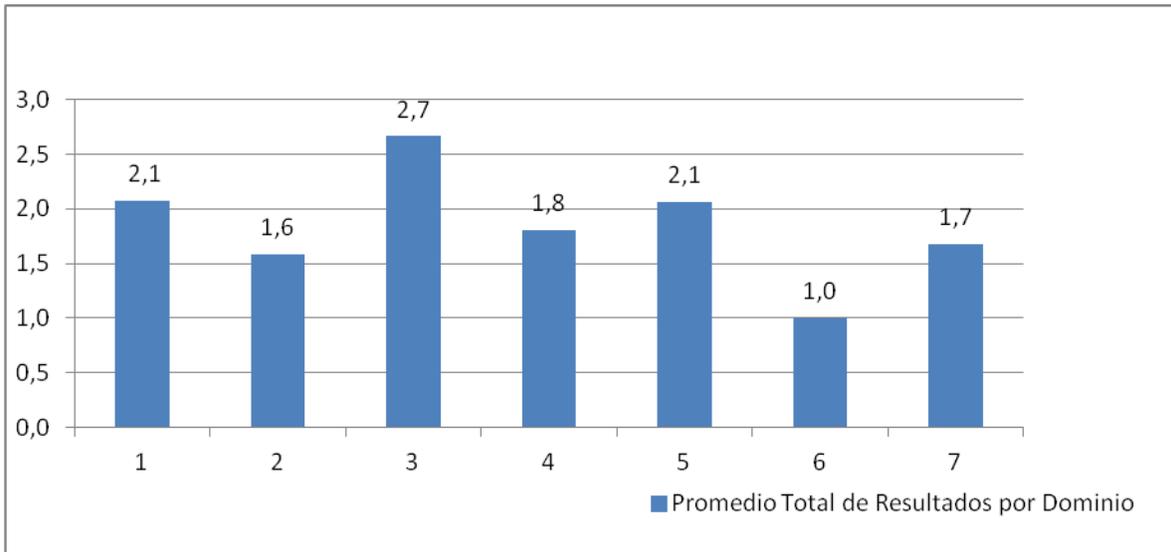


Gráfico N°5 Promedio total de resultados por dominio

El dominio más afectado fue el *disconfort psicológico*, con un puntaje promedio total de 2,7, seguido por *la limitación funcional* e *incapacidad psicológica*, con un promedio de 2,1 puntos. El dominio menos afectado corresponde a *incapacidad social* (dominio n°6) con 1.0 puntos promedio.

7. DISCUSION.

Para recuperar la salud oral, los sujetos desdentados totales pueden acceder a distintos tipos de tratamientos. Independiente de cuál sea, el objetivo principal es la restauración de la función y la recuperación de la forma facial, o dicho de otro modo, su estética (Sutton, 2004). Así el resultado estético conlleva una valoración subjetiva del tratamiento, transformándose en uno de los objetivos más difíciles de concretar requiriendo que el profesional logre comprender y objetivar las percepciones de sus pacientes, permitiendo un mejor cumplimiento de las expectativas del tratamiento (Fiske, 1998).

Está descrito en la literatura que las personas tienden a evaluar sus habilidades y características de una forma más favorable de lo que objetivamente son. Esta percepción mejorada no es un intento de ver que lo que se desea ver, sino más bien representa una visión reflexiva y a la vez parcializada del procesamiento de la auto información relevante. Los estereotipos negativos sobre los demás se activan selectivamente y se aplican a sí mismos para lucir mejor, por lo tanto las personas tienden a ser más objetivas en la evaluación de las imágenes de los demás que en la apreciación de su propia imagen (Epley and Whitchurch, 2008).

Pese a lo anteriormente señalado el impacto de la MCVRSO según el OHIP-estético, muestra que el 100 % de los sujetos han sido objeto de algún tipo de impacto, ya que ninguno de ellos obtuvo 0 puntos. Esto se ve reforzado por los datos de la última Encuesta Nacional de Calidad de Vida (2006), donde 37% de los mayores de 15 años, dijeron sentir que su salud “bucal” afecta su calidad de vida siempre o casi siempre (MINSAL 2013).

El hecho de que las diferencias en el nivel educacional y el género influyen en la autopercepción estética de los rasgos faciales, ha sido ampliamente discutido. En este estudio, las mujeres se evidenciaron más afectadas, mostrando una autopercepción estética más negativa que los hombres. El puntaje OHIP-ES promedio por pregunta más alto fue obtenido por al género femenino (gráfico N°2)

y al realizar el análisis estadístico, el puntaje OHIP -ES promedio fue 25,9 ($\pm 12,2^*$) para el género femenino y 25.4 ($\pm 13,2^*$) para el masculino (Tabla N°3). Esto puede explicarse por la mayor tendencia del género femenino a buscar soluciones estéticas y cosméticas, al igual que recuperar el aspecto bonito de los dientes y una sonrisa agradable, especialmente si estas son de mediana edad. Los resultados no sorprenden si consideramos que la salud oral en la sociedad occidental se basa en “estándares culturales juveniles”, donde los dientes son ideales si son rectos y blancos (Donnelly and MacEntee, 2012). Mujeres de más edad son vulnerables a estos mensajes sociales y experimentan fuertes presiones para mantener su juventud y delgadez. A medida que ocurren los cambios fisiológicos que acompañan el envejecimiento, las mujeres tienden a buscar la imagen "ideal" y con ello la insatisfacción corporal puede aumentar (Marshall, 2012).

En el estudio de Niesten (2012), los hombres están claramente menos preocupados que las mujeres por su apariencia y la mayoría mencionó que encontraba la función oral mucho más importante que la apariencia dental (Niesten, 2012). Al parecer las mujeres serían más exigentes con su autopercepción estética no solo a nivel oral, sino que también a nivel corporal (Marshall, 2012). No obstante, al analizar los datos según género, se obtuvo un $p = -0.158$ demostrando que no existe diferencia estadística al comparar la autopercepción estética según género.

En cuanto a la asociación entre edad y autopercepción estética, ésta es más bien débil ($R = -0,3$; $p = 0.00$). Esto se podría deber a la gran variabilidad que presentaron los resultados de cada grupo encuestado (Gráfico N°3 de dispersión). Además es posible sugerir que la forma en que los sujetos perciben y valoran el cambio facial, está determinado por múltiples aspectos, los cuales podrían determinar la actitud que pudiese tomar la persona al enfrentarse al desdentamiento. Algunos aspectos son la personalidad, estado emocional, la experiencia de quienes rodean a la persona, la influencia de los padres, por

ejemplo, podrían afectar cómo los individuos se perciben a sí mismos y a sus dientes. Estos últimos también tienen una importancia simbólica ya que la pérdida de ellos puede reflejar incluso, el deterioro inminente de virilidad y del atractivo facial (Allen and McMillan, 2003).

En algunos estudios, el nivel educacional demostró una significativa diferencia en la percepción estética (Tickle,1999; Chia, 1998), concluyéndose que los individuos de baja condición social o con menos oportunidades para acceder a la educación superior, son en general menos críticos en sus evaluaciones, apreciando perfiles faciales de forma más favorable que aquellos profesionales universitarios; no obstante, otros estudios, al igual que el nuestro, concuerdan en que no existe una influencia consistente en este tema (Flores-Mir, 2005; Thomas, 2003).

En relación al estatus socioeconómico, parece tener impacto en la capacidad para evaluar el atractivo dento maxilo facial de las personas. Tickle (2012)(Sveikata,2011), demostró que las personas socio-económicamente acomodadas, le asignan una evaluación general más negativa a las situaciones dentales poco estéticas, que aquellas personas menos privilegiadas. Esta situación se repitió en este estudio, ya que el mayor puntaje promedio por pregunta fue para el nivel educacional superior (puntaje = 3,3), pregunta N°6, proporcionando una evaluación más negativa de su condición dental. No obstante, el nivel educacional básico posee el puntaje promedio más alto (Tabla N°5). Una posible explicación a estos resultados es que las personas de más bajo nivel socioeconómico, tienden a tener una menor autoestima, y por lo tanto, a querer modificar en mayor medida su apariencia facial (Reichmuth, 2005). No obstante, se evidenció que no existe diferencia estadística entre nivel educacional y puntaje OHIP-ES ($p=0,08$).

Respecto a los dominios, el más afectado fue el *discomfort psicológico* (Gráfico N°5), con puntaje promedio total de 2,7 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? Este resultado es esperable según lo expuesto por Mehl (2011) y Van der Geld (2007), quienes explican que el aspecto dental se mide a través de atributos abstractos, tales como factores psicológicos, de la imagen corporal ideal, imagen de sí mismo y de la motivación personal (Van der Geld, 2007; Mehl, 2011). Así mismo, McKenzie-Green (2009), propone que en el contexto social, el estado de la boca y los dientes de una persona, pueden tener un importante impacto en la autoestima. Esto ayudaría a explicar por qué el *discomfort psicológico* fue el dominio evaluado más negativamente (McKenzie-Green, 2009).

Otros dominios afectados, con un promedio total de 2,1 puntos, son la *limitación funcional* y la *incapacidad psicológica*, lo que estaría en concordancia con Fiske (1998), quien demostró que individuos portadores de prótesis, disminuyen su confianza, tienen un envejecimiento prematuro, su auto – imagen está alterada, y existe alteración en la socialización y forma de abordar las relaciones íntimas. Por otra parte, las prótesis dentales podrían mejorar el aspecto oral y favorecer las interacciones sociales de los individuos, influyendo positivamente en la autoestima y por lo tanto, contribuiría al bienestar psicológico (Fiske,1998). En cuanto a las limitaciones funcionales, se sabe que sujetos portadores de prótesis tienen sólo alrededor de una quinta parte de la fuerza masticatoria, y que requieren 7 veces más golpes masticatorios para poder cortar los alimentos que los sujetos dentados (Emami, 2013). En el caso del edentulismo, este puede ir acompañado por deficiencias funcionales y sensoriales de la mucosa oral, la musculatura oral, y las glándulas salivales, con disminución de la regeneración de tejidos y de la resistencia tisular (MacEntee, 1998; Jankittivong , 2010).

El dominio menos afectado fue la Incapacidad social (Dominio nº6), con un promedio total de 1,0 punto, relacionado con 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?* Este

resultado podría deberse a que parte importante de la muestra corresponde a una población no activa. Además, gran número de individuos manifestó no tener problemas con la pareja o familia porque usaban la prótesis constantemente, incluso en la noche retirándola sólo para higienizarla. Dependiendo del puntaje OHIP-ES obtenido en la encuesta, será la autopercepción estética dentomaxilofacial que tenga el sujeto. Esta será baja si el puntaje OHIP-ES total se encuentra entre 0 a 18 puntos, moderada entre 19 a 36 puntos y alta entre 37 a 56 puntos.

El grupo de estudio obtuvo un puntaje OHIP-ES promedio de 24,7 puntos. Con este resultado podemos afirmar que la autopercepción estética dento maxilo facial del adulto mayor es moderada y no baja como se planteó en la hipótesis inicial.

Varios sujetos al momento de ser encuestados, expresaron que consideraban al desdentamiento y a las alteraciones de su estética facial, como parte natural del ciclo de vida y evalúan positivamente cualquier cambio asociado a los tratamientos planificados, aún cuando ésta modificación fuese mínima. Además señalaban y valoraban que era primera vez que un odontólogo les preguntaba no sólo respecto a su autopercepción funcional y estética, sino que además acerca de su bienestar psicológico y social.

Es importante considerar que dentro del estudio los voluntarios que participaron, corresponden a sujetos que acceden en busca de algún tratamiento odontológico, por ende, los resultados podrían variar al aplicarse en una población sana o aleatoria. Además, debemos reflexionar sobre la situación económica de los individuos y los tratamientos a los cuales pueden acceder, ya que gran parte de los pacientes atendidos en la clínica de Prótesis Totales, poseen en general recursos limitados, accediendo a rehabilitación oral de menor costo comparado con clínicas privadas. Como ya se mencionó, existen estudios que indican que el nivel socioeconómico de los sujetos, pareciera tener un impacto en la capacidad para evaluar el atractivo dento facial de las personas, determinando que individuos de clase baja son menos críticos (Sveikata, 2011).

A partir de todo lo expuesto anteriormente, se puede concebir la idea que lo que es considerado estético para un individuo puede ser considerado poco estético para otro, lo que determina la dificultad que se presenta al definir los objetivos y metas a alcanzar en un tratamiento.

8. CONCLUSIONES

- La autopercepción estética dento maxilo facial del adulto mayor es moderada.
- La autopercepción estética dento maxilo facial del adulto mayor es independiente del género, edad y nivel educacional .
- El área que más afecta al adulto mayor es el *discomfort psicológico*.

9. SUGERENCIAS.

- Aplicar el cuestionario antes señalado al mismo grupo de sujetos post rehabilitación oral.
- Aplicar la encuesta OHIP-ES a individuos pertenecientes a niveles socioeconómicos diferentes, para evaluar el impacto real del nivel socioeconómico en la autopercepción estética dentomaxilofacial .

10.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALGHADEER, A., NEWTON, T. & DUNNE, S. 2010. Cross cultural adaptation of oral health-related quality of life measures. *Dent Update*, 37, 706-8.
- ALLEN, F. & LOCKER, D. 2002. A modified short version of the oral health impact profile for assessing health-related quality of life in edentulous adults. *Int J Prosthodont*, 15, 446-50.
- ALLEN, P. F. 2003. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*, 1, 40.
- ALLEN, P. F. & MCMILLAN, A. S. 2003. A review of the functional and psychosocial outcomes of edentulousness treated with complete replacement dentures. *J Can Dent Assoc*, 69, 662.
- AWAD, M., AL-SHAMRANY, M., LOCKER, D., ALLEN, F. & FEINE, J. 2008. Effect of reducing the number of items of the Oral Health Impact Profile on responsiveness, validity and reliability in edentulous populations. *Community Dent Oral Epidemiol*, 36, 12-20.
- BENIC, G. I., WOLLEB, K., SANCHO-PUCHADES, M. & HAMMERLE, C. H. 2012. Systematic review of parameters and methods for the professional assessment of aesthetics in dental implant research. *J Clin Periodontol*, 39 Suppl 12, 160-92.
- BOUCHER C, H. J., ZARB G. 1977. Prótesis para el desdentado total. *Edit. Mundi S.A.I.C y F.*, 1, 69.
- BRISMAN, A. S. 1980. Esthetics: a comparison of dentists' and patients' concepts. *J Am Dent Assoc*, 100, 345-52.
- CHEN, T. H., LI, L. & KOCHEN, M. M. 2005. A systematic review: how to choose appropriate health-related quality of life (HRQOL) measures in routine general practice? *J Zhejiang Univ Sci B*, 6, 936-40.
- CHIA, R. C., ALLRED, L. J., GROSSNICKLE, W. F. & LEE, G. W. 1998. Effects of attractiveness and gender on the perception of achievement-related variables. *J Soc Psychol*, 138, 471-7.
- DONNELLY, L. R. & MACENTEE, M. I. 2012. Social interactions, body image and

- oral health among institutionalised frail elders: an unexplored relationship. *Gerodontology*, 29, e28-33.
- E., P. 2000. Patrón actual de estética facial. *Ortodoncia Clínica.*, 3, 72-85.
- EDLER, R. J. 2001. Background considerations to facial aesthetics. *J Orthod*, 28, 159-68.
- EMAMI, E., DE SOUZA, R. F., KABAWAT, M. & FEINE, J. S. 2013. The impact of edentulism on oral and general health. *Int J Dent*, 2013, 498305.
- EPLEY, N. & WHITCHURCH, E. 2008. Mirror, mirror on the wall: enhancement in self-recognition. *Pers Soc Psychol Bull*, 34, 1159-70.
- FAURE, J. C., RIEFFE, C. & MALTHA, J. C. 2002. The influence of different facial components on facial aesthetics. *Eur J Orthod*, 24, 1-7.
- FISKE, J., DAVIS, D. M., FRANCES, C. & GELBIER, S. 1998. The emotional effects of tooth loss in edentulous people. *Br Dent J*, 184, 90-3; discussion 79.
- FLORES-MIR C, S. E., BARRIGA MI, VALVERDE RH, LAGRAVÈRE MO, & PW., M. 2005. Laypersons' perceptions of the esthetics of visible anterior occlusion. . *J Can Dent Assoc*.
- FLORES-MIR, C., SILVA, E., BARRIGA, M. I., VALVERDE, R. H., LAGRAVERE, M. O. & MAJOR, P. W. 2005. Laypersons' perceptions of the esthetics of visible anterior occlusion. *J Can Dent Assoc*, 71, 849.
- MATURANA,H 1994. "La Ética del respeto mutuo". *Instituto de formación matrizica*.
- HONN, M. & GOZ, G. 2007. [The ideal of facial beauty: a review]. *J Orofac Orthop*, 68, 6-16.
- INE 2010. Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad, total país 1950- 2050. *Dpto. de Estadísticas Demográficas y Sociales*, Ed INE, 95.
- JAINKITTIVONG, A., ANEKSUK, V. & LANGLAIS, R. P. 2010. Oral mucosal lesions in denture wearers. *Gerodontology*, 27, 26-32.
- JAMIESON, L. M., ROBERTS-THOMSON, K. F. & SAYERS, S. M. 2010. Risk indicators for severe impaired oral health among indigenous Australian

- young adults. *BMC Oral Health*, 10, 1.
- LARSSON, P., JOHN, M. T., NILNER, K., BONDEMARK, L. & LIST, T. 2010. Development of an Orofacial Esthetic Scale in prosthodontic patients. *Int J Prosthodont*, 23, 249-56.
- LOPEZ, R. & BAELUM, V. 2006. Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-Sp). *BMC Oral Health*, 6, 11.
- MACENTEE, M. I., GLICK, N. & STOLAR, E. 1998. Age, gender, dentures and oral mucosal disorders. *Oral Dis*, 4, 32-6.
- MARSHALL, C., LENGYEL, C. & UTIOH, A. 2012. Body dissatisfaction among middle-aged and older women. *Can J Diet Pract Res*, 73, e241-e247.
- MCKENZIE-GREEN, B., GIDDINGS, L. S., BUTTLE, L. & TAHANA, K. 2009. Older peoples' perceptions of oral health: 'it's just not that simple'. *Int J Dent Hyg*, 7, 31-8.
- MEHL, C., KERN, M., FREITAG-WOLF, S., WOLFART, M., BRUNZEL, S. & WOLFART, S. 2009. Does the Oral Health Impact Profile questionnaire measure dental appearance? *Int J Prosthodont*, 22, 87-93.
- MEHL, C. J., HARDER, S., KERN, M. & WOLFART, S. 2011. Patients' and dentists' perception of dental appearance. *Clin Oral Investig*, 15, 193-9.
- MENG, X., GILBERT, G. H. & LITAKER, M. S. 2008. Dynamics of satisfaction with dental appearance among dentate adults: 24-month incidence. *Community Dent Oral Epidemiol*, 36, 370-81.
- MONTERO-MARTIN, J., BRAVO-PEREZ, M., ALBALADEJO-MARTINEZ, A., HERNANDEZ-MARTIN, L. A. & ROSEL-GALLARDO, E. M. 2009. Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 14, E44-50.
- MULLER, F., WAHL, G. & FUHR, K. 1994. Age-related satisfaction with complete dentures, desire for improvement and attitudes to implant treatment. *Gerodontology*, 11, 7-12.
- NAINI, F. B., MOSS, J. P. & GILL, D. S. 2006. The enigma of facial beauty: esthetics, proportions, deformity, and controversy. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 130, 277-82.

- NIESTEN, D., VAN MOURIK, K. & VAN DER SANDEN, W. 2012. The impact of having natural teeth on the QoL of frail dentulous older people. A qualitative study. *BMC Public Health*, 12, 839.
- ORREGO C , V. C. 2012. *Autopercepción estética del paciente comparada con la opinión de expertos*. Universidad de Chile.
- OZHAYAT, E. B., GOTFREDSEN, K., ELVERDAM, B. & OWALL, B. 2010. Patient-generated aspects in oral rehabilitation decision making. II. Comparison of an individual systematic interview method and the oral health impact profile. *Int J Prosthodont*, 23, 421-8.
- PENNACCHIOTTI VIDAL, G. 2006. *Factores que influyen en el uso de prótesis removible en Adultos Mayores recién rehabilitados.*, Universidad de Chile.
- PERSIC, S., MILARDOVIC, S., MEHULIC, K. & CELEBIC, A. 2011. Psychometric properties of the Croatian version of the Orofacial Esthetic Scale and suggestions for modification. *Int J Prosthodont*, 24, 523-33.
- PRECIADO, A., DEL RIO, J., SUAREZ-GARCIA, M. J., MONTERO, J., LYNCH, C. D. & CASTILLO-OYAGUE, R. 2012. Differences in impact of patient and prosthetic characteristics on oral health-related quality of life among implant-retained overdenture wearers. *J Dent*, 40, 857-65.
- REICHMUTH, M., GREENE, K. A., ORSINI, M. G., CISNEROS, G. J., KING, G. J. & KIYAK, H. A. 2005. Occlusal perceptions of children seeking orthodontic treatment: impact of ethnicity and socioeconomic status. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 128, 575-82.
- SANCHEZ, R. & ECHEVERRY, J. 2004. [Validating scales used for measuring factors in medicine]. *Rev Salud Publica (Bogota)*, 6, 302-18.
- SANDERS, A. E., SLADE, G. D., LIM, S. & REISINE, S. T. 2009. Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. *Community Dent Oral Epidemiol*, 37, 171-81.
- SHULMAN, J. D., MAUPOME, G., CLARK, D. C. & LEVY, S. M. 2004. Perceptions of desirable tooth color among parents, dentists and children. *J Am Dent Assoc*, 135, 595-604; quiz 654-5.
- SUTTON, D. N., LEWIS, B. R., PATEL, M. & CAWOOD, J. I. 2004. Changes in

- facial form relative to progressive atrophy of the edentulous jaws. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 33, 676-82.
- SVEIKATA, K., BALCIUNIENE, I. & TUTKUVIENE, J. 2011. Factors influencing face aging. Literature review. *Stomatologija*, 13, 113-6.
- TATARUNAITE, E., PLAYLE, R., HOOD, K., SHAW, W. & RICHMOND, S. 2005. Facial attractiveness: a longitudinal study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 127, 676-82; quiz 755.
- THOMAS, J. L., HAYES, C. & ZAWAIDEH, S. 2003. The effect of axial midline angulation on dental esthetics. *Angle Orthod*, 73, 359-64.
- TICKLE, M., KAY, E. J. & BEARN, D. 1999. Socio-economic status and orthodontic treatment need. *Community Dent Oral Epidemiol*, 27, 413-8.
- TORTOPIDIS, D., HATZIKYRIAKOS, A., KOKOTI, M., MENEXES, G. & TSIGGOS, N. 2007. Evaluation of the relationship between subjects' perception and professional assessment of esthetic treatment needs. *J Esthet Restor Dent*, 19, 154-62; discussion 163.
- VAN DER GELD, P., OOSTERVELD, P., VAN HECK, G. & KUIJPERS-JAGTMAN, A. M. 2007. Smile attractiveness. Self-perception and influence on personality. *Angle Orthod*, 77, 759-65.
- VAN DER MEULEN, M. J., JOHN, M. T., NAEIJE, M. & LOBBEZOO, F. 2008. The Dutch version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-NL): Translation, reliability and construct validity. *BMC Oral Health*, 8, 11.
- WEEDEN, J. C., TROTMAN, C. A. & FARAWAY, J. J. 2001. Three dimensional analysis of facial movement in normal adults: influence of sex and facial shape. *Angle Orthod*, 71, 132-40.
- WOLFART, S., QUAAS, A. C., FREITAG, S., KROPP, P., GERBER, W. D. & KERN, M. 2006. General well-being as an important co-factor of self-assessment of dental appearance. *Int J Prosthodont*, 19, 449-54.
- WONG, A. H., CHEUNG, C. S. & MCGRATH, C. 2007. Developing a short form of Oral Health Impact Profile (OHIP) for dental aesthetics: OHIP-aesthetic. *Community Dent Oral Epidemiol*, 35, 64-72.
- WONG, M. C., LO, E. C. & MCMILLAN, A. S. 2002. Validation of a Chinese version

of the Oral Health Impact Profile (OHIP). *Community Dent Oral Epidemiol*,
30, 423-30.

11. Anexos

Anexo 1

Nombre:

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

1. ¿Ha notado usted que un diente no se ve bien?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
2. ¿Ha sentido usted que su apariencia ha sido afectada por problemas con sus dientes?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
3. ¿Ha tenido usted dientes sensibles, por ejemplo debido a calor o alimentos o líquidos fríos?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
4. ¿Ha tenido usted áreas dolorosas en su boca?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
5. ¿Ha sido consciente de usted mismo/a por sus dientes?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
6. ¿Ha sentido usted incomodidad por la apariencia de sus dientes?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
7. ¿Ha sentido usted que hay menos sabor en sus alimentos por problemas con sus dientes?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
8. ¿Ha evitado usted sonreír por problemas con sus dientes?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
9. ¿Ha encontrado difícil relajarse por problemas con sus dientes?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
10. ¿Ha estado usted un poco avergonzado por problemas con sus dientes?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
11. ¿Ha sido usted menos tolerante con su pareja o familia por problemas con sus dientes?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
12. ¿Ha tenido usted dificultades haciendo su trabajo habitual por problemas con sus dientes?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
13. ¿Ha sido incapaz de disfrutar mucho la compañía de otra gente por problemas con sus dientes?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre
14. ¿Ha sentido usted que la vida en general fue menos satisfactoria por problemas con sus dientes?	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Muy A Menudo	Siempre

Anexo 2



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 (cvergar@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 apego 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.