

La importancia del *OHIP* (*Oral Health Impact Profile*) en la Odontología

Enith Shirley Rivera-Ramos ^{1,a}

¹ Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
^a Cirujana Dentista.

Correspondencia:

Enith Shirley Rivera-Ramos: dentalrivera2012@hotmail.com
Parques El Agustino, Lima, Perú. Código postal: 51
ORCID: 0000-0003-4877-936X

Editora:

María Antonieta Pérez Flores
Universidad de Concepción, Chile.

Conflicto de intereses: la autora declara no tener conflictos de interés.

Fuente de financiamiento: autofinanciado.

Recibido: 15/06/19

Aceptado: 28/10/19

Publicado: 24/02/20

The importance of the *OHIP* (*Oral Health Impact Profile*) in Dentistry

Resumen

La calidad de vida relacionada a la salud oral (CVRSO) es un indicador primordial de la situación de la salud. Las diversas afecciones orales influyen en la salud general; también en la percepción de las personas sobre su confort biológico, interpersonal y emocional. En esta revisión bibliográfica se expone el empleo de uno de los cuestionarios más usados en la evaluación de la apreciación de la calidad de vida vinculada a la salud oral, el *Oral Health Impact Profile* (*OHIP*) y sus variantes. En la parte inicial se presenta la definición de conceptos como el de calidad de vida y su relación con la salud oral, vinculados al tema. Tras ello se muestran los resultados de investigaciones acerca del *OHIP* y sus diversas modalidades (*OHIP-49*, *OHIP-14*, *COHIP-19*, *OHIP-EDENT* y *OHIP-ESTETICO*).

Palabras clave: Calidad de vida; Salud bucal; Percepción (fuente: DeCS BIREME).

Abstract

The quality of life related to oral health is a primary indicator of the health situation. Different oral conditions influence in general health; also, in the perception of people about their biological, interpersonal and emotional comfort. In this literature review, it's exposed one of the most used questionnaires in the evaluation of the assessment of the quality of life linked to oral health, the Oral Health Impact Profile (*OHIP*) and its variants. In the initial part, the definition of concepts such as quality of life and its relation to oral health, related to the subject, are presented. After that the results of investigations about the *OHIP* and its diverse modalities are shown (*OHIP-49*, *OHIP-14*, *COHIP-19*, *OHIP-EDENT* and *OHIP-AESTHETIC*).

Keywords: Quality of Life; Oral Health; Perception (source: MeSH NLM).

Introducción

La atención odontológica generalmente se centra en la rehabilitación, a la par que desatiende la satisfacción y valoración de quienes reciben este servicio. Es decir, no se desenvuelve de manera integral¹. Considerar el punto de vista del paciente es muy importante, así la apreciación de este varíe según el entorno y período en que se encuentre. Solo de esa manera se relacionarán los resultados de un tratamiento o los efectos de una enfermedad² con la actitud y perspectivas del paciente frente al tratamiento recibido o concluido^{1,3} y su estado de ánimo. Asimismo, al brindarle un servicio excelente y que promueve su confort biopsicosocial³, favorece la responsabilidad del odontólogo por su paciente.

Existen distintos instrumentos para evaluar la calidad de vida, su conocimiento es importante para el odontólogo, ya que permite un acercamiento a las distintas maneras de evaluar las alteraciones en la salud resultantes de un cambio del entorno bucal o de algún procedimiento realizado en él^{4,5}. Esa valoración resulta relevante en la salud pública de un país emergente como el Perú⁶, donde las enfermedades de la cavidad oral tienen una elevada presencia en la población. En muchos países son materia de preocupación en la comunidad científica y política⁷. Medir sus efectos en la calidad de vida de las personas posibilita tomar decisiones desde la perspectiva psicosocial de la enfermedad⁸.

La medición es aplicable a todos los grupos etarios y a diversas facetas de la salud oral: proceso masticatorio, índole estética, el vínculo con los semejantes o en el ambiente de trabajo. Resulta básica en el ajuste de diseño de tratamientos y la mejora de estrategias odontológicas⁹.

La Comunidad Europea de Ortodoncia tiene en cuenta la satisfacción como parámetro para evaluar la atención bucal. Desarrolló un instrumento para medirla, pero aún no se conoce la validez del mismo¹. A su vez, como se verá en la literatura consultada, el *Oral Health Impact Profile (OHIP)*, en sus diversas variantes, cuenta con investigación que respalda su validez.

El propósito de este trabajo es ofrecer información del *OHIP* y sus diferentes versiones, su uso tanto en observaciones transversales como longitudinales^{8,10} y la validez y confiabilidad del mismo en distintas experiencias y con variadas poblaciones.

Revisión de la literatura

Las enfermedades de la cavidad oral pueden ocasionar limitación psicológica y problemas sociales, que se manifiestan en cambios en la personalidad y en el desempeño social¹¹, por lo que estudiar los efectos en el bienestar de las personas resulta importante. Precisamente, un concepto asociado con esos efectos es la noción de calidad de vida, sobre todo aquella que se relaciona con la salud bucal. En las siguientes líneas hacemos un repaso de esos conceptos, para luego pasar al *OHIP*.

Calidad de vida. En los años 60 del siglo XX se empezó a usar este concepto para valorar la vida de las personas

de manera más amplia, cualitativa, que incorporara su mundo social, cultural y subjetivo, no incluido apropiadamente en instrumentos conceptuales focalizados en aspectos económicos y objetivos¹². El concepto se refería a la sensación de satisfacción y bienestar experimentada por las personas. Su empleo se trasladó a los ámbitos de la economía, la política, la educación y la salud. En el campo de la salud, actualmente es parte de sus principios éticos⁸ y de la medición de los servicios brindados¹³.

La calidad de vida encierra varios aspectos: vivienda, estilo de vida, nivel de satisfacción en el entorno escolar, satisfacción con las labores que se desempeñan, situación socioeconómica, entre otros. Es una autopercepción^{4,14} que varía acorde al grupo humano, a la cultura, al espacio geográfico. Por lo tanto, constituye un concepto de múltiples dimensiones: social, económica y política⁷.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es "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"^{12,15-17}. Pero, por ser de índole intrínseca, subjetiva, su medición ha sido cuestionada¹⁸.

Hablar de calidad de vida relacionada con la salud, es referirse al grado óptimo de funcionamiento físico, mental y social del organismo. El concepto incorpora la apreciación de las personas sobre su salud, bienestar y satisfacción¹⁹. Hay autores que estiman que esa apreciación incluye también las variadas perspectivas de vida de cada persona²⁰.

Salud bucal. La salud general no está aislada de la salud bucal pues el ser humano es un organismo integral y único²⁰. Esta última constituye un elemento del proceso salud enfermedad, lo que la relaciona a la salud general^{7,8,21}.

La salud bucal circunscribe ausencia de padecimientos estomatológicos, sea caries, enfermedad periodontal⁸, maloclusiones, etc. Estas perturban el vivir diario de las personas por el dolor, la imposibilidad de realizar tareas habituales como la masticación, la dificultad para dormir; alteran su apariencia física; interfieren en sus relaciones interpersonales, en sus oportunidades laborales; generan cambios en la pronunciación y la fonación. Afectando así su salud, como a su entorno más cercano¹⁴.

Segura *et al.*¹⁰ enfatizan que la salud oral constituye un fenómeno multidimensional que corresponde a la inexistencia de enfermedad o sus manifestaciones, a un estado anímico vinculado a la sonrisa, a la satisfacción que la persona siente con su estado bucal, su funcionamiento social y a la carencia de desventajas generadas por malas condiciones de su boca, a su apreciación de gozar de buena salud; a lo que Guimaraes *et al.*²² añaden el incremento de la autoestima.

A pesar que, desde 1982, la OMS ha planteado que con alrededor de veinte piezas dentarias adecuadamente distribuidas hay un empleo aceptable del aparato masticatorio, para una buena calidad de vida relacionada con la

salud bucal es importante conservar el buen estado de todas las piezas dentarias^{10,20,23,24}.

En adultos mayores, las dificultades en la salud bucal se acentúan por efecto del envejecimiento. Provocan limitaciones al consumo de alimentos (pérdida de funcionalidad del aparato dentario), por ende, una mala alimentación. Esto se incrementa aún más si las personas carecen de acceso adecuado a la atención odontológica¹⁷.

Respecto a la frecuencia de visita al odontólogo, la realidad compartida por muchos países es que la mayoría de sus habitantes no acude a este o lo visitó hace más de un año²⁶.

Calidad de vida relacionada a la salud oral (CVR-SO). Específicamente, se define como la estimación individual sobre el impacto de las afecciones dentales -componente funcional, psicológico, social, así como la experiencia de dolor e incomodidad- al bienestar de la persona^{4,7,17-20} o de un grupo²⁷. Las enfermedades de la cavidad oral son un problema relevante en los ámbitos nacional y mundial²⁸. Como señalan Duran-Napolitano *et al*¹⁷, estas crean una huella en la autoestima, en el día a día y en el grado de satisfacción de las personas. Al respecto, Glazer *et al*.²⁹ verificaron que, en el caso de los niños y jóvenes, las malposiciones dentarias se asocian a impactos negativos en su calidad de vida, pues les provocan inconvenientes al comer y hablar y limitaciones en el ámbito social y psicológico.

Bellamy *et al*.²³ y Espinoza¹⁰ estiman que, sin embargo, muchas veces la salud de la cavidad bucal no es incluida en gran parte de los servicios brindados en el área de salud, ni en la evaluación de la calidad de vida vinculada a la salud y no se aprecia debidamente su relación con la salud general. Esto choca con la realidad ya que la condición en que se encuentra la cavidad bucal influye directamente en la vida de las personas²⁶. Precisamente, la OMS sí considera que la calidad de vida relacionada con la salud oral es un aspecto importante de la salud general y del bienestar general de las personas¹⁸.

La percepción de la calidad es diferente en cada persona. Alzate-Urrea *et al*.²⁵ consideran que el paciente relaciona la calidad con las facilidades en el uso de los servicios de salud (asignación de citas, puntualidad, respeto, adecuada asignación de tratamientos y medicamentos idóneos). Agudelo *et al*.⁷ encontraron que en Colombia la afectación a la calidad de vida se relacionaba con el malestar psicológico y la minusvalía. En cuanto al género, las mujeres conectaban la calidad de vida con el estado de sus dientes, tanto en funcionamiento como en estética.

Lo antes señalado conduce a prestar atención a estudios clínicos realizados en diferentes grupos poblacionales^{8,25}; para comprobar los efectos de los tratamientos²²; así como a observar diferentes instrumentos utilizados en la CVRSO.

Para el cirujano dentista es importante el contacto con diferentes grupos humanos ya que así conoce las molestias estomatológicas que adolecen y la calidad de vida

asociada a las mismas. Urzúa⁵ recuerda que la CVRSO es empleada por algunos investigadores y clínicos para valorar los efectos de enfermedades crónicas, ya que ofrece información acerca de lo que le interesa al paciente en relación a su propia salud.

Conocer cada una de las condiciones de vida asociadas a la enfermedad que atraviesan las poblaciones afectadas (adultos mayores, jóvenes, niños, mujeres embarazadas, etc.), posibilita aplicar programas preventivo promocionales de las diferentes enfermedades orales programas preventivo promocionales, que integren prácticas saludables e incrementen el bienestar de las personas^{4,7,20}.

Asimismo, permite al odontólogo adoptar mejores decisiones para el tratamiento, ya que tomará en cuenta sus condiciones y necesidades específicas²⁰⁻²² y favorecerá su calidad de vida personal³⁰. Por ejemplo, al efectuar una adecuada rehabilitación mediante prótesis removibles, les devuelve la función masticatoria y mejora su estética.

Es útil para definir cambios en las tácticas y técnicas de atención²⁵ en función de las consecuencias de las enfermedades bucodentales, como lo plantean Barrios *et al*.³¹; o de la eventual controversia en procesos de rehabilitación que presentan mayores problemas de estabilidad y retención en los tejidos dentarios²³, tales como prótesis mal ajustadas⁸, que provocan deterioro en la salud⁴.

Además, en las técnicas actuales de indagación sobre calidad de vida, el paciente participa activamente ofreciendo su autopercepción respecto de su salud, lo que favorece una mejor comprensión del estado de la misma y la provisión de tratamientos que permitan su recuperación^{8,18,22,32}.

Finalmente, los instrumentos para valorar la CVRSO están orientados a determinar, por un lado, cómo la enfermedad cambia en las personas su calidad de vida; y, por otro, a la manera cómo un tratamiento la mejora⁵.

Cuestionarios para la evaluación. Hace muchos años se aplican diversas herramientas para evaluar la CVRSO -las consecuencias nocivas que producen las enfermedades de la cavidad bucal^{21,33}- en diferentes grupos etarios y poblaciones con características específicas⁷, lo cual trae consigo una mejora en la salud y en el registro de la satisfacción de la atención recibida^{10,21}. La particularidad de estos instrumentos psicométricos es que la información que se consigue se origina en la propia percepción de las personas¹⁴. Por lo tanto, tiene beneficios en la práctica clínica diaria pues está centrada en el paciente⁵.

La medición de la CVRSO se hace mediante la valoración de diferentes dimensiones, cuyo número varía según la conceptualización y el instrumento empleado para la misma^{8,10,12,14,20,26,35}. Cada ítem contenido en la respectiva herramienta tiene un rango de puntos y de acuerdo al total obtenido se estima si la calidad de vida es buena o no²⁵, una puntuación alta significa mayor impacto negativo de la salud bucal sobre la calidad de vida (mala calidad de vida).

Uno de los instrumentos más empleados es el OHIP, impacto del perfil de la salud oral, considerado actualmente

como uno de los más avanzados y completos³². Se fundamenta en la medición de la conformidad-disconformidad de los trastornos bucales⁸. Tiene diversas variantes, que se exponen a continuación, incluyendo versiones en castellano (en México, Chile y España)³³.

OHIP-49. Elaborado en Australia, en 1994, por Slade y Spencer^{4,8,34}, permite conocer el valor que las personas otorgan a su salud bucal^{11,20,33}. Consta de 49 ítems, organizados en siete dimensiones, y utiliza una escala tipo Likert. El rango de sus resultados se ubica entre 0 -que significa que no hay impacto en la calidad de vida- y 196 puntos, equivalente a impacto muy negativo. Es decir, mide el efecto negativo que en la calidad de vida puede tener la salud bucal^{14,15,32}. Ha sido validado con diversos grupos humanos y en países distintos (Australia, China, Canadá, Estados Unidos, Japón, Francia, Alemania, entre otros)^{20,36}. Núñez enfatiza en que este cuestionario no reemplaza al examen clínico de las patologías de la cavidad oral³³.

El *OHIP* tiene traducciones a muchas lenguas: chino, coreano, japonés, francés, alemán, portugués, malayo, etc. y, por supuesto, castellano (*OHIP-Sp*)³².

En Brasil, Pires *et al.*³⁷ desarrollaron una versión en portugués, evaluando a 50 personas de 60 años. Encontraron que las dimensiones de mayor impacto en ellas fueron el malestar psicológico y la discapacidad física.

En los Países Bajos, Filius *et al.*³⁸ validaron el instrumento en 25 personas, con 20 años de edad en promedio, en su mayoría mujeres y que recibieron implantes. Comprobaron que el tratamiento generó satisfacción en su aspecto y mejoras en la masticación y el habla y no alteró su estado general de salud.

En México, Castrejón-Pérez *et al.*³³ tradujeron el cuestionario del inglés al castellano, lo validaron en 131 adultos mayores con 60 años a más (en su mayoría mujeres) y lo denominaron *OHIP-Mx-49*⁵. En paralelo analizaron las variables sociodemográficas de la muestra y su experiencia odontológica en los últimos 12 meses¹⁵. Concluyeron que se trataba de un instrumento válido y confiable, aplicable al segmento de población que estudiaron.

Bartnetche *et al.*²⁰ y Bellamy *et al.*²³ estudiaron respectivamente poblaciones de jóvenes encarcelados y de adultos mayores de 50 años. Coincidieron que el dolor físico, inconvenientes corporales y la incapacitación física estuvieron entre las dimensiones que tuvieron el mayor impacto. En otra investigación, que comparó mujeres grávidas de Chile y Perú, referida por Bertnetche, el dolor físico y la incapacitación física obtuvieron igualmente un puntaje alto.

Cada estudio ha ido adaptando los nombres de las siete dimensiones de acuerdo a cada realidad²⁰, pero se mantiene que una alta puntuación se vincula a la relación entre la exigencia de atención dental y el inconveniente para el desenvolvimiento de las actividades diarias¹⁴. Castrejón-Pérez *et al.*³³ refieren que el proceso de adecuación del instrumento en Chile incluyó el empleo de

la expresión "alguna vez en la vida" como tiempo de referencia, el cambio de la palabra "prótesis" por "dentadura" y el uso de una escala dicotómica.

No existen reglas acerca de cuántos ítems pueden eliminarse del cuestionario original. Hay quienes consideran que como mínimo cada dimensión debe contar con más de dos preguntas; asimismo, sostienen que reducir en más de la mitad el cuestionario atentaría contra la validez de constructo³². Ante la evidencia de adaptaciones cortas del *OHIP* (*OHIP-14*, *OHIP:EDENT*), Núñez infiere la posibilidad de desarrollar versiones abreviadas del *OHIP* de acuerdo a las características y estados específicos de la salud bucal, ya que el *OHIP-49* da como resultado un estado general de la salud oral y no mide una condición delimitada. En esa línea, Emami *et al.*³⁹ usaron en Canadá una versión con 20 preguntas, que denominaron *OHIP-20*, en pacientes edéntulos y con un promedio de 72 años de edad. También en Arabia Saudita⁴⁰ se empleó una versión corta de 20 preguntas. La versión en castellano, *OHIP-20Esp*, ha sido validada en España por Fernandez-Estevan *et al.*⁴¹ y Montero *et al.*⁴².

OHIP-14. Por razones de extensión del original, el propio Slade diseñó esta forma resumida^{8,11,15,32,36}, que cuenta con la confiabilidad, precisión y validez respectiva^{32,36}. Tiene las mismas siete dimensiones que el original y solo dos preguntas en cada una, con opciones de respuesta tipo Likert²⁶; los puntajes de cada ítem de la escala van de 0 a 4, por lo que los resultados de la prueba se ubican en un rango de 0 a 56 puntos, en el que los puntajes más altos representan mayor impacto negativo de la afección⁴³; mide los efectos negativos de la presencia de enfermedad en las actividades cotidianas realizadas en los últimos 12 meses^{8,10}.

El instrumento ha sido objeto de validación en distintos países: Hong Kong y Australia²³. En el año 2012 Castrejón-Pérez *et al.*³³ validaron en México una versión en castellano, denominada *OHIP-EE-14*, a través de un estudio realizado con adultos mayores, que tuvo en cuenta el número de dientes en poblaciones mayores de 60 años³⁶.

La nominación *OHIP-14sp* se refiere a la versión en castellano del *OHIP*. Su aplicación ha demostrado que el instrumento es preciso y confiable. Según Espinoza⁸, López y Baelum comprobaron su consistencia y validez al aplicarlo a una población de 9133 personas. También señala que en España, Chile, y México se ha administrado a población adulta tanto en estudios transversales como longitudinales.

En el Perú, Espinoza⁸ evaluó la consistencia interna del *OHIP-14sp* a través de un estudio piloto. Obtuvo así el *OHIP-14sp* (Lima), que aplicó a 184 personas adultos mayores, con 74 años de edad en promedio, la mayoría de ellas mujeres. Obtuvo un mayor resultado negativo en los varones, en las mujeres de mayor edad y en las dimensiones de malestar psicológico y limitación funcional; al contrario, la dimensión que menos impacto tuvo fue la de minusvalía. Concluyó que la herramienta es eficiente y de aplicación fácil.

Igualmente, en Perú, Villarreal ³⁶ evaluó a 177 adultos mayores, con edades en el rango de 60 a 99 años. Tomó en cuenta las variables sexo, edad, estado civil, nivel de instrucción y cantidad de dientes perdidos en base a su experiencia de 12 meses. Aplicó ambas versiones (inglés y aquella en castellano expuesta por Mirashi y Espinoza), además de lo publicado por Castrejón y Borges. Constató que el dolor físico y las molestias psicológicas, el sexo masculino, las personas con mayor edad y aquellas con un nivel de instrucción básica son las que presentan un mayor impacto negativo.

El empleo del *OHIP-14* se ha acrecentado. En una revisión de artículos en castellano e inglés publicados entre los años 2010 y 2015, realizada por Segura *et al* ¹⁰, su uso es expuesto en el 50% de los mismos. Asimismo, la herramienta ha mostrado que es aplicable a diversas poblaciones.

Padilla-Sánchez *et al.* ¹¹ lo aplicaron a adultos mayores para estudiar la relación entre el índice de piezas dentarias cariadas, perdidas y obturadas y la calidad de vida en 100 personas con edades entre 60 a 83 años. Concluyeron que la dimensión con mayor impacto negativo fue la limitación funcional, así como el malestar psicológico.

Agudelo *et al.* ⁷ realizaron un estudio en 53 mujeres que ejercían la prostitución en Medellín, Colombia. Aplicaron una encuesta sociodemográfica y luego el *OHIP-14*. Constataron un impacto mayor en las dimensiones malestar psicológico y minusvalía en aquellas que tenían un menor nivel educativo y carga familiar.

Campos *et al.* ⁴⁴ evaluaron cómo las alteraciones de la cavidad oral de personas de la población trabajadora, pueden interferir en su desempeño laboral. En el estudio emplearon un cuestionario de morbimortalidad en paralelo al *OHIP-14*. La muestra incluyó 326 personas, en su mayoría varones, con 44 años en promedio y con estudios de posgrado. Los resultados revelaron un mayor impacto en el aspecto de dolor físico y confort emocional particularmente en personas de mayor edad. Ello respalda la planeación de programas orientados a la salud del trabajador.

Otro grupo estudiado con el *OHIP-14* es de las personas con trastornos mentales. Braun *et al.* ²⁶ consideraron a 41 pacientes, en su mayoría mujeres, de 44 años de edad promedio, de un nivel escolar con enseñanza básica incompleta y dedicados a la actividad doméstica. El impacto lo clasificaron en tres niveles: débil (de 0 a 9), nivel medio (de 10 a 18) y fuerte (19 a 28). Encontraron que las dos dimensiones con mayor impacto fueron la incomodidad psicológica y la limitación funcional.

Asimismo, ha sido aplicado al estudio de los efectos negativos que tienen la gingivitis y la periodontitis en la calidad de vida de niños y adolescentes brasileños con síndrome de Down ⁴⁵.

Igualmente, ha servido para realizar investigaciones en personas con deformidades dentofaciales. En un estudio en 35 pacientes, entre 18 a 45 años, Guimarães *et al.* ²² comprobaron cómo la cirugía ortognática les

brindó mejora funcional y estética y bienestar psicosocial, lo que se tradujo en una mayor autoestima en comparación de los que no eran sometidos a la cirugía. Fernández de Velazco ¹⁵ trabajó con una muestra de 27 mujeres con edades de 20 a 30 años, en las que verificó el mayor impacto que tienen las deformidades en los niveles de la calidad de vida y en la presencia de incapacidad psicológica.

Una población también estudiada con el *OHIP-14* es la de pacientes con cáncer bucal, Barrios *et al.* ³¹ verificaron que la enfermedad y los tratamientos utilizados tienen efectos negativos en la percepción de sus vidas, que se expresan en la dificultad de su capacidad masticatoria, la deglución y el habla.

Los estudios comparativos también han mostrado al *OHIP-14* como una herramienta válida y fiable. Ugalde ²¹ comparó los efectos negativos que el deterioro de la salud oral tiene, entre hombres y mujeres, en las dimensiones incapacidad psicológica, molestias psicológicas y dolor físico. Aubert ²⁸ confirmó que el impacto de la salud oral en la calidad de vida de las personas se incrementa cuanto más avanza su edad, con cada año de vida el *OHIP-14* sube 0,07. Coincidió con Ugalde en que las dimensiones con mayor impacto negativo son el dolor físico, molestias psicológicas y la incapacidad psicológica.

El *OHIP-14* ha demostrado, asimismo, mucha utilidad para recoger información de la percepción que las personas tienen de los resultados del tratamiento que reciben. Musskopf *et al.* ⁴³ realizaron un experimento con mujeres embarazadas, un grupo de las cuales recibió tratamiento periodontal no quirúrgico integral (grupo experimental) en tanto que el otro tuvo un tratamiento estándar (grupo control). Al final del experimento ambos grupos redujeron los puntajes del *OHIP-14*; sin embargo, aquellas que recibieron el tratamiento integral tuvieron puntuaciones más bajas que las del grupo control.

COHIP-SF 19 (Short form). Formulada el año 2012, es la versión corta del *Child Oral Health Impact Profile (COHIP)*. Fue creado por Broder y Wilson-Genderson, para su aplicación en una población de entre 7 a 18 años. Contiene 19 ítems (17 positivos y 2 negativos), distribuidos en tres dimensiones: autopercepción de la salud bucal, bienestar funcional y bienestar socioemocional. El *COHIP* es considerado por Apaza-Ramos *et al.* ¹⁸ como un cuestionario capaz de discriminar la percepción de los grupos con o sin presencia de patología bucal.

En Latinoamérica, Teixeira *et al.* ⁴⁶ adaptaron y validaron la versión brasileña de esta herramienta. También ha sido aplicado por Campoverde ⁴⁷ para estudiar la relación entre el índice de necesidad de tratamiento ortodóntico y CVRSB de escolares con edades entre 12 y 15 años, pertenecientes a colegios de Loja (Ecuador). La investigación reveló que una autoestima más baja y valores menores al promedio relativo a calidad de vida estaban presentes en aquellos que padecían de maloclusión dental.

En Nueva York, Broder *et al.*⁴⁸ evaluaron la validez y confiabilidad del instrumento con 205 pacientes en edad escolar, confirmando su eficacia para la investigación clínica y estudios epidemiológicos.

OHIP-EDENT. El *OHIP* original no considera aspectos relevantes vinculados al uso de las prótesis, lo que podría traer consigo ciertas mediciones erradas. Por ello, Allen y Locker crearon una versión modificada y corta denominada *OHIP-EDENT*, dirigida a pacientes completamente edéntulos⁴⁷, en base de la versión *OHIP-14*³². Agregaron a esta cinco preguntas para medir las consecuencias del estado de la salud oral y de algunos tratamientos en pacientes de ese tipo. El instrumento ha demostrado ser aplicable, sensible y válido. Mantiene las siete dimensiones ya mencionadas. El puntaje posible se ubica en un intervalo de 0 a 76.

Montes y Mena³² verificaron la validez de una versión en castellano elaborada mediante la reducción de las preguntas del *OHIP-49sp*.

Lo mismo hicieron Montes *et al.*⁴⁹ en Chile. A partir del *OHIP-49Sp* seleccionaron las preguntas para el *OHIP-EDENTSp* y las aplicaron tres veces, durante sus tratamientos, a 73 personas, con 68 años en promedio, en su mayoría mujeres y con enseñanza básica. Concluyeron que el instrumento resultante era válido pues los resultados obtenidos eran internamente consistentes y poseían sensibilidad al cambio y estabilidad temporal.

Mesko *et al.*⁵⁰ consideraron que el *OHIP-EDENT* no presenta el efecto de suelo (que aparece cuando la tarea es tan difícil para los sujetos de la muestra, que les impide alcanzar un puntaje mínimo).

Possebon *et al.*⁵¹ evaluaron la estructura interna del cuestionario, aplicándolo a 54 personas edéntulas completos. Verificaron la consistencia interna analizando las 19 preguntas y los siete dominios incluidos en el mismo. El análisis factorial arrojó los factores impacto físico, impacto psicológico e impacto social, que mostraron consistencia y convergencia apropiadas para medir el constructo calidad de vida vinculada con la salud bucal.

OHIP ESTÉTICO. El año 2007 fue elaborado y validado por Wong *et al.* Es una versión abreviada del *OHIP-49* para evaluar los efectos de los tratamientos estéticos³².

La investigación de Núñez³² -realizada en una muestra de 90 chilenos adultos sometidos a blanqueamiento dental- presenta una de las variantes del *OHIP-14*, sensible y confiable al cambio en casos de tratamientos estéticos y blanqueamiento dental. Su formato también es tipo Likert, con cinco opciones. Con un puntaje de entre 0 a 56, el aporte de su estudio se basó en que no existía dicha versión en castellano.

Conclusiones

La salud bucal influye en el estado cotidiano de las personas, pues muchas veces el dolor, la imposibilidad de realizar tareas habituales (como la masticación), la imagen personal, los vínculos con otras personas e incluso el acceso y permanencia en los puestos laborales están

relacionados con la conservación de las piezas dentarias. A partir de la autopercepción de la persona se pueden realizar mejoras en el tratamiento del paciente a favor de su salud bucal en los dominios físico, psicológico y social.

En los estudios presentados el *OHIP* mide la calidad de vida correspondiente a la salud bucal con validez, sensibilidad y confiabilidad. Slade y Spencer diseñaron el *OHIP-49* en 1994; posteriormente Slade elaboró la versión resumida *OHIP14*. Ambos instrumentos incluyen siete dimensiones, pero el último contiene solo dos ítems para cada una. Emplean una escala tipo Likert en las respuestas y miden los efectos perjudiciales de las afecciones bucales en la calidad de vida de las personas. Hay versiones en castellano como el *OHIP-EE-14* y el *OHIP-14sp*. También hay una adaptación para niños, el *COHIP* y su versión abreviada, el *COHIP-SF19*. En pacientes edéntulos se usa el *OHIP-EDENT* y su versión en castellano *OHIP-EDENT Sp* y en pacientes sometidos a tratamiento estético dental se emplea el *OHIP-ESTÉTICO* con su respectiva adaptación al castellano.

Los estudios indican que en sus diversas versiones el instrumento acredita sensibilidad al cambio, consistencia interna y estabilidad temporal, pues los resultados obtenidos a través de ella son sólidos. Asimismo, ha demostrado ser adecuado en su aplicación a diversas poblaciones.

Referencias bibliográficas

1. Torres-González GC, León-Manco RA. Nivel de satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio de Ortodoncia de una Clínica Dental Docente peruana. *Rev Estomatol Herediana*. 2015;25(2):122-32.
2. Paz B. Entre lo ideal y las realidades: la fisioterapia en la atención primaria domiciliaria [Tesis doctoral]. [Palma de Mallorca]: Departament de Pedagogia Aplicada i Psicologia de l'Educació, Universitat de les Illes Balears; 2008. 468p.
3. Gonzales HV. Satisfacción de los pacientes atendidos por estudiantes de Estomatología. Clínica Estomatológica de la Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo-2015 [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista]. [Trujillo]: Escuela de Estomatología, Universidad Privada Antenor Orrego; 2016. 54p.
4. Cáceres-Manrique F, Parra-Prada LM, Pico-Espinosa OJ. Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia. *Rev. salud pública*. 2018;20(2):147-54.
5. Urzua MA. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev méd Chile*. 2010;138(3):358-65.
6. Lossio J, Barriga E, editores. Salud pública en el Perú del siglo XX paradigmas, discursos y políticas [Publicación electrónica]. 1ª ed. digital. [Lima]: Instituto Riva-Agüero, Pontificia Universidad Católica del Perú; 2017. 142p. Disponible en: <http://ira.pucp.edu.pe/biblioteca/wp-content/uploads/sites/4/2017/02/Salud-publica-en-el-peru-del-siglo-XX.pdf>.
7. Agudelo-Suárez A, Vásquez Hernández A, Zapata-Villa C. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en

- mujeres en situación de prostitución en Medellín (Colombia) y sus factores relacionados. *Rev. CES Odont.* 2017;30(2):3-15.
8. Espinoza DAK. Calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos mayores concurrentes al centro del adulto mayor de San Isidro [Tesis de maestría]. [Lima]: Facultad Estomatología, Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017. 45p.
 9. Espejo DF. Calidad de servicio en la atención odontológica de pacientes que acuden al Servicio de Estomatología de una institución pública y privada en la provincia de Lima, San Martín de Porres en el año 2017 [Tesis de bachillerato]. [Lima]: Facultad de Estomatología, Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018. 69p.
 10. Segura A, De La Hoz RP. Instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral: una revisión sistemática. *Salud Uninorte.* 2017;33(3):504-16.
 11. Padilla-Sánchez ML, Saucedo-Campos G, Ponce-Rosas ER, González-Pedraza A. Estado de dentición y su impacto en la calidad de vida en adultos mayores. *Rev. CES Odont.* 2017;30(2):16-22.
 12. Rodríguez M. Aspectos teóricos-metodológicos sobre la evaluación de la calidad de vida de los pacientes rehabilitados con prótesis dentales. *Humanid méd.* 2015;15(3):603-20.
 13. Marcelo-Ingunza J, Del Castillo-López C, Evangelista-Alva A, Sánchez-Borjas P. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de ámbito urbano-marginal. *Rev Estomatol Herediana.* 2015;25(3):194-204.
 14. Velázquez-Olmedo LB, Ortíz-Barrios LB, Cervantes-Velázquez A, Cárdenas-Bahena A, García-Peña C, Sánchez-García S. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. *Instrumentos de evaluación. Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2014;52(4):448-56.
 15. Fernández de Velasco A. Predictibilidad y validez de la planificación quirúrgica en cirugía ortognática mediante dolphin imaging system® y su relación con la calidad de vida según los cuestionarios OHIP14 y OQLQ [Tesis para optar al grado de doctor]. [Madrid]: Facultad de Medicina, Universidad de Madrid; 2017. 274p.
 16. Hernandez-Huayta J, Chavez-Meneses S, Carreazo NY. Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2016;33(4):680-8.
 17. Duran-Napolitano D, Moya-Rivera P, Aubert-Valderrama J, Becerra-Reus A, Lara-Lúer A, Monsalves-Villalobos MJ. Percepción de salud bucal en adultos mayores de dos comunas con desarrollos extremos en Chile. *Rev CES Odont.* 2016;29(1):5-12.
 18. Apaza-Ramos S, Torres-Ramos G, Blanco-Victorio D, Antezana-Vargas V, Montoya-Funegra J. Influencia de los factores sociodemográficos, familiares y el estado de la salud bucal en la calidad de vida de adolescentes peruanos. *Rev Estomatol Herediana.* 2015;25(2):87-99.
 19. Marró Freitte ML, Candiales de Castillo YM, Cabello Ibacache R, Urzúa Araya I, Rodríguez Martínez G. Aspectos sobre la medición del impacto de la caries dental en la calidad de vida de las personas: Artículo de revisión. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral.* 2013;6(1):42-6.
 20. Barnetche MM, Cornejo LS. Experiencia de caries y calidad de vida de jóvenes en situación de encierro. *Rev Salud Pública.* 2016;18(5):816-26.
 21. Ugalde E. Perfil de la Salud Oral (OHIP-14) en pacientes de la Clínica U Dental, con base en la incapacidad psicológica según el sexo. *iDental.* 2014;7(2):33-46.
 22. Guimaraes Filho R, Olivera Junior C, Gomes TRM, Souza TDA. Qualidade de Vida em Pacientes Submetidos à Cirurgia Ortognática: Saúde Bucal e Autoestima. *Psicol Cienc Prof.* 2014;34(1):242-251.
 23. Bellamy C, Moreno A. Relación entre calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años derechohabientes del IMSS. *Av Odontoestomatol.* 2014;30(4):195-203.
 24. Díaz Cárdenas S. Impacto de lesiones orales sobre la calidad de vida en pacientes adultos. *Av. Odontoestomatol* 2016;32(1):11-20.
 25. Alzate-Urrea S, López-Vergel F, López-Orozco C, Espinosa-Herrera E, Agudelo-Suárez AA, Posada-López A, et al. Calidad de vida y su relación con la salud bucal en la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín: la perspectiva del personal de salud. *Rev CES Odont.* 2014;27(2):11-25.
 26. Braun PCB, Vieira RA, Cristiano DP, Sonogo FGF. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos pacientes usuários do centro de atenção psicossocial ii do Município de Criciúma/Sc. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo.* 2018;30(2):132-43.
 27. Rivera F, Ceballos P, Vilchez V. Calidad de Vida Relacionada con Salud y Riesgos Psicosociales: conceptos relevantes para abordar desde la Enfermería. *Index Enferm* 2017;26(1-2):58-61.
 28. Aubert J, Sánchez S, Castro R, Monsalves MJ, Castillo P y Moya P. Calidad de vida relacionada con salud oral en mayores de 14 años en la comunidad San Juan Bautista, Isla Robinson Crusoe, Chile. *Int. J. Odontostomat.* 2014;8(1):141-145.
 29. Glazer K, Morales A, Thomé AT, de Souza MI, Vianna M. Sociodemographic and clinical aspects of quality of life related to oral health in adolescents. *Rev Saúde Pública.* 2013;47(Suppl 3):19-28.
 30. Medeiros RA de; Almeida, MLV de. Qualidade de vida em pacientes reabilitados com próteses parciais removíveis: revisão da literatura. *Rev Odontol Araçatuba.* 2018;39(3):9-12.
 31. Barrios R, Tsakos G, Gill-Montoya JA, Montero J, Bravo M. Asociación entre calidad de vida general y calidad de vida oral en pacientes tratados de cáncer oral [Resumen]. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2016;21(2):126-132.
 32. Núñez LF. Validación del Cuestionario OHIP-Estético en adultos chilenos. Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista]. [Chile]: Facultad de Odontología, Universidad de Chile; 2012. 43p.
 33. 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 Pública.* 2010;27(5):321-9.

34. Mello dos Santos C, Keller R, Balbinot J, Neves F. Testing the applicability of a model of oral health-related quality of life. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2015;31(9):1871-1880.
35. Moreno X, Vera C, Cartes-Velásquez R. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de escolares de 11 a 14 años, Licantén, 2013. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral*. 2014;7(3):142-148.
36. Villarreal LC. Impacto de la Salud en la calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico "Ignacia Rodulfo Vda. De Canevaro" Año 2011. [Tesis para optar el grado de Maestro en Estomatología]. [Lima-Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2012. 107p.
37. Pires CPAB, Ferraz MB, Abreu MHNG. Translation into Brazilian portuguese, cultural adaptation and validation of the oral health impact profile (ohip-49). *Braz Oral Res*. 2006;20(3):263-8.
38. Filius MAP, Cune MS, Visser A, Vissink A, Raghoebar GM. Effect of implant therapy on oral health-related quality of life (OHIP-49), health status (SF-36), and satisfaction of patients with several agenetic teeth: Prospective cohort study. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2018;20:592-597.
39. Emami E, Allison PJ, de Grandmont P, Rompre PH y Feine JS. Better oral health related quality of life: Type of prosthesis or psychological robustness? *J Dent*. 2010;38:232-236.
40. Alfadda SA, Al-Fallaj HA, Al-Banyan HA, Al-Kadhi RM. A clinical investigation of the relationship between the quality of conventional complete dentures and the patients' quality of life. *Saud Dent J*. 2015;27:93-98.
41. Fernandez-Estevan L, Selva-Otaola E, Montero J, Sola-Ruiz F. Oral health-related quality of life of implant-supported overdentures versus conventional complete prostheses: Retrospective study of a cohort of edentulous patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2015;20(4):e450-8.
42. Montero J, Macedo C, López-Valverde A, Bravo M. Validation of the oral health impact profile (OHIP-20sp) for Spanish edentulous patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012;17(3):e469-76.
43. Musskopf ML, Milanesi FC, Rocha JM da, Florini T, Moreira CHC, Cristiano, S, et al. Oral health related quality of life among pregnant women: a randomized controlled trial. *Braz Res Oral*. 2018;32(2):1-10.
44. Campos MJ, Greco RM, Gonçalves IC, Ferreira E, Queiroz de Paula MV. Impact of oral health conditions on the quality of life of workers. *Ciênc saúde coletiva*. 2014;19(12):4777-4786.
45. Loureiro ACA, Costa FO, da Costa JE. The Impact of Periodontal Disease on the Quality of Life of Individuals with Down Syndrome. *Down Syndr Res Pract*. 2007;12(1):50-54.
46. Teixeira LG, Cremona GO, Cristiano D, Fontanella C, Faustini F, Traebert J. Cross-Cultural Adaptation and Validation of the COHIP-SF19 to be used in Brazil. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2018;18(1):e4046.
47. Campoverde CR. Necesidad de tratamiento ortodóntico y su relación con la calidad de vida relacionada a la salud oral en escolares de 12 a 15 años, de dos unidades educativas, pública y privada de la Ciudad de Loja Ecuador 2016 [Tesis de maestría]. [Lima]: Facultad de Estomatología, Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017. 85p.
48. Broder HL, Wilson-Genderson M, Sischo L. Reliability and validity testing for the Child Oral Health Impact Profile-Reduced (COHIP-SF 19). *J Public Health Dent*. 2012;72(4):302-312.
49. Montes D, Mena B. Confabilidad y sensibilidad al cambio del cuestionario "Perfil de impacto de salud oral en desdentados (OHIP-EDENT)" obtenido de la reducción de preguntas del OHIP-49 SP. [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista]. [Chile]: Facultad de Odontología, Universidad de Chile; 2011. 61p.
50. Mesko ME, Patias R, Pereira-Cenci T. Is OHIP-EDENT similar to GOHAI when Measuring Oral Quality in Partial and Complete Denture Wearers? *Dentistry*. 2013;3(2):1-5
51. Possebon APR, Faot F, Machado RMM, Nascimento GG, Leite FRM. Exploratory and confirmatory factorial analysis of the OHIP-Edent instrument. *Braz. Oral Res*. 2018;32:e111.