



Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación

Laura Bárbara Velázquez-Olmedo,^a Lyzbeth Beatriz Ortiz-Barrios,^b Areli Cervantes-Velazquez,^c Ángel Cárdenas-Bahena,^d Carmen García-Peña,^d Sergio Sánchez-García^{a,d}

Quality of life related to oral health in older people. Evaluation instruments

Given that life expectancy has increased considerably due to medical and technological advances, in recent years researchers have decided to meet the specific needs of the elderly in order to provide them better health care, in view of the fact that the aging process generates physical, biological and social changes. On the basis of this knowledge it becomes evident the impact of general health and oral health quality of life, which usually has a negative impact. Consequently, the aim of this work is to provide researchers and clinicians a review of the instruments that have been used for evaluation of the quality of life related to oral health. These instruments are the Oral Health Impact Profile (OHIP), the Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) and the General Oral Health Assessment Index (GOHAI). Supplementary to the explanation of these instruments, our aim is to describe their structure, assessment, validation and application in studies performed on elderly Mexicans. In addition to this, we review some of the reports that compare the usefulness of those instruments.

Keywords	Palabras clave
Quality of Life	Calidad de vida
Oral health	Salud oral
Elderly	Adulto mayor

Envejecimiento poblacional en México

En los últimos años la expectativa de vida ha aumentado significativamente, lo que ha ocasionado que haya más problemas de salud debido a que los adultos mayores cada vez son más, además de los efectos del envejecimiento, que en algunos casos llevan a la pérdida de funcionalidad. Esto conlleva una mayor vulnerabilidad, dependencia e incapacidad.^{1,2} Arbitrariamente se define la vejez como la edad convencional de jubilarse, es decir, 60 o 65 años. Los términos comúnmente aceptados son: viejos jóvenes (60 a 74 años), viejos (75 a 84 años) y viejos más viejos (85 en adelante). En países industrializados se considera que una persona es anciana a los 65 años o más, pero en los países en desarrollo se es anciano a los 60 años.³

Durante los últimos 50 años, la población en México ha crecido cuatro veces: en 1950 había 25.8 millones de habitantes y para 2005, 103.3 millones. Por lo tanto, se proyecta que en el 2050 los adultos mayores sean 32 millones y representen el 24.6 % de la población.⁴

De acuerdo con los datos reportados en el último Censo de Población y Vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI),⁵ en el año 2010, la población en México de 60 años o más era de 10 055 379, es decir, el 8.9 % de la población total. De este porcentaje, el 50 % terminó la primaria, el 30.4 % era población económicamente activa, los que representaban el 62 % fungían como jefes de familia, el 71 % era derechohabiente, el 18.8 % eran jubilados o pensionados y el 0.8 % habitaba en casas hogar para adultos mayores o asilos de ancianos.

Para que el envejecimiento sea una experiencia positiva, la Organización Mundial de la Salud (OMS) utiliza el término *envejecimiento activo*, cuyo objetivo es aumentar la esperanza de vida saludable en la vejez, mantener la autonomía, y promover la salud con la finalidad de que los adultos mayores sean productivos e independientes.² Evaluar la calidad de

^aFacultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México

^bPrograma de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de México

^cCentro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud, Unidad Milpa Alta, Instituto Politécnico Nacional

^dUnidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Área de Envejecimiento, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal, México

Comunicación con: Sergio Sánchez-García
Teléfono: (55) 5627 6900, extensiones 21846 y 21847
Correo electrónico: sergio.sanchezga@imss.gob.mx

Dado que ha habido un aumento en la expectativa de vida gracias a los avances médicos y tecnológicos, desde hace ya algunos años los investigadores se han propuesto conocer las necesidades de los adultos mayores con el fin de ofrecerles una mejor atención en salud, puesto que el proceso de envejecimiento genera cambios físicos, biológicos y sociales. A partir de este conocimiento se hace evidente la repercusión del estado de salud general y oral en la calidad de vida, lo cual tiene un impacto que, por lo general, es negativo. Por lo tanto, el objetivo de

este trabajo es brindar tanto a investigadores como a clínicos una revisión de los instrumentos que han sido más utilizados para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud oral (el Oral Health Impact Profile [OHIP], el Oral Impacts on Daily Performances [OIDP] y el General Oral Health Assessment Index [GOHAI]), su estructura, evaluación, validación y aplicación en investigaciones llevadas a cabo en adultos mayores mexicanos. Asimismo, se revisan muchos de los reportes en los que se compara la utilidad de los instrumentos mencionados.

Resumen

vida relacionada con la salud oral nos permite tener un acercamiento en las áreas de oportunidad dirigidas al envejecimiento activo, por lo que el presente trabajo tiene como objetivo elaborar una revisión de los instrumentos que han sido más utilizados en la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO), su estructura, evaluación, validación y aplicación en adultos mayores mexicanos, además de los reportes que comparan la utilidad de esos instrumentos.

Calidad de vida

La calidad de vida incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, y situación económica. Por ello, se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida reside en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas, personales del “sentirse bien”.⁶

La OMS, durante el Foro Mundial de la Salud en Ginebra (1966), definió el concepto de calidad de vida como: “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses”.⁷ Este concepto extenso y complejo es el resultado de la combinación de factores objetivos y subjetivos, en los que el aspecto objetivo hace referencia a indicadores que son evaluados por otras personas. El aspecto subjetivo está dado por la mayor satisfacción del individuo, la valoración global de la calidad de vida que la persona realiza en función de criterios propios. El concepto de bienestar subjetivo y satisfacción con la vida en la vejez es criterio de un envejecimiento exitoso.⁸

Calidad de vida en el adulto mayor

El proceso de envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de cualquier población, lo que contribuye de manera significativa en el volumen y la distribución de las enfermedades; de estas, lo que predomina más en la vejez son los padecimientos crónicos degenerativos, los cuales repercuten en la calidad de vida.

Existen tres formas de concebir el envejecimiento: normal, patológico y exitoso. El envejecimiento normal es cuando se presentan una serie de deterioros lentos, continuos y graduales a nivel biológico, psicológico y social. En el envejecimiento patológico los cambios se presentan de manera abrupta, rápida y acelerada. Y en el envejecimiento exitoso no solo se presentan pérdidas o deterioros, sino también ganancias al promover que las personas mayores aprendan a minimizar sus pérdidas y a maximizar sus ganancias. Este concepto sugiere la compensación de los deterioros para realizar las actividades cotidianas, así como aquellas que les produzcan satisfacción y bienestar.⁸

A pesar de los aspectos subjetivos y la gran variabilidad entre poblaciones, existen factores que permanecen constantes y son componentes de la calidad de vida en el adulto mayor: el soporte social, los factores socioeconómicos y la escolaridad, así como los aspectos relacionados con el estado de salud. El soporte social es el apoyo que recibe el adulto mayor a través de la red social que consta de dos componentes: las redes de apoyo primarias y las secundarias. Las primarias están constituidas por la familia. Esta relación entre los adultos mayores y sus familias se basa en la unidad familiar y en la interdependencia. Las redes secundarias de apoyo social son el grupo de amigos, vecinos, parientes y grupos comunitarios.^{8,9}

La calidad de vida de las personas mayores está estrechamente relacionada con la capacidad funcional y el conjunto de condiciones que les permiten man-

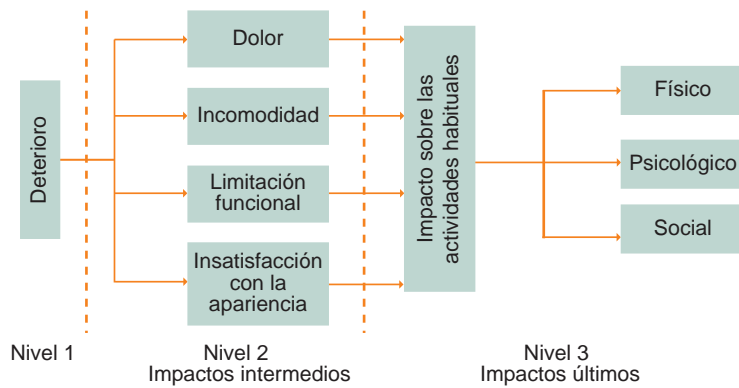


Figura 1 Clasificación internacional de las deficiencias, discapacidades y minusvalías (CIDDM); adaptada a Odontología

tener su participación en su autocuidado, en la vida familiar y social, reestructurando su vida en torno a sus capacidades y limitaciones propias, aprendiendo a disfrutar de la vejez y viviéndola a plenitud.⁸

Calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO)

En el caso de la calidad de vida relacionada con la salud oral y tomando en cuenta como antecedente la definición del concepto de salud dada por la OMS, Sánchez-García sugiere que la salud bucodental debe definirse como “el bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado de la dentición, así como de tejidos duros y blandos de la cavidad bucal”.¹⁰ Las enfermedades bucodentales influyen en la calidad de vida y afec-

tan diversos aspectos del diario vivir, como la función masticatoria, la apariencia física, las relaciones interpersonales e incluso las oportunidades de trabajo.¹¹ En este contexto podríamos definir que la calidad de vida bucodental es la autopercepción que tiene el individuo respecto a su estado de salud oral en relación con su vida diaria al masticar, al relacionarse con otras personas, además de cumplir con su satisfacción estética. Queda de manifiesto que el estado de salud oral tiene repercusiones en la salud general del individuo. Se ha demostrado la asociación entre la autovaloración de la salud oral y la calidad de vida general en adultos y adultos mayores.¹² Una de las consecuencias de la deficiente salud bucodental es la pérdida de los dientes naturales que puede limitar la gama de alimentos consumibles, por lo que los individuos consumen de preferencia alimentos suaves y eliminan de su dieta los que son difíciles de masticar, lo que se traduce en una alimentación deficiente, debido a que los alimentos que se evitan con mayor frecuencia son ricos en proteínas y fibra. Además, esto incide en su autoestima y en su comunicación con las demás personas, esto último por alteraciones de la fonación.¹³ Por eso, los profesionales de la salud bucodental buscan devolver la funcionalidad y la estética a partir de la rehabilitación protésica; sin embargo, si estas tienen un ajuste pobre, son inestables o incómodas, esto también afecta su calidad de vida.

Instrumentos para la evaluación de la CVRSO en adultos mayores

En las últimas décadas se han desarrollado numerosos instrumentos (cuestionarios que pueden ser autoapli-

Cuadro I Estructura de los instrumentos Oral Health Impact Profile 49 y 14 (OHIP-49 y OHIP-14)

Dimensiones	Ítem que evalúa	Puntuación (OHIP-49)	Puntuación (OHIP-14)
Limitación funcional (LF)	1,* 2, 3, 4,* 5, 6, 7, 8, y 17	0-36	0-8
Dolor (P1)	9, 10, 11,* 12,* 13, 14, 15, 16 y 18	0-36	0-8
Incomodidad psicológica (P2)	19, 20, 21,* 22* y 23	0-20	0-8
Inhabilidad física (D1)	24, 25,* 26, 27, 28, 29, 30, 31* y 32	0-36	0-8
Inhabilidad psicológica (D2)	33, 34, 35,* 36, 37 y 38*	0-24	0-8
Inhabilidad social (D3)	39, 40, 41,* 42* y 43	0-20	0-8
Incapacidad (H)	44, 45,* 46, 47, 48* y 49	0-24	0-8
Total		0-196	0-56

Valores de respuesta: nunca (0), casi nunca (1), algunas veces (2), frecuentemente (3), casi siempre (4).

*Ítems tomados para el OHIP-14

Cuadro II Validación y estructura de los instrumentos para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud oral en población mexicana

Autor	Participantes	Datos de la validación
OIDP Sánchez-García <i>et al.</i> Salud Publica Mex 2007;49:173-81.	540 sujetos de 60 a 90 años de edad, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	α de Cronbach de 0.82
OHIP-Mx-49 Castrejón-Pérez <i>et al.</i> Rev Panam Salud Publica. 2010;27:321-9.	131 sujetos mayores de 60 años de edad, de las delegaciones Coyoacán, Tlalpan y Xochimilco	α de Cronbach de 0.79
OHIP-EE-14 Castrejón-Pérez <i>et al.</i> Gerodontology. 2012;29:155-8.	131 sujetos mayores de 60 años de edad, de las delegaciones Coyoacán, Tlalpan y Xochimilco	α de Cronbach de 0.91
GOHAI Sánchez-García <i>et al.</i> J Public Health Dent. 2010;70:300-7.	695 sujetos mayores de 60 años de edad, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	α de Cronbach de 0.61 para los 12 ítems. Al eliminar del análisis los ítems 3 y 7, se obtuvo un α de Cronbach de 0.77 para los 10 ítems.

cados o en forma de entrevista) para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral. Son cuestionarios cuyas preguntas corresponden a las dimensiones que hayan estimado oportunas los autores según su base teórica y su filosofía analítica para dar suficiente cobertura a la calidad de vida relacionada con la salud oral.¹² La relevancia de estos instrumentos es aportar información y conocer la salud del individuo a partir de su propia percepción.

A continuación se describirán aquellos instrumentos que han sido validados (la validación se refiere al grado en que un instrumento mide la variable que se busca medir, si los diferentes ítems incluidos representan adecuadamente los dominios de la variable que se pretende medir, si el instrumento funciona de manera similar a otros instrumentos ya validados, si es sensible al cambio y su confiabilidad) para su utilización en adultos mayores mexicanos. La formulación de dos de estos instrumentos (OHIP y OIDP) se basa teóricamente en la interpretación que Locker adaptó para “Odontología”, de la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de la OMS, trabajo en el que estableció tres niveles jerárquicos de impactos según el grado de afectación al individuo. En el primer nivel se ubican las deficiencias orales: toda alteración funcional y anatómica del aparato estomatognático. En el segundo nivel están los impactos intermedios, que son causados por el deterioro del estado bucodental, dolor, incomodidad, limitaciones funcionales e insatisfacción con la apariencia. El tercer nivel o los impactos finales están representados por las actividades habituales de tipo físico, psicológico y social que un sujeto puede tener debido al deterioro de su salud bucodental. Este nivel es el equivalente al de la discapacidad y minusvalía en la clasificación de la OMS y en la adaptación de

Locker (figura 1). El tercer instrumento (GOHAI) se basó en la revisión de la literatura sobre instrumentos de medición ya existentes acerca del estado funcional oral, la satisfacción del paciente, los síntomas orales y la medición de la autoestima y la socialización.¹⁴

Oral Health Impact Profile (OHIP)

El Oral Health Impact Profile (OHIP, traducido como Perfil de impacto en la salud oral) fue desarrollado por Slade y Spencer en 1994 para responder a las siguientes preguntas: ¿Cuánto importan los dientes y la boca en la vida de las personas?, es decir, si la condición oral es un componente de interés en nuestras vidas, ¿diferentes grupos poblacionales tienen distintas creencias al respecto?, y, además, ¿cuál es la relación, si la hay, entre la cultura, el origen étnico y la percepción del valor y el impacto de las estructuras orales en la vida del individuo?¹⁴ La presencia o ausencia de problemas de salud por sí sola no es explicación suficiente para evaluar el estado de salud subjetivo, por lo que el concepto de impacto de la enfermedad se basa en la teoría de que condiciones similares producirán evaluaciones diferentes en sujetos diferentes y que la salud y los valores sociales influyen en la interpretación de su estado de salud. Por lo anterior, este instrumento busca dar también respuesta a cómo los dientes naturales o las prótesis dentales afectan positiva o negativamente las funciones sociales, psicológicas, biológicas y la calidad de vida de las personas.¹⁴ El OHIP evalúa la periodicidad con la que un individuo experimenta problemas para llevar a cabo determinadas acciones de la vida diaria debido a problemas orales. Consta de 49 ítems. La evaluación de cada dimensión y del índice, así

Cuadro III Estructura del instrumento Oral Impacts on Daily Performance (OIDP)

Dimensiones	Frecuencia*	Gravedad†	Cálculo del efecto por dimensión‡ (F*G)
	Puntuación	Puntuación	Puntuación
Comer y disfrutar los alimentos	0-5	0-5	0-25
Hablar y pronunciar correctamente	0-5	0-5	0-25
Limpiarse o lavarse los dientes	0-5	0-5	0-25
Dormir y relajarse	0-5	0-5	0-25
Sonreír/reírse y mostrar los dientes sin pena	0-5	0-5	0-25
Mantener el estado emocional normal, sin enojo	0-5	0-5	0-25
Hacer todo el trabajo o socializar de forma normal	0-5	0-5	0-25
Disfrutar el contacto con la gente	0-5	0-5	0-25
Efecto global (sumatoria del puntaje de las ocho dimensiones)§			0-200

*Frecuencia, valores de respuesta: nunca (0), menos de una vez por mes (1), una vez o dos veces en un mes (2), una vez o dos veces en una semana (3), tres o cuatro veces en una semana (4), casi todos los días (5)

†Gravedad, valores de respuesta: nada (0), muy poco (1), poco (2), moderado (3), grave (4), muy grave (5)

‡Valores del efecto por dimensión: sin efecto (0), muy ligero (1-5), ligero (6-10), moderado (11-15), grave (16-20), muy grave (21-25)

§Valores del efecto global: sin efecto (0), muy ligero (1-40), ligero (41-80), moderado (81-120), grave (121-160), muy grave (161-200)

como sus puntuaciones se presentan en el cuadro I. Una puntuación alta se asocia con la percepción de necesidad de atención odontológica y la dificultad del individuo en el cumplimiento de sus actividades diarias.¹⁴ El OHIP-49 ya ha sido validado en poblaciones de adultos mayores de Taiwán, Macedonia, Hamburgo y Brasil, entre otros.¹⁵⁻¹⁹

En México, Castrejón-Pérez *et al.* publicaron la validación de este instrumento en adultos mayores mexicanos de la Ciudad de México. Primero se realizó una traducción del instrumento original OHIP-49 del inglés al español, la cual se denominó OHIP-Mx-49 y posteriormente se llevó a cabo su validación, cuyos resultados confirman su competen-

cia para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores mexicanos (cuadro II).¹⁹

Slade creó una versión abreviada del OHIP-49. Su selección la hizo a partir de un análisis estadístico de 14 ítems, OHIP-14, el cual está conformado por las mismas siete dimensiones, con la variante de que cada una de ellas consta de dos ítems. Las respuestas se cuantifican de igual forma en la escala Likert con los mismos valores. La evaluación de cada dimensión y del índice, así como sus puntuaciones se presentan en el cuadro I.¹⁹ El OHIP-14 ha sido validado para su utilización en adultos mayores en países como Hong Kong, Australia y México.²⁰⁻²²

Cuadro IV Estructura del General Oral Health Assessment Index (GOHAI)

Dimensiones	Ítem que evalúa	Puntuación
Función física	1, 2, 3* y 4	1-5
Función psicosocial	6,7*, 9, 10, y 11	1-5
Dolor e incomodidad, incluido el uso de medicamentos para aliviar el dolor en la cavidad oral	5, 8 y 12	1-5
Total		12-60

Valores de respuesta: siempre (1), frecuente (2), algunas veces (3), rara vez (4), nunca (5)

Los ítems 3 y 7 tienen valores Inversos: siempre (5), frecuentemente (4), algunas veces (3), rara vez (2), nunca (1)

En 2012 Castrejón-Pérez *et al.* también reportaron la validación del OHIP-14 en español. La denominaron OHIP-EE-14. La validación de este instrumento fue realizada en adultos mayores de 60 años o más que residen en la Ciudad de México.²² En su validación, el OHIP-14 en español también mostró que es apto para su utilización para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores mexicanos (cuadro II).

Oral Impacts on Daily Performances (OIDP)

El Oral Impacts on Daily Performances (OIDP, que se traduce como Impacto de la salud oral en las actividades diarias) fue desarrollado por Adulyanon en 1996. En un principio se desplegaron nueve dimensiones a partir de la tabla de comparación de los índices de discapacidad y de varios otros indicadores socio-sanitarios y socio-dentales. Tras el análisis de la puntuación total, una de las medidas de rendimiento (Hacer actividades físicas ligeras) se consideró redundante y fue excluida, por lo que la versión final del OIDP consta de ocho dimensiones.¹⁴ Cada dimensión del instrumento evalúa la frecuencia y gravedad de los problemas dentales, relacionados con la capacidad del individuo para realizar sus actividades habituales en los últimos seis meses. Las dimensiones, su evaluación y las puntuaciones para la calificación del índice se muestran en el cuadro III. Cuanto más bajo sea el valor obtenido, hay una mejor autopercepción de la salud oral.^{10,23}

El OIDP ha sido validado en población adulta mayor en países como Inglaterra, Grecia, Japón y Brasil.^{10,24-26}

En México, el instrumento OIDP se adaptó y validó para población mexicana por Cabrera-Coria en 1999. En 2007 Sánchez-García *et al.* llevaron a cabo la validación de esta versión en adultos mayores de 60 años o más, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del suroeste de la Ciudad de México. Demostraron que este instrumento es apto para reconocer las consecuencias de los padecimientos orales en la realización de las actividades habituales de los adultos mayores mexicanos (cuadro II).¹⁰

Geriatric/General Oral Health Assessment Index (GOHAI)

Este instrumento, que se traduce como Índice de evaluación de salud oral geriátrico/general, que fue desarrollado por Atchison y Dolan en 1990, se basa en la revisión previa de literatura sobre el impacto

en la salud de las enfermedades orales, cuestionarios existentes sobre el estado de salud oral, la satisfacción del paciente, los síntomas orales y la autoestima, así como la socialización. Se aplicó el instrumento original de 36 ítems en adultos mayores de 65 años de edad y tras evaluar la distribución de frecuencias, las correlaciones entre los ítems y la consistencia interna (con α de Cronbach), se construyó el instrumento final de 12 ítems¹⁴ con respuesta tipo Likert en valores que van del 1 al 5. Se evalúa de manera global a partir de la sumatoria de las respuestas para cada ítem, lo cual da un rango entre 12 y 60 puntos. El valor más alto indica la mejor autopercepción de la salud bucodental (cuadro IV).²⁷ El GOHAI ha sido validado en población adulta mayor en países como España, Alemania, Japón, China y Turquía.²⁷ En México, Sánchez-García *et al.*, en el año 2010, publicaron la validación de este instrumento en adultos mayores mexicanos. Para esto utilizaron la versión traducida y validada para población geriátrica institucionalizada de Granada, España. Se aplicó en adultos mayores de 60 años de edad, derechohabientes del IMSS del suroeste de la Ciudad de México. Se concluye que la versión española es aceptable para su utilización en población adulta mayor mexicana (cuadro II).²⁷

Estudios de comparación entre estos instrumentos

El Osta N *et al.*³⁰ realizaron un estudio para comparar las propiedades psicométricas y las habilidades discriminativas del OHIP-14 y el GOHAI en una población de edad avanzada en el Líbano. Concluyeron que el GOHAI y el OHIP-14 mostraron buenas propiedades psicométricas; sin embargo, el GOHAI identifica más fácilmente a los adultos mayores con necesidades de atención dental y salud bucodental deficiente. Por lo tanto, este instrumento es más discriminante y mejor en la detección de problemas de la función oral.

Montes-Cruz *et al.*²³ realizaron un estudio para comparar el comportamiento del GOHAI y el OIDP en adultos mayores de 60 años o más de la Ciudad de México. Concluyeron que ambos son instrumentos que se comportan de manera similar; sin embargo, el primero tuvo mayor discriminación en relación con las características de la población en estudio y el OIDP presentó mayor coeficiente de correlación con el estado de la dentición.

Ikebe *et al.*³¹ llevaron a cabo un estudio para saber, entre el GOHAI y el OHIP-14, cuál es más sensible a la valoración objetiva de las funciones orales en adultos mayores japoneses. Concluyeron que aunque el GOHAI y el OHIP-14 tenían una fuerte correlación, el primero demostró ser más sensible a los valores obje-

Cuadro V Investigaciones realizadas en adultos mayores mexicanos

Autor	Objetivo	Participantes	Resultados	Conclusiones
OIDP Sánchez-García <i>et al.</i> Salud Publica Mex 2007;49:173-81	Evaluar el efecto que tiene el estado de la dentición en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales	540 sujetos de 60 a 90 años de edad, derecho-habientes IMSS	EP = 71.7 ± 7.0 años; H = 32 %; M = 68 %. La evaluación del OIDP indica que los principales problemas en las actividades habituales fueron comer, hablar, incapacidad de no irritarse, lavarse los dientes e imposibilidad de disfrutar el contacto con la gente	El estado de la dentición en los adultos mayores tiene repercusiones en la capacidad para efectuar sus actividades habituales y, por lo tanto, afecta su calidad de vida
OHIP-Mx-49 Castrejón-Pérez <i>et al.</i> Rev Panam Salud Publica. 2010;27:321-9	Validar la versión en español del OHIP-49	131 sujetos mayores de 60 años de edad, de las delegaciones Coyoacán, Tlalpan y Xochimilco	EP = 73.8 ± 8.3 años; H = 22.1 %; M = 77.9 %. Puntuación promedio del OHIP-Mx-49 = 37.1 ± 35.3; se observaron mayores puntuaciones en las personas con 1-9 dientes, sin caries coronal y las que percibían que necesitaban tratamiento dental. Las dimensiones, incomodidad psicológica e incapacidad presentaron los valores máximos posibles	El OHIP-Mx-49 es un instrumento confiable y válido en adultos mayores mexicanos
OHIP-14 De la Fuente-Hernández <i>et al.</i> Univ Odontol.2010;29:83-92	Estimar el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores	150 adultos mayores entre 60 y 85 años que acuden a atención dental en centros comunitarios de la Ciudad de México	EP = 69.9 ± 6.78 años; H = 42 %; M = 58 %. Las dimensiones con mayor puntaje fueron malestar psicológico, dolor físico y limitación funcional; se identificó un impacto positivo en las preguntas relacionadas con la preocupación por problemas con los dientes y boca, molestias al comer, dolor bucal e interrupción de la alimentación	El estado de la dentición en los adultos mayores tiene repercusiones en la capacidad para efectuar sus actividades habituales y, por lo tanto, afecta su calidad de vida
GOHAI Esquivel-Hernández <i>et al.</i> Rev ADM 2010;67:127-32	Determinar la relación entre la autopercepción de los problemas bucales y la evaluación clínica de un grupo de adultos mayores	96 adultos mayores entre 60 y 92 años. Voluntarios que asisten a la Casa de descanso "Karol Woytila", en Tlalnepantla, Estado de México	EP = 67 ± 7.0 años; M = 84.4 %; H = 15.6 %. Puntuación en el GOHAI, el 92.7 % obtuvo valores bajos, los ítems con más bajo puntaje fueron estética, deglución y masticación de alimentos duros. Los pacientes con necesidades de rehabilitación o reparación de prótesis dental obtuvieron puntajes más bajos. Los que obtuvieron puntajes más altos tenían mayor número de dientes	El GOHAI tiene la capacidad de detectar las necesidades clínicas y percibidas de los adultos mayores

M = mujeres; H = hombres; EP = edad promedio

tivos de las funciones orales entre personas adultas mayores en Japón.

Estos instrumentos en investigaciones sobre adultos mayores

Las investigaciones orientadas a estudiar la calidad de vida relacionada a la salud oral en población adulta mayor de México se han enfocado en conocer las necesidades de este grupo etario con el propósito de mejorar su atención. Es importante preparar a los proveedores de atención en salud, proporcionándoles información sobre la atención, prevención y tratamiento de las enfermedades orales asociadas a la edad. Asimismo, hay que elaborar políticas de salud sostenible, pero, sobre todo, proporcionar información acerca del impacto funcional, psicológico y social que pueden provocar las enfermedades orales y, por consiguiente, entender el impacto que representan en la calidad de vida de los adultos mayores.

En el cuadro V se presentan algunas investigaciones realizadas con los instrumentos descritos anteriormente (OHIP-Mx-49, OHIP-EE-14, OIDP y GOHAI) en adultos mayores mexicanos y sus principales resultados.^{10,19,28,29}

Conclusiones

En gran medida la atención dental se ha enfocado en la rehabilitación de la funcionalidad de la cavidad oral y ha dejado de lado la satisfacción y la auto-percepción de la salud oral de cada paciente, por lo que no se puede traducir en una atención integral de los individuos. Por lo tanto, la medición de la calidad de vida es importante, puesto que nos permite estudiar los efectos de un tratamiento o enfermedad, en este caso en el estado de ánimo, las expectativas del paciente y su forma de percibirlo de acuerdo con su entorno. En este sentido, el ser conscientes del impacto en la calidad de vida, y en especial la del adulto mayor, nos ayuda a proponer acciones para una mejor atención. Para esto se debe tener como meta una mejor calidad de vida para la población, no solo mejorando su expectativa de vida, sino promoviendo su bienestar biopsicosocial.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno en relación con este artículo.

Referencias

- Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento y ciclo de vida. 7 de abril de 2012. Disponible en <http://www.who.int/ageing/es/>
- Gutiérrez-Robledo LM. México y la revolución de la longevidad. En: Gutiérrez-Robledo LM, Gutiérrez-Ávil JH, coordinadores. Envejecimiento humano: Una visión transdisciplinaria. México: Secretaría de Salud, Instituto de Geriátría; 2010.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las personas de edad. Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma. En: 25ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 50ª Sesión del comité regional. EEUU, Washington DC: OPS, OMS; 1998. p. 16-17.
- Partida-Bush V. Proyecciones de la población de México 2005-2050. México, DF: Consejo Nacional de Población (CONAPO); 2006.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censos y Conteos de población y Vivienda; Censo de Población y Vivienda 2010: Cuestionario Básico. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). 2013. Disponible en <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27302&s=est>
- Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Publica Mex.* 2002;44:349-61.
- Grupo WHOQOL. Evaluación de la Calidad de Vida. 1994. ¿Por qué Calidad de Vida?, Grupo WHOQOL. En: Foro Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 1996.
- González-Celis Rangel AL. Calidad de vida en el adulto mayor. En: Gutiérrez-Robledo LM, Gutiérrez-Ávil JH, coordinadores. Envejecimiento humano: Una visión transdisciplinaria. México: Secretaría de Salud, Instituto de Geriátría; 2010.
- Botero E, Pico M. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud.* 2007;12:11-24.
- Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Reyes-Morales H, De la Fuente-Hernández J, Solórzano-Santos F, García-Peña C. Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales. *Salud Publica Mex.* 2007;49:173-81.
- Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. *Rev Dent Chile.* 2005;96:28-35.
- Montero-Martín J. Calidad de vida oral en población general (tesis doctoral). Universidad de Granada: Facultad de Odontología; 2006.
- Chauncey HH, Muench ME, Kapur KK, Wayler AH. The effect of loss of teeth on diet and nutrition. *Int Dent J.* 1984;34:98-104.
- Slade GD. Measuring oral health and quality of life. University of North Carolina: Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology; 1997.
- Kuo HC, Chen JH, Wu JH, Chou TM, Yang YH. Application of the Oral Health Impact Profile (OHIP) among Taiwanese elderly. *Qual Life Res.* 2011;20: 1707-13.
- Kenig N, Nikolovska J. Assessing the psychometric characteristics of the Macedonian version of the

- Oral Health Impact Profile questionnaire (OHIP-MAC49). *Oral Health Dent Manag.* 2012;11:29-38.
17. Sierwald I, John MT, Durham J, Mirzakhani C, Reissmann DR. Validation of the response format of the Oral Health Impact Profile. *Eur J Oral Sci.* 2011; 119:489-96.
 18. Pires CP, Ferraz MB, de Abreu MH. Translation into Brazilian Portuguese, cultural adaptation and validation of the oral health impact profile (OHIP-49). *Braz Oral Res.* 2006;20:263-8.
 19. Castrejón-Pérez RC, Borges-Yáñez SA, Irigoyen-Camacho ME. Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. *Rev Panam Salud Publica.* 2010;27:321-9.
 20. Wong MC, Lo EC, McMillan AS. Validation of a Chinese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP). *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002;30:423-30.
 21. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997;25:284-90.
 22. Castrejón-Pérez RC, Borges-Yáñez SA. Derivation of the short form of the Oral Health Impact Profile in Spanish (OHIP-EE-14). *Gerodontology.* 2012 29: 155-8.
 23. Montes-Cruz C, Juarez-Cedillo T, Rabay-Gánem C, Heredia-Ponce H, García-Peña C, Sánchez-García S. Comportamiento del Geriatric/General Oral Health Assessment Index (GOHAI) y Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) en una población de adultos mayores de la Ciudad de México. *Revista Odontología Mexicana.* 2013. En prensa.
 24. Tsakos G, Marcenes W, Sheiham A. Evaluation of a modified version of the index of Oral Impacts On Daily Performances (OIDP) in elderly populations in two European countries. *Gerodontology.* 2001;18:121-30.
 25. Naito M, Suzukamo Y, Ito HO, Nakayama T. Development of a Japanese version of the Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) scale: a pilot study. *J Oral Sci.* 2007;49:259-64.
 26. Abegg C, Fontanive VN, Tsakos G, Davoglio RS, de Oliveira MM. Adapting and testing the oral impacts on daily performances among adults and elderly in Brazil. *Gerodontology.* 2013 Apr 14. doi: 10.1111/ger.12051
 27. Sánchez-García S, Heredia-Ponce E, Juárez-Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, Espinel-Bermúdez C, de la Fuente-Hernández J et al. Psychometric properties of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) and dental status of and elderly Mexican Population. *J Public Health Dent.* 2010;70:300-7.
 28. De la Fuente-Hernández J, Sumano-Moreno O, Sifuentes-Valenzuela MC, Zelocuatecatl-Aguilar A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Univ Odontol.* 2010;29:83-92.
 29. Esquivel-Hernández RI, Jiménez-Férez JJ. Necesidades de atención odontológica en adultos mayores mediante la aplicación del GOHAI. *Rev ADM.* 2010; 67:127-32.
 30. El Osta N, Tubert-Jeannin S, Hennequin M, Bou Aboud Naaman N, El Osta L, Geahchan N. Comparison of the OHIP-14 and GOHAI as measures of oral health among elderly in Lebanon. *Health Qual Life Outcomes.* 2012;10:131.
 31. Ikebe K, Hazeyama T, Enoki K, Murai S, Okada T, Kagawa R, et al. Comparison of GOHAI and OHIP-14 measures in relation to objective values of oral function in elderly Japanese. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012;40:406-14.