



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

**“Autopercepción estética dento máxilo facial según grado de desdentamiento del sujeto adulto joven dentado completo, adulto dentado parcial y adulto mayor desdentado total.”**

**Sara Márquez Yáñez**

**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  
2014**





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

**“Autopercepción estética dento máxilo facial según grado de desdentamiento del sujeto adulto joven dentado completo, adulto dentado parcial y adulto mayor desdentado total.”**

**Sara Márquez Yáñez**

**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  
2014**

## *Agradecimientos*

A mis tutores, al Dr. Vergara por su buena disposición, consejos y conocimientos brindados. A la Dra. Lee por sus aportes y recomendaciones.

A mis padres y hermanos por ser los mejores todos estos años. Por subirme el ánimo cuando lo necesite. Por aguantar mi mal humor y apoyarme en todos los malos ratos. En fin, por ser mi soporte durante estos 6 años, muchas gracias por todo.

Al team totales, en especial a Enrique y Sebastián que trabajamos juntos durante todo el proceso de la tesis.

A mis amigos por esas juntas que ayudaron de mucho en esos momentos de estrés.

Y a todos los que fueron parte de este proceso.

## INDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>10</b>
Encuesta OHIP.....	10
PERCEPCIÓN DE LA APARIENCIA DENTAL.....	12
CALIDAD DE VIDA, APARIENCIA DENTAL Y PÉRDIDA DENTARIA.....	14
PÉRDIDA DENTARIA EN CHILE.....	16
ESTÉTICA FACIAL.....	17
ENVEJECIMIENTO Y ESTÉTICA FACIAL.....	18
<b>HIPÓTESIS.....</b>	<b>21</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>21</b>
OBJETIVO GENERAL.....	21
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>22</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>24</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>30</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>35</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>36</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>40</b>

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** Los pacientes contemporáneos son más informados y participativos sobre los tratamientos disponibles. Esto ha generado la necesidad de métodos de evaluación de creencias y necesidades de salud. Se ha estudiado que la percepción de la salud puede ser diferente para el paciente y el profesional sanitario. Para ello se ha desarrollado una de las herramientas actuales más completas para medir la autopercepción del estado de salud bucal (Locker, 2002): “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 en español. Esta herramienta está validada y es usada internacionalmente en este tipo de estudios.

El propósito es investigar si hay una asociación entre la percepción estética y la pérdida dentaria.

**MATERIALES Y METODOS.** Estudio descriptivo transversal. Participaron 245 voluntarios, de los cuales 232 fueron seleccionados: de ambos sexos, adultos jóvenes dentados completos, adultos dentados parciales y adultos mayores desdentados totales. Los voluntarios respondieron el cuestionario OHIP-Estético. El cuestionario se aplicó de manera escrita bajo supervisión en un tiempo estimado de 20 minutos. Para el análisis de resultados se utilizó el test no paramétrico Kruskal-Wallis y el test de Correlación de Pearson.

**RESULTADOS.** Existe diferencia estadística al comparar las respuestas de los tres grupos, siendo más alto el valor de OHIP-estético al existir pérdida dentaria. El grupo de adultos desdentados parciales son los que presentan valores más altos en la encuesta con un puntaje total de 28.95/ 56. Además hay diferencia estadística entre hombres y mujeres, en donde éstas presentaron valores más altos en la encuesta con un promedio de 25.62/56.

**CONCLUSIONES.** La autopercepción estética, al comparar los tres grupos, es más negativa en sujetos desdentados parciales. También podemos decir que

estaría asociada al deterioro en las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionadas con Salud Oral, siendo más afectados, en general, los adultos desdentados. Las mujeres son más críticas que los hombres mostrando una autopercepción estética más negativa. El área que más afecta a los tres grupos es el *discomfort psicológico*, teniendo niveles muy similares y más elevados de insatisfacción en los sujetos desdentados.

## **INTRODUCCIÓN**

En el ámbito de la salud, existe un énfasis cada vez mayor en los pacientes respecto a la autonomía y la participación activa en la toma de decisiones sobre sus tratamientos. (Robinson and Thomson, 2001)

La evidencia sugiere que las preferencias de los sujetos varían en cuanto a recibir información de los tratamientos y asumir la responsabilidad de las decisiones sobre los mismos. Factores asociados con estas preferencias incluyen la edad, el sexo, y el tipo de problema clínico ya sea estético y/o funcional (Robinson and Thomson, 2001). Esto ha generado la necesidad de desarrollar métodos para evaluar las creencias y necesidades de salud de los pacientes. 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 de los pacientes. (Núñez L, 2013)

Las mediciones de salud relacionadas con la calidad de vida (MCVRS, en inglés Health-Related Quality of Life [HRQL]) han formado una parte importante de la evaluación la calidad de la atención en salud. 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, fácil de marcar, y proporcionar datos clínicos útiles.(Chen, 2005)

Varios métodos han sido utilizados para desarrollar estas medidas. Uno de los instrumentos usados es el Índice de Evaluación de Salud Oral en General (en inglés, General Oral Health Assessment Index [GOHAI]), que ha sido utilizado para construir escalas que proporcionan un índice de los efectos de trastornos orales. En este índice, el impacto de los trastornos de salud oral en la calidad de vida, se calcula mediante la asignación de un total de puntuación para indicar, en la medición, una serie de consecuencias funcionales y psicosociales. Un enfoque similar se emplea en los Impactos Sociales de la Enfermedad Dental (en inglés Social Impacts of Dental Disease) y en Indicadores subjetivos del estado de salud oral (en inglés Subjective Oral Health Status Indicators). (Allen, 2003)



Por último, Locker (2002) ha utilizado otro enfoque, colocando trastornos funcionales y sus consecuencias sociales en una jerarquía de resultados. Usando este método, describe un "Perfil" de los impactos sociales: "El Perfil de Impacto de la Salud Oral (en inglés Oral Health Impact Profile [OHIP]). (Núñez L, 2013, Wong, 2007)

El OHIP tiene una extensión de 49 preguntas (OHIP-49), lo que limita su utilización en estudios clínicos. Esta limitación llevó a desarrollar versiones más cortas; particularmente en el área de la estética dental existe una versión propuesta por Wong y col, 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. (Nuñez, 2012, Núñez L, 2013)

## MARCO TEÓRICO

### **Encuesta OHIP**

El OHIP es uno de los instrumentos más completos 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 (2002): Limitación Funcional, Dolor Físico, Discomfort Psicológico, Incapacidad Física, Incapacidad Psicológica, Incapacidad Social y En Desventaja. (Wong, 2007, Nuñez, 2012)

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 bienestar. Las preguntas se refieren a consecuencias adversas de las enfermedades bucodentales y condiciones dentales en el aspecto general asociado a bienestar, dolor, interacción social y bienestar psicológico. Los cuestionarios OHIP han sido traducidos a más de 15 idiomas, incluido el español. (Sanders, 2009)

El mencionado OHIP-49, 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, OHIP ha sido utilizado en una serie de estudios epidemiológicos para medir resultados en numerosos estudios de cohorte y ensayos clínicos. Como en algunos entornos de investigación no es posible el uso de toda la batería de 49 preguntas, fue desarrollada una versión más corta del OHIP, OHIP-14 (Wong, 2007). Los resultados del OHIP-14 se expresan en rangos variables de 0-56 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. Estos son clasificados en bajo, moderado o alto impacto según el puntaje obtenido: 0-18, 19-37 y 38-56 respectivamente.(Preciado, 2012, Misrachi C, 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. (Nuñez, 2012, Wong, 2007)

En el área de la estética dental existe una versión propuesta por Wong y cols., conocida como OHIP-Aesthetic (OHIP-Estético en español). Este cuestionario de 14 preguntas, generado a partir de un enfoque basado en expertos, es comparable a las propiedades de evaluación del OHIP-49 en el ámbito de la estética dental y además es mejor que otras versiones abreviadas estudiadas, como: OHIP-14, OHIP-regresión (obtenida mediante regresión estadística) en la medición de discriminación en estética dental y presentando confiabilidad y sensibilidad al cambio en intervenciones estéticas-blanqueamiento dental. (Wong, 2007, Nuñez, 2012, Núñez L, 2013)

En Chile, el OHIP-estético 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: previo a ser sometidos a blanqueamiento dental, una semana después y al mes de la intervención. Finalmente el cuestionario presentó confiabilidad, en términos de consistencia interna y estabilidad temporal. Además este cuestionario, presenta sensibilidad al cambio en la apreciación estética en pacientes tratados con blanqueamiento dental. (Nuñez, 2012, Núñez L, 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 es más complejo comparado con el blanqueamiento dental, altera diversas características de la sonrisa como forma, tamaño y posición dental, que afectan considerablemente la estética y apariencia dental, versus el blanqueamiento que únicamente considera el cambio

de color. Es por esto que se sugiere, al igual que en el estudio de Wong y cols., realizar la evaluación del cuestionario OHIP-estético en estudios con otros tratamientos estéticos. (Nuñez, 2012, Núñez L, 2013, Mehl, 2009)

Mehl y otros autores demostraron la mejora de la puntuación total OHIP y la puntuación subdominio OHIP-estética como el éxito alcanzado por la rehabilitación oral en su estudio. Además, esta mejora multidimensional demuestra que una rehabilitación oral integral involucra a una gran cantidad de diferentes aspectos de Mediciones de la Calidad de Vida Relacionadas con Salud Oral (MCVRSO, del inglés Oral Health Related Quality of Life, OHRQL) y muestra que el OHIP-estético es apropiado para medir el estado general de la apariencia dental. (Mehl, 2009)

## **PERCEPCIÓN DE LA APARIENCIA DENTAL**

En relación a estos cuestionarios de auto percepción, sabemos 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)

La apariencia dental influye en el juicio de otras personas respecto del atractivo facial de una persona como característica personal. Desde el énfasis en mejorar la apariencia personal se ha mostrado en los pacientes una mayor demanda de procedimientos estéticos, y fueron identificados efectos positivos en la autoestima y la calidad de vida de los pacientes. (Mehl, 2011, Jornung and Fardal, 2007)

Una equilibrada armonía en la sonrisa, juzgada 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)

Una sonrisa estéticamente agradable no sólo depende de componentes como posición del diente, tamaño, forma, y color, sino también de la cantidad de encía visible y forma de los labios. Todos estos componentes en teoría deben conformar una entidad armónica y simétrica. Los labios son el factor de control en la que partes de dientes, encías, y cavidad oral se verán en la sonrisa de un individuo. (Van der Geld, 2007)

Se ha visto que dentistas y pacientes perciben una mejora significativa en la estética después de una rehabilitación, que depende en gran medida de la gravedad del estado estético que los pacientes mostraron antes del tratamiento en contraste con el resultado final de la restauración. Los sujetos se muestran satisfechos con la estética dental cuando conocen sus limitaciones personales. En contraste, los profesionales no tienen en cuenta esta influencia personal y en su lugar juzgan de acuerdo con las directrices de rangos estéticos superiores (Mehl, 2011). 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)

Sujetos mayores se muestran significativamente menos satisfechos con sus sonrisas y la forma de sus labios que aquellos más jóvenes. Se sabe que la cantidad de dientes que se muestran en el maxilar superior es inversamente proporcional al aumento de la edad, mientras la cantidad de dientes que la mandíbula muestra es directamente proporcional al aumento de la edad. Por lo tanto, una persona más joven mostrará más dientes maxilares que mandibulares, mientras que una persona mayor va a mostrar más dientes mandibulares que maxilares. (Larsson, 2010)

Puede que ese fenómeno se encuentre relacionado con la edad en la que los sujetos mayores se preocupan frente a la estética. Siempre la sonrisa ideal, retratada por los medios de comunicación, es la de una persona joven. Además, las personas mayores tienen dientes que a menudo están más ampliamente restaurados y de un tono más oscuro que los dientes de las más jóvenes.

(Jornung and Fardal, 2007)

En estudios de adultos y adultos mayores, 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. 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 and Holtzman, 1999)

### **CALIDAD DE VIDA, APARIENCIA DENTAL Y PÉRDIDA DENTARIA**

Así como la definición de la salud no es sólo la falta de enfermedad, el concepto de la salud oral también va más allá de la ausencia de la enfermedad oral, se debe abarcar factores físicos, psicológicos, conductuales, y los componentes sociales. Estudios previos muestran que la apariencia dental comprende una importante dimensión de la salud oral y calidad de vida. (Cushing, 1986, John, 2004)

Los cambios en la enfermedad oral / daño del tejido y la condición oral desfavorable son significativamente asociados con el cambio en la satisfacción con la apariencia dental. Como regla general la aparición de un nuevo problema de salud oral, o la existencia crónica del mismo, se asocia con una menor probabilidad de mejora de la satisfacción y una mayor probabilidad de deterioro de ella. (Meng, 2008)

La pérdida de dientes se asocia al deterioro en las MCVRSO y la ubicación y distribución de la pérdida de dientes pueden afectar la severidad de la discapacidad. 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 cae por debajo de 20 y que ello es independiente del aumento de la edad. (Jain, 2012, Gerritsen, 2010)

Varios estudios han investigado MCVRSO en sujetos portadores de prótesis totales. La mayoría han acordado que, en comparación con OHIP para los sujetos parcial o totalmente dentados, los sujetos que recibieron prótesis totales mostraron un mayor grado de deterioro. Ciertamente, sujetos portadores de prótesis removibles muestran una MCVRSO más pobre que sujetos parcial o totalmente dentados sin prótesis removibles, pero algunos investigadores han informado de una diferencia significativa en OHIP entre los sujetos portadores de prótesis parciales y completas.(Komagamine, 2012)

Kotzer (2012) y cols. encontraron que la población pre-adulto mayor (adultos de 45 a 64 años de edad) que vive en una comunidad reportó mayor impacto en su salud oral 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.

A pesar de que la salud “bucal” de la población chilena ha mejorado en el último tiempo, según los estudios realizados, aún existe una alta prevalencia de patologías orales en nuestra población, afectando la calidad de vida de quienes las padecen. Así lo demuestra la última Encuesta Nacional de Calidad de Vida realizada el año 2006, donde un 37% de los mayores de 15 años, dijeron sentir que su salud “bucal” afecta su calidad de vida siempre o casi siempre (MINSAL Abril del 2013) . La salud “bucal” afecta la calidad de vida de los individuos en términos de dolor, malestar, limitación y minusvalía social y funcional. Los mayores de 20 se ven más afectados que los más jóvenes, lo que probablemente se debe a que su daño oral es mayor. (MINSAL, 2003)

## **PÉRDIDA DENTARIA EN CHILE**

En las últimas décadas la población chilena ha experimentado una rápida transición hacia el envejecimiento poblacional. Este cambio demográfico, se debe al aumento progresivo de la población adulta mayor, paralelo a la disminución del grupo etario menor de 25 años. (INE, 2010)

No existen muchos estudios que den cuenta de la situación de salud oral de la población adulta chilena. A nivel nacional, sólo se cuenta con la Encuesta Nacional de Salud 2003, que mide el desdentamiento de la población adulta de nuestro país (MINSAL, Abril del 2013, Gamonal, 1996) .Mientras que en la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 se registró la situación de uso de prótesis dental y su demanda potencial, pero no se incluyó el examen clínico dental. (MINSAL, 2010)

Se destaca que entre un 35% a un 50 % de los individuos mayores de 60 años son desdentados totales y se observa una alta prevalencia de lesiones de la mucosa oral y de enfermedad periodontal (Aránguiz, 1994, Bernal, 1985, Espinoza, 2001). Las principales causas de las pérdidas de dientes son la caries y la enfermedad periodontal, siendo más relevante la caries, especialmente en la gente más joven. (MINSAL, 2003, MINSAL, Abril del 2013)

En el grupo de adultos de 35-44 años un 20% conserva su dentición completa mientras que este porcentaje baja a un 1% en los adultos de 65 a 74 años. La población de 35 a 44 años tiene un promedio de 6,5 dientes perdidos mientras en la población de 65 a 74 años este promedio es de 15,8. (MINSAL, 2003, MINSAL, Abril del 2013)

El 77,8% de los adultos mayores chilenos se atienden en los Servicios Públicos de Salud. En Chile cerca de un 25% de los individuos mayores de 60 años son desdentados totales y de éste, el 18,6% no contaba con prótesis a la fecha de la encuesta. Su rehabilitación oral incluye, para la gran mayoría, la confección de prótesis dentales removibles, parciales o totales, ya sea para reemplazar un



tratamiento previo en malas condiciones o para sustituir las piezas dentarias pérdidas.(Pennacciotti, 2006)

## **ESTÉTICA FACIAL**

La Belleza puede ser definida como una combinación de cualidades que le dan placer a los sentidos o la mente. La estética es el estudio de la belleza y, en menor medida, a su opuesto, lo feo.(Naini, 2006)

El factor principal que define el atractivo de un individuo es su cara. Se ha informado que los ojos, la región oral y la tez contribuyen significativamente al atractivo general del rostro. Sin embargo, se ha sugerido que el resto de la cara parece ser una señal más influyente que la estética dental la formación de una impresión general.(Tatarunaite, 2005)

Un aspecto atractivo tiene una clara forma de influir en nuestra vida cotidiana. Gente atractiva se considera más amable, más inteligente, más interesante y más competente socialmente. (Naini, 2006, Tatarunaite, 2005) El atractivo es juzgado según normas comunes y no está solo en el ojo del espectador. La literatura muestra que los seres humanos tienen una capacidad innata para discriminar entre lo bello y feo. Incluso los bebés de no más de 9 meses de edad ya miran las caras de los adultos que consideran atractivos, algo que algunos autores creen que puede indicar que el ideal de belleza es innato. (Naini, 2006)

Estándares para evaluar el atractivo incluso son compartidos en todas las culturas. Bernstein encontró que las preferencias de chinos y caucásicos eran idénticas. Iwawaki demostró que las percepciones de la belleza de ingleses y de japoneses también estuvieron de acuerdo. Estos resultados indican que hay una común e innata idea de lo que constituye una cara "ideal" (Naini, 2006, Edler, 2001). Además, parece que nuestras percepciones de la atracción son heredados (o inherentes) y, además, son universales o interculturales. (Edler, 2001)

La simetría juega un papel importante en la determinación del atractivo de un rostro, aunque las características distintivas hacen que una belleza sea extraordinaria. (Naini, 2006)

## **ENVEJECIMIENTO Y ESTÉTICA FACIAL**

El envejecimiento es un proceso vital. Los cambios en la cara secundarios al envejecimiento son los más aparentes. El envejecimiento facial es un proceso dinámico que implica el envejecimiento de las estructuras de los tejidos blandos y óseos. A lo largo de la vida de una persona van ocurriendo una serie de cambios físicos como resultado de la combinación de factores como el ambiente, estilo de vida, genética y en especial por el envejecimiento, proceso natural y continuo que no se detiene hasta la muerte de la persona. (Sveikata, 2011)

En el contexto social, el estado de la boca y dientes de una persona puede tener un profundo impacto en su autoestima. El envejecimiento cuestiona las representaciones simbólicas del aspecto ideal de la salud oral. Los dientes se decoloran con la edad, las encías se retraen y el proceso de envejecimiento conduce a que las obturaciones se desalojen y los alimentos queden atrapados entre las brechas. (McKenzie-Green, 2009)

La imagen corporal, pérdida de peso y las terapias cosméticas para muchas personas se constituyen en la búsqueda de la eterna juventud al igual que el aspecto bonito de los dientes y una sonrisa agradable, especialmente entre las mujeres mayores, y no hay razón para creer que los hombres se sienten diferentes. (Donnelly and MacEntee, 2012)

En la postura corporal se genera un aplanamiento de la lordosis lumbar y una profundización del arco superior de la cifosis torácica, lo que produce la característica postura de pie con la cabeza en protrusión y la inclinación del segmento superior del tronco, así como también se observan cambios en la posición de los hombros, de la cintura y de los procesos espinosos en relación con el plano vertical. (Ostrowska, 2003)

Las principales fuerzas responsables del envejecimiento de la cara incluyen la gravedad, la maduración del tejido blando y remodelación esquelética, la actividad muscular facial, cambios solares y cambios en el sistema estomatognático. (Sveikata, 2011)

Debido al envejecimiento hay una disminución en la producción de colágeno (este contribuye a la firmeza de la piel), disminuye la producción de elastina (contribuye a la elasticidad de la piel), las células grasas empiezan a desaparecer (que puede conducir para flacidez de la piel), la piel retiene menos humedad, aparecen líneas faciales debido a las contracciones de pequeños músculos y las células muertas de la piel no son renovadas rápidamente (McKenzie-Green, 2009) .La punta de la nariz pierde su proyección y desciende, se profundizan los pliegues naso-labiales, los labios se adelgazan y se pierde exposición del bermellón. (Mohindra and Bulman, 2002)

El desdentamiento total es el causante del mayor cambio facial. La musculatura peribucal se encuentra soportada por las piezas dentarias y el tejido alveolar adyacente (Allen and McMillan, 2003) . La pérdida de piezas dentarias conduce a una reabsorción de hueso en las zonas no activas, un proceso que es más pronunciado en el maxilar que en la mandíbula y que se constituye en una entidad crónica, progresiva, irreversible y acumulativa, generando una paulatina transformación de la morfología facial. La presencia de menos tejido óseo en el maxilar superior disminuye la altura de la cara y provoca que la mandíbula se vea más prominente. (Sveikata, 2011, Allen and McMillan, 2003)

La pérdida de los tejidos de soporte en la cara conduce a la formación de arrugas y afecta a los músculos inferiores de la cara, que debe compensar la ausencia de dientes. Cuando los dientes se pierden de la áreas laterales de la mandíbula, puede haber un estrechamiento de la cara, así como un vaciamiento de las mejillas, la pérdida de diente anteriores producirán un perfil cóncavo.(Allen and McMillan, 2003, Sveikata, 2011)

La pérdida de la dentición natural da como resultado la reabsorción gradual del proceso alveolar y consecuentemente un cambio en la natural relación mandibular. Al mismo tiempo hay cambios en la musculatura facial y cambios en la morfología facial. (Sutton, 2004)

## **HIPÓTESIS.**

**Existe una asociación negativa entre la autopercepción estética del sujeto según el grado de desdentamiento.**

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL.**

- Analizar y comparar la autopercepción estética dento máxilo facial según el grado de desdentamiento del sujeto adulto joven dentado completo, adulto dentado parcial y adulto mayor desdentado total.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Determinar mediante encuesta OHIP-ES-14 la autopercepción estética del sujeto dentado completo adulto joven, sujeto dentado parcial adulto y sujeto desdentado total adulto mayor.
- Comparar la autopercepción estética dento máxilo facial según género.
- Comparar la autopercepción estética dento máxilo facial entre el adulto dentado completo, adulto dentado parcial y adulto mayor desdentado total.

## **METODOLOGÍA.**

Este es un estudio Descriptivo Transversal

### **1.- MUESTRA**

En el presente trabajo se invitó a participar a 245 sujetos (por conveniencia), de ambos sexos, adultos jóvenes, adultos (40-60 años) y adultos mayores (mujeres 60 años o más y hombres 65 años o más), que corresponden a sujetos atendidos en la asignatura de Operatoria, Prótesis Removible y Prótesis Totales (respectivamente), de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile con el objetivo de rehabilitarse a través de la confección de prótesis removible.

Según el documento del MINSAL “Análisis de la situación salud bucal en Chile” (2010) los sujetos del grupo etario adulto mayor tienen en promedio una pérdida de 15,8 dientes, por lo tanto son potencialmente pacientes protésicos. La población de 35 a 44 años tiene un promedio de 6,5 dientes perdidos mientras en la población de 65 a 74 años este promedio es de 15,8. MINSAL (Abril de 2013)

Los criterios de inclusión fueron:

1. Sujetos ASA I y II
2. Portadores y no portadores de prótesis removible
3. Dentados totales, desdentados parciales y desdentados totales, o parciales sin referencias oclusales (por ejemplo clase V sin antagonista)
4. Aceptar la participación en este estudio, previa firma del consentimiento informado (anexo 2) para la encuesta.

Los criterios de exclusión fueron:

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

## **2.- PROCEDIMIENTOS:**

Aplicación de la encuesta OHIP-estética:

Se explicó a cada sujeto en qué consiste el estudio y fue incluido sólo si accedía de forma voluntaria, expresado a través de la firma de un consentimiento informado (Anexo N° 2). En caso de no aceptar su incorporación al estudio, quedó registrado en una hoja de rechazo.

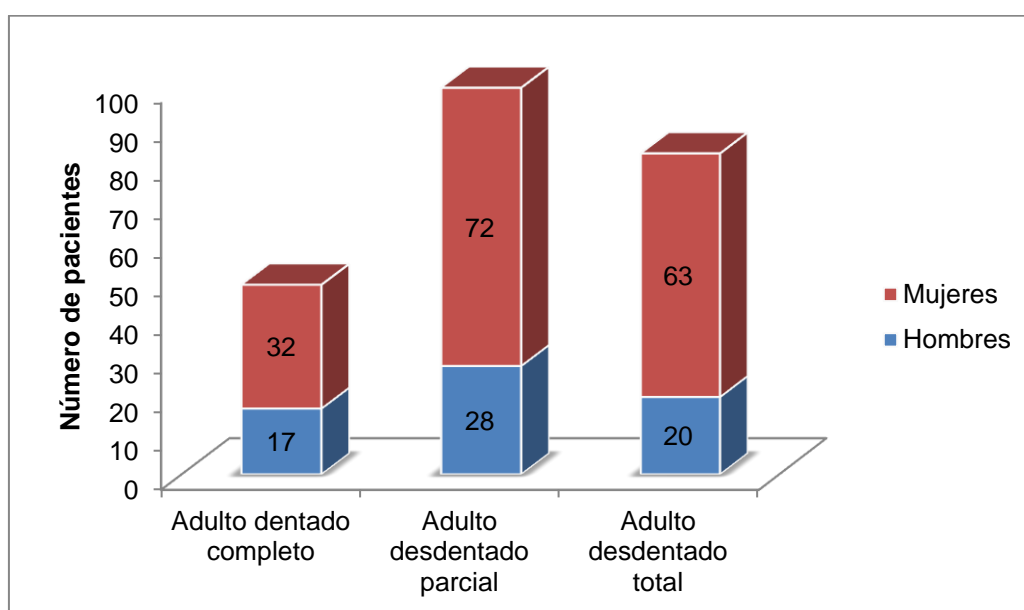
Se registraron las variables socio-demográficas: Edad, y nivel de escolaridad, experiencia protésica previa; y los datos epidemiológicos de cada sujeto incluyendo nombre, domicilio, comuna, teléfono.

Los sujetos de la muestra respondieron las 14 preguntas del cuestionario OHIP-estético validado en español (anexo 1). El cuestionario se aplicó de manera escrita (auto administrado) bajo supervisión en caso de dudas por parte del sujeto en un tiempo estimado de 20 minutos.

## RESULTADOS

La encuesta fue contestada en total por 245 voluntarios, de los cuales 232 fueron seleccionados según los criterios de inclusión y exclusión para participar del estudio. Del grupo seleccionado, un 28% son sujetos del género masculino y un 71,9% son sujetos de género femenino. Un 21.12% corresponde al grupo “adulto dentado completo”, un 43.10% a “adulto desdentado parcial” y un 35.77% a “adulto desdentado total”.

En el grupo “adulto dentado completo” son 32 mujeres y 17 hombres, en el grupo “adulto desdentado parcial” son 72 mujeres y 28 hombres y en el grupo “adulto desdentado total” son 63 mujeres y 20 hombres.



**Gráfico 1 Distribución de la muestra según género**

Para obtener el resultado de la autopercepción de los sujetos se utilizó el método

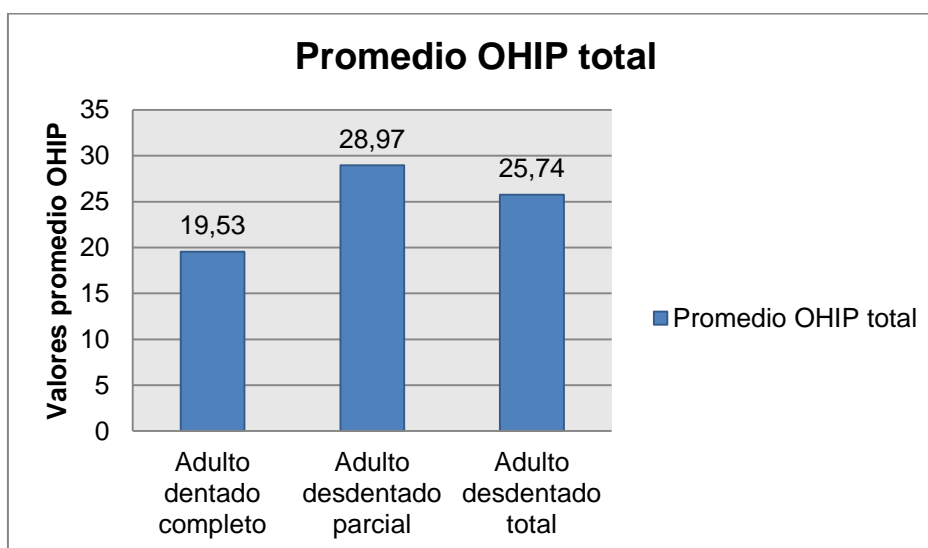


aditivo (OHIP-ADD), sumando los códigos de cada una de las 14 preguntas del cuestionario. El resultado fue promediado en cada uno de los grupos de la muestra (tabla 2).

Grupo de sujetos	Promedio OHIP Estético (+/-) desviación estándar	Promedio mujeres (+/-) desviación estándar	Promedio hombres (+/-) desviación estándar
<b>Adulto dentado completo</b>	19.53 (+/-11.2)	19.62 (+/-11.1)	19.35 (+/-11.7)
<b>Adulto desdentado parcial</b>	28.95 (+/-11.9)	25.85 (+/-12.2)	25.00 (+/-13.1)
<b>Adulto mayor desdentado total</b>	25.72 (+/-12.3)	31.41 (+/-10.9)	21.50 (+/-11.4)

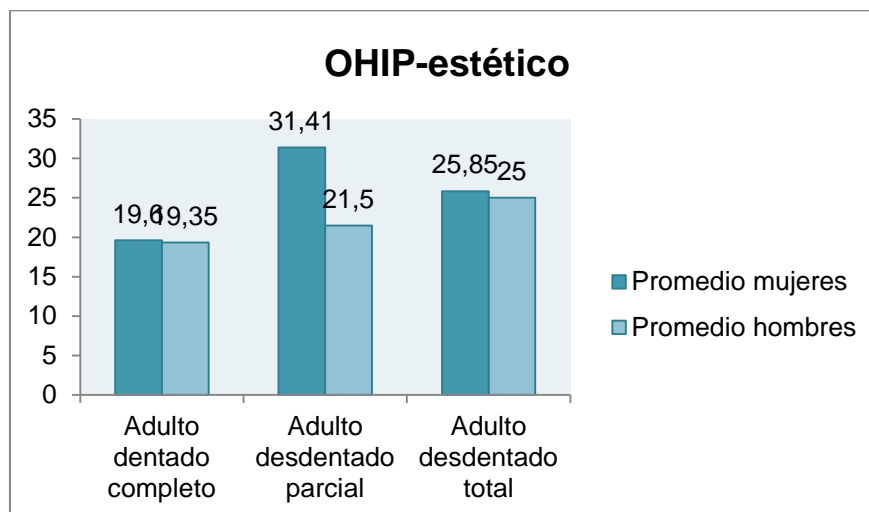
**Tabla 1 Promedio de resultados del OHIP-estético en los grupos de la muestra**

Para el análisis estadístico se utilizó el software STATA 7.0. Se comprobó el tipo de distribución de los datos de la encuesta OHIP-Estético mediante la prueba de Shapiro-Wilk ( $p < 0.05$ ) dando cuenta de una distribución no normal, razón por la cual, para el análisis de los datos se utilizó el test no paramétrico Kruskal Wallis.



**Gráfico 2 Promedio OHIP-estético total en cada grupo de la muestra**

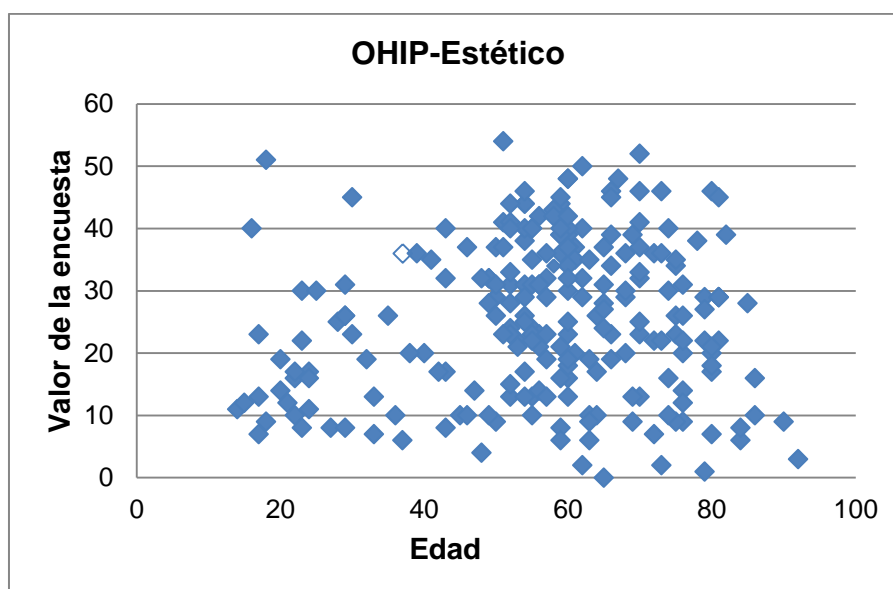
Al aplicar el test Kruskal Wallis a los datos se obtuvo un  $p=0.00$  demostrando una diferencia estadística al comparar las respuestas de los tres grupos (dentados totales, desdentados parciales y totales), siendo más alto el valor OHIP-estético al existir pérdida dentaria (gráfico 2). El grupo de sujetos desdentados parciales son los que presentan valores más altos en la encuesta con un puntaje total de 28.97/56 (tabla 2).



**Gráfico 3 Promedio OHIP-estético según género**

En el caso de la división de grupos por géneros, al aplicar el test de Kruskal Wallis nuevamente se obtuvo un  $p=0.00$  demostrando diferencia estadística entre hombres y mujeres, en donde los sujetos del género femenino presentaron valores más altos en la encuesta con un promedio de 25.62, mientras que sujetos de género masculino obtuvieron un promedio de 21.95 (gráfico3).

Quienes presentan valores más altos en OHIP-Estético son las mujeres del grupo adulto desdentado parcial con una puntuación de 31.41 y en el caso de los hombres el grupo de adultos desdentados totales con una puntuación de 25.00 (gráfico 3).



**Gráfico 4** Correlación de valores de OHIP-estético con la edad

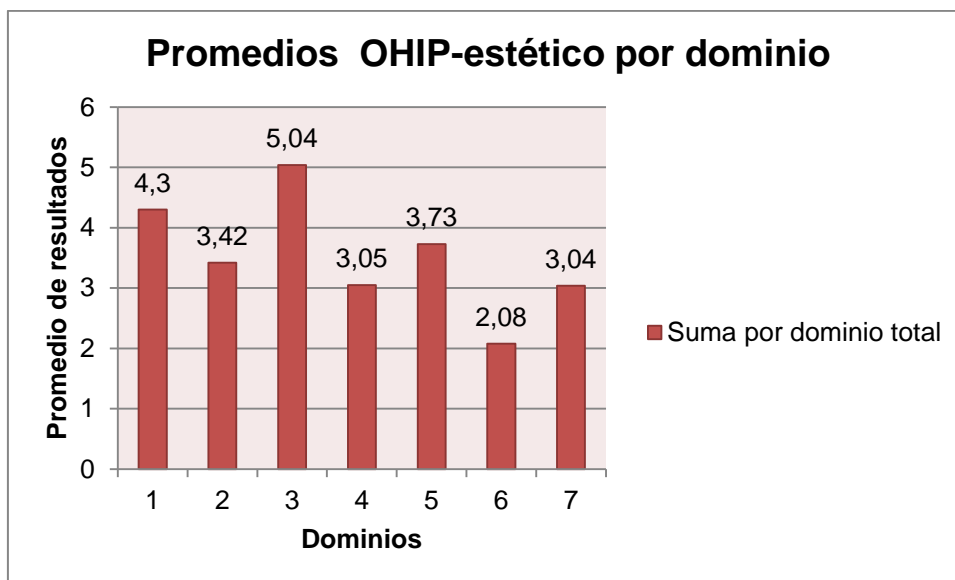
Para evaluar la asociación entre las respuestas de OHIP-estético y los distintos grupos se aplicó el test de Correlación de Pearson, el cual dio un valor de  $R=0.28$  lo que indica que existe una asociación positiva, pero esta es débil con significancia estadística  $p=0.00$  (gráfico 4).

Los valores de los resultados de OHIP-estético según los **dominios** descritos por Locker están expuestos en la tabla 3

DIMENSION	Promedio dentado completo	Promedio desdentado parcial	Promedio desdentado total
<b>1.Limitación funcional</b>	3.7/8	5.0/8	4.1/8
<b>2.Dolor físico</b>	3.6/8	3.5/8	3.1/8
<b>3.Disconfort psicológico</b>	4.3/8	5.5/8	5.3/8
<b>4.Incapacidad física</b>	1.8/8	3.7/8	3.6/8
<b>5.Incapacidad psicológica</b>	2.6/8	4.5/8	4.1/8
<b>6.Incapacidad social</b>	1.7/8	2.5/8	1.9/8
<b>7.En desventaja</b>	1.8/8	4/8	3.3/8

**Tabla 3 Promedios de resultados obtenidos por dominio**

El dominio más afectado fue el *disconfort psicológico* con un puntaje promedio total de 5.0/8, de 4.3/ 8 en dentados totales, 5.5/ 8 en desdentados parciales y 5.3/ 8 en desdentados totales.



**Gráfico 5 Promedio total de resultados por dominio**

Los siguientes dominios más afectados son *la limitación funcional* con un promedio de 4.3/ 8 y *la incapacidad psicológica* con un promedio de 3.7/8 (gráfico 5).

El dominio menos afectado fue la *Incapacidad social* con un promedio total de 2.08/ 8, de 1.7 en dentados totales, 2.5 en desdentados parciales y 1.9 en desdentados totales.

## **DISCUSIÓN**

Al analizar los resultados obtenidos se observa que la autopercepción estética es más negativa si existe desdentamiento, pero el grupo “adulto desdentado parcial” se vería levemente más afectado que el grupo “adulto desdentado total” (gráfico 2). Lo que coincide con lo expresado por otros autores como Jain (2012) y Gerritsen (2010) acerca de la pérdida de dientes, asociada al deterioro en las MCVRSO, y Kotzer (2012) quienes encontraron que la población pre-adulto mayor (adultos de 45 a 64 años de edad) reportó mayor impacto en su salud oral 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.

Así mismo, Bae concluye que usuarios de prótesis parciales removibles (PPR) experimentan un mayor deterioro en las MCVRSO que usuarios de prótesis totales (PT). Estos resultados son probablemente causados por la diferencias entre sujetos desdentados parciales y totales en su capacidad de adaptación a las prótesis removibles. Usuarios de PT pueden ser más conscientes de su desventaja y del funcionamiento con las prótesis porque han pasado previamente por la experiencia del uso de PPR. Esto es lo opuesto a las experiencias de los usuarios de PPR que podrían tener expectativas poco realistas, ya que probablemente comparan sus dentaduras con dientes naturales.(Bae, 2006)

Los dientes tienen un papel importante en la apariencia facial, el habla y la capacidad de comer. Por ende, el edentulismo influye negativamente no sólo en las funciones orales, sino también la vida social y las actividades del día a día. Una función oral comprometida se relaciona con la disminución del autoestima y una disminución en el bienestar psicosocial (Emami, 2013). Al existir pérdida dentaria los sujetos muestran peor autopercepción estética, lo que explica que, las personas desdentadas frecuentemente eviten la participación en actividades sociales porque se avergüenzan de hablar, sonreír o comer.

La estética dental, es una percepción subjetiva que varía de un individuo a otro dificultando su evaluación, además el envejecimiento cuestiona las representaciones simbólicas del aspecto ideal de la salud oral lo que influiría en que la autopercepción de sujetos adultos desdentados parciales fuera más negativa (Larsson, 2010, McKenzie-Green, 2009).

A pesar de lo anterior, esta asociación es más bien débil, lo que se demuestra tanto con los resultados del test de Pearson (gráfico 4) como al evaluar la desviación estándar que presentan los promedios de los resultados de la encuesta (tabla 2). Esto se podría deber a la gran variabilidad que presentaron los resultados de cada grupo encuestado y además es posible sugerir que otros factores como la edad, el género o factores culturales de fondo del sujeto juegan un papel importante en la autopercepción estética.

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 los sujetos obtuvo 0. Esto se ve reforzado por los datos de la última Encuesta Nacional de Calidad de Vida realizada el año 2006, donde un 37% de los mayores de 15 años, dijeron sentir que su salud “bucal” afecta su calidad de vida siempre o casi siempre (MINSAL, Abril del 2013)

Al evaluar el impacto en MCVRSO que presentan los distintos grupos, se observa que el grupo de sujetos “adulto dentado completo” se clasifica en el límite bajo a moderado, mientras que los grupos “adulto desdentado parcial” y “adulto desdentado total” presentan moderado impacto de MCVRSO (gráfico 2). Esto concuerda con estudios que determinaron que la aceptación de la extracción dental y la sustitución de dientes con prótesis removibles convencionales, ya sean parciales o completa, ha disminuido (Cronin M, 2009) y, además, que la capacidad para adaptarse a prótesis totales en edad mayores también es incierta y es mejor evitarlo si es posible (Gerritsen, 2010).

Las mujeres se verían más ampliamente afectadas, mostrando una autopercepción estética más negativa que los hombres, tal como se observa en el gráfico 3. Esto se explica en parte por la mayor tendencia del género femenino a buscar mejorías estéticas y cosméticas, al igual que el aspecto atractivo de los dientes y una sonrisa agradable, especialmente entre las mujeres de mediana edad. Los resultados no son sorprendentes 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, estas mujeres buscan la imagen "ideal" y la insatisfacción corporal puede aumentar (Marshall, 2012).

En un estudio de Niesten y cols los hombres eran claramente menos preocupados que las mujeres por su apariencia y la mayoría mencionaba 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 donde manifiestan niveles similares de insatisfacción corporal tanto mujeres jóvenes como mayores, lo que sugiere que problemas de imagen corporal las afectarían a lo largo de toda la vida (Marshall, 2012).

El dominio más afectado en los tres grupos fue **discomfort psicológico**, 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?, lo cual es esperable según lo expuesto por Mehl y Van der Geld quienes explican que el aspecto dental se mide por aspectos abstractos, tales como factores psicológicos, imagen corporal ideal, imagen de sí mismo y la motivación personal. (Van der Geld, 2007, Mehl, 2011). Así mismo, McKenzie-Green propone que en el contexto social, el estado de la boca y dientes de una persona pueden tener un profundo impacto en su autoestima lo que explicaría porque el *discomfort*



*psicológico* fuera el dominio evaluado más negativamente (McKenzie-Green, 2009).

Los siguientes dominios más afectados son *la limitación funcional* y la *incapacidad psicológica*, lo que estaría de acuerdo a Fiske y cols que demostraron que pacientes portadores de prótesis han disminuido su confianza, tienen envejecimiento prematuro, su auto - imagen alterada, y una alteración en la socialización y forma de relaciones íntimas. Por otra parte, las prótesis podrían mejorar el aspecto oral y las interacciones sociales de los individuos, lo mejoraría la autoestima y por lo tanto contribuiría al bienestar psicológico (Fiske, 1998). En cuanto a las limitaciones funcionales sabemos que sujetos portadores de prótesis tienen sólo alrededor de una quinta parte de la fuerza masticatoria que tienen individuos dentados. Además, usuarios de prótesis totales requieren 7 veces más golpes masticatorios que con dentición natural para poder cortar los alimentos (Emami, 2013). Esto puede explicar en parte por qué las personas que llevan prótesis completas tienen dificultades al masticar alimentos duros. En el caso del edentulismo este puede ir acompañado de deficiencias funcionales y sensoriales de la mucosa oral, la musculatura oral, y las glándulas salivales, disminución de la regeneración de tejidos y la disminución de la resistencia tisular. (MacEntee, 1998, Jankittivong, 2010)

El dominio menos afectado fue la *Incapacidad social* con un promedio total de 2.08/ 8, 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 deberse a que parte importante de la muestra corresponde a una población no activa. Además gran número de sujetos manifestó no tener problemas con la pareja o familia porque usaban la prótesis constantemente, incluso en la noche retirándola solo para asearla.

Muchos de los sujetos al momento de aplicar la encuesta expresaron que consideraban las alteraciones de su estética facial y el desdentamiento como parte

natural del ciclo de vida y evalúan positivamente cualquier cambio asociado a los tratamientos planificados para ellos. Los adultos son más críticos respecto a su imagen facial y se aprecia un incremento en el interés en mejorar su apariencia, es así como en las preguntas ¿Ha sentido usted que su apariencia ha sido afectada por problemas con sus dientes? ¿Ha estado usted un poco avergonzado por problemas con sus dientes? este grupo fue el que obtuvo el más alto puntaje: 2.68 y 2.47 respectivamente. Lo que nos demuestra la insatisfacción del adulto respecto de su imagen facial, más aún por el grado de desdentamiento que presentan (Jornung and Fardal, 2007).

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 sujetos y los tratamientos a los cuales pueden acceder, ya que la mayoría de los pacientes atendidos en la clínica de Prótesis Totales de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile son sujetos de bajos recursos, quienes acceden a su rehabilitación con un menor costo comparado con clínicas privadas. Estudios 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) . No obstante, se describe también que las personas de más bajo nivel socioeconómico tienden a tener autoestima baja, y por lo tanto a querer modificar en mayor medida su apariencia facial, influenciando en mayor medida el deseo de someterse a un tratamiento que en la apreciación de los resultados del mismo (Reichmuth, 2005).

## CONCLUSIONES

- La autopercepción estética, al comparar los tres grupos, es más negativa en sujetos desdentados parciales. También podemos decir que estaría asociado al deterioro en las MCVRSO, siendo más afectados, en general, los adultos desdentados.
- Las mujeres son más críticas que los hombres al momento de evaluar su imagen corporal, mostrando una autopercepción estética más negativa.
- El área que más afecta a los sujetos de los tres grupos es el *discomfort psicológico*, teniendo los sujetos desdentados niveles similares y más elevados de insatisfacción.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

- 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.
- ARÁNGUIZ, V. 1994. Prevención y cuidados de la salud bucal en tiempo nuevo para el adulto mayor. . *Marín P. Ed. Vicerrectoria académica, Pontificia Universidad Católica de Chile*, pg.:239-254.
- BAE, K. H., KIM, C., PAIK, D. I. & KIM, J. B. 2006. A comparison of oral health related quality of life between complete and partial removable denture-wearing older adults in Korea. *J Oral Rehabil*, 33, 317-22.
- BERNAL, A. 1985. *Estudio descriptivo del estado de salud oral y necesidades de tratamiento en un grupo de senescentes*. Trabajo de Investigación para optar al título de cirujano-dentista, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.
- CRONIN M, M. S., JEPSON NJ, ALLEN PF. 2009. A qualitative study of trends in patient preferences for the management of the partially dentate state. . *Gerodontology*, 2, 137-42.
- CUSHING, A. M., SHEIHAM, A. & MAIZELS, J. 1986. Developing socio-dental indicators--the social impact of dental disease. *Community Dent Health*, 3, 3-17.
- 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.
- 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.
- 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.
- ESPINOZA, I. 2001. *Prevalencia de lesiones de la mucosa oral en el adulto mayor de la provincia de Santiago, región metropolitana*. Tesis para optar al grado de magíster en ciencias odontológicas con mención en patología oral., Facultad de odontología. Universidad de Chile.
- 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.

- GAMONAL, J. 1996. *Prevalencia de Enfermedades Periodontales y de Caries Dental en la Población de 35-44 y de 65-74 años de nivel socioeconómico bajo y medio bajo de la Región Metropolitana, y determinación de los recursos humanos necesarios para su tratamiento*. Tesis para postular al grado de Magíster en Ciencias Odontológicas con Mención en periodontología, Facultad de Odontología Universidad de Chile.
- GERRITSEN, A. E., ALLEN, P. F., WITTER, D. J., BRONKHORST, E. M. & CREUGERS, N. H. 2010. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*, 8, 126.
- INE 2010. Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad, total país 1950- 2050 *Dpto. de Estadísticas Demográficas y Sociales, Ed INE*, 95.
- JAIN, M., KAIRA, L. S., SIKKA, G., SINGH, S., GUPTA, A., SHARMA, R., SAWLA, L. & MATHUR, A. 2012. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two state samples of gujarat and rajasthan. *J Dent (Tehran)*, 9, 135-44.
- JAINKITTIVONG, A., ANEKSUK, V. & LANGLAIS, R. P. 2010. Oral mucosal lesions in denture wearers. *Gerodontology*, 27, 26-32.
- JOHN, M. T., HUJOEL, P., MIGLIORETTI, D. L., LERESCHE, L., KOEPESELL, T. D. & MICHEELIS, W. 2004. Dimensions of oral-health-related quality of life. *J Dent Res*, 83, 956-60.
- JORNUNG, J. & FARDAL, O. 2007. Perceptions of patients' smiles: a comparison of patients' and dentists' opinions. *J Am Dent Assoc*, 138, 1544-53; quiz 1613-4.
- KOMAGAMINE, Y., KANAZAWA, M., KAIBA, Y., SATO, Y., MINAKUCHI, S. & SASAKI, Y. 2012. Association between self-assessment of complete dentures and oral health-related quality of life. *J Oral Rehabil*, 39, 847-57.
- KOTZER, R. D., LAWRENCE, H. P., CLOVIS, J. B. & MATTHEWS, D. C. 2012. Oral health-related quality of life in an aging Canadian population. *Health Qual Life Outcomes*, 10, 50.
- 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.

- 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 Dentistry and Oral Epidemiology*, 36, 370-381.
- MINSAL 2003. Resumen ejecutivo Encuesta Nacional de Salud. *El Vigía* 20, boletín de vigilancia en salud pública de Chile
- MINSAL 2010. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile. 2009-2010. Tomo I.
- MINSAL Abril del 2013. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DE SALUD BUCAL.
- MINSAL Abril de 2013. ANÁLISIS DE SITUACIÓN SALUD BUCAL.
- MISRACHI C, R. M., MORALES I 2009. Calidad de vida y condición de salud oral en embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 4, 455-61.
- MOHINDRA, N. K. & BULMAN, J. S. 2002. The effect of increasing vertical dimension of occlusion on facial aesthetics. *Br Dent J*, 192, 164-8.
- 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.
- NUÑEZ, L. 2012. *Validación del cuestionario OHIP-estético en adultos chilenos*. Trabajo de Investigación para optar al título de cirujano-dentista, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.
- NÚÑEZ L, D. E., MARTIN J, MONCADA G 2013. Validation of the Spanish OHIP-Aesthetic Questionnaire for Chilean Adults. *Journal of Dental, Oral and Craniofacial Epidemiology*, 1, 4-9.

- OSTROWSKA, B., ROZEK-MROZ, K. & GIEMZA, C. 2003. Body posture in elderly, physically active males. *Aging Male*, 6, 222-9.
- PENNACCIOTTI, G. 2006. *Factores que influyen en el uso de prótesis removible en Adultos Mayores recién rehabilitados*. TRABAJO DE INVESTIGACIÓN REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA, Universidad de Chile.
- 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.
- ROBINSON, A. & THOMSON, R. 2001. Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of decision support tools. *Qual Health Care*, 10 Suppl 1, i34-8.
- 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.
- SUTTON, D. N., LEWIS, B. R. K., PATEL, M. & CAWOOD, J. I. 2004. Changes in facial form relative to progressive atrophy of the edentulous jaws. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 33, 676-682.
- 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.
- 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.
- 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.
- YORK, J. & HOLTZMAN, J. 1999. Facial attractiveness and the aged. *Spec Care Dentist*, 19, 84-8.

## 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





COMITÉ DE ÉTICA  
 INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS  
 FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA  
 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** DEL : “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 ODONTOLÓGÍA. DEPARTAMENTO DE PRÓTESIS. ASIGNATURA DE PRÓTESIS TOTALES.

**DIRECCIÓN** : SERGIO LIVINGSTONE 943. SANTIAGO.

**NOMBRE DEL PACIENTE** DEL : .....

**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](mailto: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  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.