
**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PRÓTESIS**



**INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA
RELACIONADO CON EL COMPONENTE BUCAL DE
LA SALUD EN PACIENTES DESDENTADOS**

**Tesis presentada en opción al grado
científico de Doctor en Ciencias
Estomatológicas**

ZUILEN JIMÉNEZ QUINTANA

La Habana

2020

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PRÓTESIS**



**INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA
RELACIONADO CON EL COMPONENTE BUCAL DE
LA SALUD EN PACIENTES DESDENTADOS**

**Tesis presentada en opción al grado
científico de Doctor en Ciencias
Estomatológicas**

Autora: Dra. Zuilen Jiménez Quintana, MsC

Tutor: Prof. Tit. Dra. Ileana Bárbara Grau León, Dr.C

Asesor: Prof. Tit. Norberto Valcárcel Izquierdo, Dr.C

La Habana

2020

“... calidad de vida es patriotismo, calidad de vida es dignidad, calidad de vida es honor, calidad de vida es autoestima a la que tienen derecho a disfrutar todos los seres humanos”.

Fidel Castro Ruz

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por enseñarme el verdadero significado de la vida y por el principal legado; la educación y su cultura.

A mi esposo por estar siempre a mi lado por su amor e incalculable apoyo.

A mi familia y amigos quienes siempre me han apoyado.

A la Dr.C Ileana Grau León por su tiempo, por sus consejos oportunos y confiar en el proyecto.

Al Dr.C Norberto Valcárcel Izquierdo por su sabiduría y sus enseñanzas.

A la Dr.C María de la Caridad Barciela, una profesora excepcional e inteligente que me hizo sentir afortunada de poder contar con ella.

A la Dra. Susel Quesada Peña por su asesoría y amistad.

Al Dr. Agustín Rodríguez Soto por su paciencia y ayuda para enseñar el interesante, pero no menos complejo, mundo de los análisis estadísticos.

Al Lic. Yunier Arpajón Peña, una maravillosa persona que me ofreció su ayuda incondicional y su preciado tiempo.

A la Dr.C Zoraya Almagro Urrutia por ser mi guía desde el pregrado.

A la Dr.C Clara Sánchez Silot por su ayuda y apoyo incalculable.

A la Dra. Milay Justo Díaz por su acompañamiento. Juntas logramos avanzar en el largo camino de la investigación.

Al Dr. José A. Denis Alfonso quien ha sido el motor impulsor de la superación de los profesores de su departamento.

A la Dr.C Gladys González González por sus enseñanzas.

A la Dra. Rosa González Ramos por ser más que una asesora una amiga.

A la Lic. Sol Angel Rosales Reyes por sus consejos siempre oportunos.

A la Lic. Cristina Angarita por apoyarme incondicionalmente.

Al Dr. José Miguel Robaina quien no está físicamente pero siempre me impulsó para hacer la investigación.

A la Dra. Victoria Carriera, mi profe, quien ya no está físicamente pero siempre creyó en mí.

A mis residentes que me confiaron la tutoría de sus Tesis de terminación de Especialidad con temas relacionados con el desarrollo de este proyecto.

A mis compañeros de trabajo por su apoyo, ayuda y consideración.

A todos lo que me han brindado su ayuda y han hecho posible la realización de esta investigación.

MUCHAS GRACIAS

DEDICATORIA

A mis hijos

***Por el tiempo que no les dediqué,
que pueda enseñarles que cada logro
requiere de dedicación y sacrificios.***

SÍNTESIS

Se realizó una investigación de desarrollo e innovación tecnológica cuyo proyecto tecnológico ofrece como producto un instrumento de medición de Calidad de Vida relacionado con el componente bucal de la Salud (CVRCBS). Se trabajó sobre la base de un enfoque mixto de la investigación en salud entre enero del año 2014 y diciembre del año 2019. Se estructuró en tres etapas, una primera que permitió diagnosticar la situación existente en los estudios de Calidad de Vida relacionados con el componente bucal de la Salud, a partir de la aplicación de un instrumento genérico y evaluación de los existentes. Una segunda cualitativa que consistió en el diseño del instrumento de evaluación de calidad de vida en pacientes desdentados y la tercera de validación del citado Instrumento. Se identificaron como dimensiones de la CVRCBS relevantes para los pacientes la limitación funcional y el malestar psicológico. Los instrumentos existentes para evaluar CVRCBS se han desarrollado en países anglosajones y son culturalmente diferentes a la idiosincrasia de la población cubana. Se diseñó un instrumento multidimensional y específico para evaluar la calidad de vida en pacientes desdentados que es una medida aceptable, fiable, válida que permite evaluar el espectro de consecuencias derivadas del desdentamiento.

GLOSARIO

Adaptación cultural: toma en consideración el contexto cultural, los giros idiomáticos, y las diferencias en la percepción de la salud y la enfermedad de aquellas poblaciones en las cuales se desea aplicar un instrumento.

Calidad de Vida relacionada con la Salud: abarca aquellos aspectos de la vida que están dominados o influenciados de modo significativo por la salud personal.

Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud: autopercepción que tiene el individuo respecto a su estado de salud bucal, que captura los impactos funcionales, sociales y psicológicos de la enfermedad en relación con su vida diaria.

Coefficiente de correlación: índice que cuantifica la relación lineal entre un par de variables. Medida de asociación que indica el grado en el que dos variables continuas poseen una relación lineal. Su valor puede situarse entre -1 y +1. Cuando su valor es 0 no existe ningún grado de correlación. El coeficiente de este tipo que más se utiliza es el de Pearson.

Coefficiente de Cronbach: fórmula utilizada para la comprobación de la consistencia interna de un test que presupone que si varios ítems están midiendo el mismo atributo o dimensión, estos ítems deberían estar intercorrelacionados. Esta correlación se mide mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

Consentimiento informado: procedimiento formal para aplicar el principio de autonomía. Debe reunir por lo menos tres elementos: voluntariedad, información y comprensión. La voluntariedad implica que los sujetos puedan decidir libremente si quieren participar en un estudio, sin que haya persuasión, manipulación ni

coerción. La información debe ser comprensible y debe incluir el objetivo del estudio y su procedimiento, los beneficios y riesgos potenciales, las posibles incomodidades derivadas de la participación y la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento sin que ello dé lugar a perjuicio, en este contexto es básica la comprensión de la información, que no sólo depende de esta, sino también de la competencia de quien la recibe, es decir de su capacidad para comprender.

Consistencia interna: grado en que los ítems de una dimensión se correlacionan entre ellos mismos.

Constructo: en psicometría, concepto abstracto no medible directamente que se quiere convertir en variable operativa medible. Generalmente, se utiliza para un concepto que existe en teoría, pero que no se puede observar directamente. Esencialmente, es una variable latente.

Dimensiones: aspectos relevantes que engloba el constructo o concepto que se mide a través del cuestionario.

Diseño: conjunto de estrategias y procedimientos que se seguirán para dar respuestas al problema y comprobar la hipótesis. Engloba la selección del tipo de estudio, la población a estudiar, la definición de las variables y escalas de medición y los métodos de recogida, procesado y análisis de los datos.

Escala: graduación utilizada en diversos instrumentos de medida para posibilitar la medición de una amplitud.

Escalas de evaluación: instrumentos/cuestionarios que permiten un escalamiento acumulativo de sus ítems y que dan puntuaciones globales al final

de la evaluación. Su carácter acumulativo las diferencia de los cuestionarios de recogida de datos.

Escala tipo Likert: la respuesta del individuo se da mediante una escala numérica, a la cual se le atribuyen las propiedades de las escalas de intervalo, permitiendo por tanto la realización de análisis estadísticos más complejos. Escalas que se utilizan con frecuencia en estudios de actitudes en los que las puntuaciones crudas se basan en respuestas alternativas graduadas a cada una de una serie de preguntas.

Estabilidad: grado en que los resultados son idénticos o estrechamente semejantes cada vez que una prueba se lleva a cabo por distintos profesionales y en distintos ámbitos.

Fiabilidad: grado de consistencia con que mide el atributo para el que está diseñado. La consistencia implica la ausencia de variabilidad o desacuerdo en repetidas observaciones o mediciones. Grado en que las mismas mediciones de los individuos que se obtienen en diferentes condiciones dan resultados similares. Grado en que un instrumento mide con precisión sin error.

Fiabilidad test-retest (prueba-reprueba): mide la estabilidad de las puntuaciones otorgadas por el mismo evaluador, en los mismos sujetos y con el mismo método en diferentes momentos. Correlación entre la puntuación de dos administraciones de una prueba a los mismos individuos. De esta manera se mide uno de los conceptos incluidos en la fiabilidad: la estabilidad del test.

Instrumento de medida del estado de salud: herramientas desarrolladas para determinar la percepción que cada persona tiene de su bienestar o malestar. El

desarrollo de cada uno de estos instrumentos exige completar un proceso complejo para su creación, evaluación e interpretación.

Instrumentos de medida de Calidad de Vida relacionada con Salud específicos: los instrumentos específicos incluyen dimensiones de la CVRS de una determinada afección que se quiere estudiar, capacidad funcional, o de un determinado grupo de pacientes.

Instrumentos de medida de Calidad de Vida relacionada con Salud genéricos: los instrumentos de calidad de vida genéricos no están relacionados con ningún tipo de enfermedad o especialidad en particular. Son aplicables tanto a la población general como a grupos específicos de pacientes.

Interpretabilidad: grado en el que uno puede asignar un significado comprensible a las puntuaciones cuantitativas del instrumento.

Ítem: cada uno de los elementos, preguntas o cuestiones que constituyen un test.

Modelo de medida: se refiere a las escalas y subescalas de un cuestionario y a los procedimientos seguidos para crear las puntuaciones.

Psicometría: se refiere a la disciplina relativa a test psicológicos o mentales y a cualquier análisis cuantitativo de rasgos psicológicos o actitudes de un individuo, así como sus procesos mentales; rama de la estadística que estudia y mide fenómenos psicológicos a través de test que analizan la confiabilidad y la validez del cuestionario.

Sensibilidad: capacidad de detectar y medir cambios, tanto en los diferentes individuos como en la respuesta de un mismo individuo a través del tiempo.

Validación: prueba que evalúa si el instrumento está midiendo lo que realmente pretende medir y mantiene el valor mensurativo cuando las hipótesis sobre la relación entre la puntuación de la escala y un criterio particular se confirman.

Validez: capacidad de un instrumento para medir aquello para lo que ha sido diseñado, denota el grado en que el instrumento mide lo que se supone que debe medir.

LISTADO DE SIGLAS

Cc- Coeficiente de concordancia.

CCI- Coeficiente de Correlación Intraclase

CV- Calidad de vida.

CMF- Consultorio del médico de la familia.

CVRCBS- Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud.

CVRS- Calidad de Vida relacionada con la Salud.

GOHAI- Índice de Salud Bucal Geriátrico.

ICVD- Instrumento de evaluación de Calidad de Vida en pacientes desdentados.

ID- Índice de Dificultad.

ISG- Índice de Satisfacción Grupal.

K- Coeficiente de competencia.

Ka- Coeficiente de argumentación.

Kc- Coeficiente de conocimiento.

MCVRS- Mediciones de Calidad de Vida relacionadas con Salud.

OHIP- Perfil de Impacto de Salud Oral.

TABLA DE CONTENIDOS**Pág.**

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	6
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	8
I.1 Calidad de Vida.	9
I.1.2 Calidad de Vida relacionada con la Salud.	14
I.1.3 Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud.	16
I.2 Diseño de Instrumentos.	20
I.3 Valoración de la Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud.	27
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	35
II.1 Clasificación de la investigación.	36
II.2 Etapas de la investigación.	36
II.3 Métodos de investigación.	37
II.4 Primera Etapa.	38
II.4.1 Fase Uno.	38
II.4.1.1 Aspectos de la Calidad de Vida relacionados con el componente bucal de la Salud.	39
II.4.1.2 Técnicas y procedimientos.	41
II.4.2 Fase Dos.	42
II.4.2.1 Técnicas y procedimientos.	43
II.4.2.2 Variables y operacionalización.	44

II.4.2.3 Procesamiento y análisis de la información.	44
II.5 Segunda Etapa.	45
II.5.1 Fase de definición y caracterización del objeto de estudio.	46
II.5.2 Fase de concepción de las dimensiones.	46
II.5.3 Fase de construcción de los ítems.	47
II.5.4 Fase de definición de la escala de medición de cada ítem.	47
II.5.5 Fase de definición de la forma evaluativa del Instrumento.	48
II.5.6 Fase de recogida de información a partir de especialistas.	48
II.6 Tercera Etapa.	51
II.6.1 Criterio de Expertos.	51
II.6.2 Satisfacción grupal.	54
II.6.3 Determinación de la fiabilidad del nuevo Instrumento.	56
II.7 Aspectos éticos.	58
CAPÍTULO III. RESULTADOS	59
III.1 Resultados de la Primera Etapa.	60
III.2 Resultados de la Segunda Etapa. Diseño del Instrumento.	64
III.3 Resultados de la Validación del Instrumento diseñado.	71
III.3.1 Resultados de la consulta a expertos.	71
III.3.2 Valoración de los resultados del Test de Satisfacción.	74
III.4 Estudio de la fiabilidad del Instrumento. Resultados de la prueba piloto.	74

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	77
IV.1 Discusión de los resultados con la aplicación del instrumento OHIP-14.	78
IV.2 Discusión de los resultados de la evaluación de los instrumentos.	83
IV.3 Discusión de los resultados del diseño del Instrumento.	87
IV.4 Discusión de los resultados de la aplicación de la Técnica del Grupo Nominal.	92
IV.5 Discusión de los resultados de la Validación.	94
IV.5.1 Discusión de los resultados de la aplicación del método Delphi.	94
IV.5.2 Discusión de los resultados de la Técnica de ladov.	96
IV.5.3 Discusión de los resultados del estudio de fiabilidad.	97
CONCLUSIONES	99
RECOMENDACIONES	100
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	
PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LA AUTORA	

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Al hacer una reflexión consciente alrededor de las funciones del sistema estomatognático, se entendería cuál es la influencia de la salud bucal en la Calidad de Vida de los individuos.¹

Hay que entender cómo una persona define su estado de salud bucal, por su comportamiento y las condiciones, a veces subjetivas, incluidas en el amplio concepto de percepción de la salud.² Debido al cambio de paradigma en este concepto, de ser considerado sólo la ausencia de enfermedad en el modelo biomédico, hacia el modelo biopsicosocial, nace el concepto de Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS), el cual específicamente en el área de la Estomatología, se conoce como Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud (CVRCBS).³

Con mucha frecuencia se utilizan indistintamente los términos, muy relacionados, pero diferentes: Calidad de Vida y Calidad de Vida relacionada con la Salud. Es un error intercambiarlos. En realidad, el primero incluye al segundo, al ser mucho más abarcador. El segundo se refiere a la percepción de la persona sobre su propia salud y el valor del tiempo de su vida asociado a limitaciones o discapacidades de índole física, psicológica, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, tratamiento, accidentes o determinadas políticas,^{4,5} y no sólo cuánto le queda por vivir.

En la implementación de las nuevas políticas de salud importa más cómo se siente el enfermo, que cómo debía sentirse en relación con las medidas terapéuticas empleadas, según el criterio especializado. Lo nuevo que incorpora a las ciencias de la salud este concepto de CVRS, es la percepción del individuo, como una necesidad de evaluación de resultados en salud. Esto refuerza que,

estimar CVRS es muy importante, pues permite valorar la percepción que tienen las personas sobre "si valió la pena" someterse a procedimientos médicos o estomatológicos.

En este sentido, se considera importante conocer la CVRS de cada individuo, así como los factores que contribuyen a modificarla de forma positiva o negativa, tanto en el estado de salud general como en el estado de salud bucal.

Dado que valorar la Calidad de Vida es muy subjetivo, al estar directamente influenciada por la personalidad propia, así como por el entorno donde vive y se desarrolla cada persona, se recomiendan instrumentos que permitan evaluarla dentro de un enfoque metodológico, para identificar este impacto lo más objetivamente posible.^{6,7}

Estas herramientas son conocidas como Mediciones de Calidad de Vida Relacionada con Salud (MCVRS) las cuales evalúan el impacto de los trastornos e intervenciones sobre el estado de salud, percibido por los pacientes. Estas observaciones son comúnmente aplicadas en estudios poblacionales, pero pueden jugar un rol importante en la práctica clínica en términos de identificar necesidades, seleccionar terapias y monitorear el progreso de los pacientes.^{8,9}

El interés por este tema es cada vez mayor, la investigación y socialización de los resultados se evidencia en el aumento considerable de publicaciones en la literatura académica y especializada.^{9,10}

Si bien en Cuba, se han diseñado y utilizado instrumentos de medida para evaluar el bienestar subjetivo y la Calidad de Vida percibida, entre ellos: el Cuestionario General de Calidad de Vida en Dermatología,¹¹ el Instrumento para la evaluación de la calidad de la atención al adulto mayor en el CMF,¹² el Instrumento para medir Calidad de Vida relacionada con la salud en instituciones sanitarias

cubanas,¹³ el Instrumento para valorar la Calidad de Vida en supervivientes a un ictus,¹⁴ y el Cuestionario para evaluar la Calidad de Vida relacionada con la salud de adultos con drepanocitosis,¹⁵ el desarrollo y aplicación de este tipo de medida es insuficiente en las Ciencias Estomatológicas.

A pesar de que constituye una prioridad el fortalecimiento de las acciones integrales para alcanzar los objetivos establecidos en el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral¹⁶ el estudio referencial evidencia que son pocas las investigaciones que se han desarrollado en el país sobre autopercepción de Calidad de Vida o desarrollo de cuestionarios en estomatología, entre ellas se destacan las de Jiménez Quintana¹⁷ , Rodríguez Fuente¹⁸, Justo Díaz¹⁹ y Capote Femenías²⁰, sin embargo no se han identificado estudios orientados a adaptar al contexto cubano un instrumento para medir Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud.

La implementación de cuestionarios no autóctonos sin una adaptación cultural previa es causa de sesgo de transculturación, debido a que las naciones, regiones e incluso localidades exhiben particularidades lingüísticas, semánticas, experienciales y conceptuales diferentes. Las escalas de evaluación deben ser adaptadas al contexto objeto, porque la cualidad y grado de expresión del constructo varía según las características de la población donde se desea aplicar el cuestionario, según lo establece la Comisión Internacional de Test.²¹

Justificación

Al tener en consideración el estado actual de la temática y el vacío en el conocimiento acerca de la capacidad de los instrumentos existentes para evaluar el impacto en la Calidad de Vida de la condición bucodental de pacientes desdentados en Cuba, al hacer referencia a costumbres, léxico e idoneidad del

Sistema Nacional de Salud a la hora de solucionar los problemas bucodentales de los pacientes; se busca mejorar la atención integral de los pacientes con la aplicación de un instrumento autóctono que permita explorar la relación que guardan todos los aspectos que influyen en el estado de salud bucal en los pacientes desdentados totales con su Calidad de Vida.

Las investigaciones realizadas en la Facultad de Estomatología de La Habana, para evaluar la Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud (CVRCBS) tienen las siguientes limitaciones:

- No hay evidencias de un instrumento que responda a las características socioculturales de la población cubana que recibe atención estomatológica.
- Como no existe un instrumento cubano, los especialistas utilizan diferentes instrumentos internacionales sin la correspondiente adaptación transcultural, lo cual es causa de sesgos de los resultados y dificulta la comparación de los mismos.
- Los estudios anteriores se han centrado en factores limitados asociados con CVRCBS. Existe una necesidad de identificar determinantes adicionales de CVRCBS en pacientes con dificultad masticatoria por desdentamiento.
- Existen escasos estudios de cuestionarios o test específicos que evalúen la CVRCBS en pacientes de prótesis estomatológica.

Todos estos elementos, sumados al hecho de que en Estomatología, generalmente, la información sobre la salud de los pacientes se obtiene a partir de la anamnesis (no contempla preguntas estandarizadas sobre aspectos cotidianos, físicos, sociales, personales, del bienestar mental o la percepción de salud por parte de los pacientes), el examen físico y los exámenes complementarios, los

cuales rara vez proporcionan datos útiles para establecer conclusiones sobre la Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud, permiten identificar, en base a lo expuesto, un **problema científico**: ¿Cómo evaluar la Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud en pacientes desdentados que se rehabilitan con prótesis estomatológica en la población cubana?

En base a este problema se propone el diseño de un instrumento específico capaz de evaluar la Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud en los pacientes desdentados que necesitan ser rehabilitados con prótesis estomatológica, en la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, que responda a las características socioculturales de la población objeto de estudio.

Esta problemática permitió definir las siguientes **preguntas científicas**:

1. ¿Qué dimensiones de la Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud pueden estar afectadas en los pacientes desdentados que son rehabilitados con prótesis estomatológica?
2. ¿Qué características tienen los instrumentos utilizados en las investigaciones realizadas sobre Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud?
3. ¿Cómo es un instrumento para medir Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud según las condiciones socioculturales del país?
4. ¿Cuán válido es el instrumento que se propone para medir Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud en los pacientes con desdentamiento?

OBJETIVOS

General

Elaborar un instrumento de medición de Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud en pacientes desdentados.

Específicos:

1. Identificar las dimensiones de la Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud que son más relevante para los pacientes desdentados.
2. Evaluar los instrumentos utilizados en las investigaciones realizadas sobre Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud.
3. Diseñar un instrumento para medir Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud en pacientes desdentados.
4. Validar el instrumento diseñado para medir Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud en pacientes desdentados.

Actualidad

El trabajo que se presenta propone un instrumento de medición de Calidad de Vida relacionado con el componente bucal de la Salud en la población cubana, sin precedentes en el país, el cual facilitará el desarrollo de las esferas asistencial y de investigación relacionada con la calidad de vida percibida por los pacientes, en correspondencia a los requerimientos actuales del Sistema Nacional de Salud y su repercusión en la calidad de la atención en los servicios estomatológicos y en la satisfacción de los pacientes.

La **novedad** del estudio queda definida por la propuesta de un instrumento propio que permita a los especialistas estimar el impacto social y funcional del desdentamiento así como de las diferentes rehabilitaciones protésicas

estomatológicas. De este modo los hallazgos registrados se traducirán en medidas clínicas objetivas para evaluar la efectividad de estos tratamientos en la mejora de la calidad de los servicios de prótesis estomatológica y por consiguiente, la Calidad de Vida de los pacientes.

Aportes

Teórico: La investigación constituye un aporte científico sobre la temática de la Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud y sus instrumentos de medición. Se obtiene un nuevo conocimiento sobre las principales características de este tipo de evaluación, así como se identifican los principales elementos que modifican la autopercepción de salud de los pacientes con desdentamiento. Así mismo aporta una actualización de los referentes teóricos metodológicos de las medidas de salud en la atención estomatológica.

El **aporte práctico** está representado por brindar una herramienta de salud que facilite la evaluación de intervenciones a niveles individual, grupal y comunitario orientadas a elevar la Calidad de Vida en la población. La creación en sí y la metodología seguida para la evaluación de sus propiedades métricas constituyen un **aporte metodológico** tanto en el diseño y validación de medidas de salud como en la evaluación de la Calidad de Vida percibida por los pacientes. Se pretende, además, como fin último, que los resultados contribuyan a largo plazo, a incorporar este instrumento como parte de la evaluación integral de los pacientes en las consultas de rehabilitación prótesis estomatológica que se realizan en todos los niveles de atención.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

I.1. Calidad de Vida.

El término "Calidad de Vida" (CV) ha sido ampliamente utilizado en los últimos tiempos por los especialistas de las más diversas disciplinas, tales como filósofos, economistas, sociólogos y profesionales de salud, con independencia a la ideología o posición político-filosófica que represente. Sin embargo, el concepto se formuló alrededor de los años 60 en el seno de la sociedad burguesa y asociado a la ideología del industrialismo.²²

La evolución temporal del concepto se ha caracterizado por su continua ampliación, transitando desde la variante condiciones de vida hasta la percepción y valoración de estas condiciones, es decir, el término se ha movido tras un continuo objetivo-subjetivo, que ha traído como consecuencia su elevada complejidad.²²

A los estudios sobre el constructo Calidad de Vida (concepto abstracto no medible directamente que se quiere convertir en variable operativa para que pueda ser medido)²³ se les han señalado de manera genérica tres tipos de problemas: conceptuales, metodológicos e instrumentales. En relación con el primero se ha señalado su "indistinción conceptual", atribuida a la naturaleza compleja del término; en torno a esta problemática se plantea que el mismo suele confundirse con otras acepciones como bienestar, nivel de vida, satisfacción y felicidad. "De ahí que resulte una entidad vaga y etérea, algo de lo que todo el mundo habla, pero que nadie sabe exactamente de qué se trata" ⁵.

El segundo problema, de carácter metodológico, se asocia por una parte con la naturaleza bipolar (objetivo - subjetiva) de la Calidad de Vida. El componente objetivo se refiere a las condiciones materiales de vida, al nivel de vida, e incluye

factores que determinan o influyen sobre la percepción que tiene el sujeto (presencia o no de síntomas, funcionamiento físico), en tanto que el subjetivo se corresponde con definiciones globales basadas en el bienestar y en sus dos marcadores básicos: la satisfacción y la felicidad.²⁴

La CV entonces hace alusión a varios niveles de la generalidad, desde el bienestar social o comunitario hasta ciertos aspectos específicos de carácter individual, y dependiendo del enfoque y de la utilidad que se le quiera dar al concepto, es por ello que la CV tiene diferentes definiciones desde el aspecto filosófico y político hasta el relacionado a la salud,^{25,26} algunas de las definiciones son:

- **Shaw y cols en el año 1977**, citados por Porto y cols,²⁷ definen la Calidad de Vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual; esta ecuación recibe muchas críticas porque la persona no evalúa por sí misma y no puede haber cero calidad de vida.
- **Szalai en el año 1980**, citados por Porto y cols,²⁷ definen que la Calidad de Vida es la evaluación subjetiva del carácter bueno o satisfactorio de la vida como un todo.
- **Hornquist en el año 1982**, citados por Porto y cols,²⁷ la define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural (concepto basado en aspectos objetivos).
- **Calman en el año 1987**, citados por Porto y cols,²⁷ explica que esta corresponde a la satisfacción de haber realizado las metas trazadas y la habilidad de afrontar las dificultades individuales presentes.
- **Celia y Tulsy en el año 1990**, citados por Porto y cols,²⁷ manifiesta que la

Calidad de Vida es la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal.

- **Ferrans en el año 1990**, citados por Porto y cols,²⁷ postula que la Calidad de Vida queda definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
- **Chaturvedi en el año 1991**, citados por Porto y cols,²⁷ define Calidad de Vida como la sensación subjetiva de bienestar del individuo.
- **Borthwick en el año 1992 y Felce en el año 1995**, citados por Porto y cols,²⁷ hacen referencia a la Calidad de Vida como la calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que esta experimenta. Por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.
- **Farquhar en el año 1995**, citados por Porto y cols,²⁷ manifiesta que Calidad de Vida es el grado de satisfacción o insatisfacción que tienen las personas sobre las diferentes etapas de su vida.
- **Lawton y cols en el año 2001**, citados por Roble-Espinosa y cols,⁵ la define como una evaluación multidimensional, en otras palabras, que abarca numerosos y diferentes ámbitos y aspectos, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.

- **Schalock y Verdugo en el año 2006**, citado por Roble-Espinosa y cols,⁵ refieren que es un concepto multidimensional que incluye un número de dimensiones que reflejan los valores positivos y las experiencias de la vida. Pero, estas dimensiones son sensibles a las diferentes perspectivas culturales y vitales que normalmente incluyen estados deseados relativos al bienestar personal.
- **Velázquez-Olmedo y cols en el año 2014**,²⁸ consideran que la Calidad Vida incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, y situación económica.
- **Higuita y cols en el año 2015**, citado por Salinas y cols,⁴ aduce que la Calidad de Vida en la actualidad se puede definir como un estado de bienestar general que comprende dimensiones objetivas y evaluaciones subjetivas de las condiciones económicas, la salud física, el estado emocional y las relaciones sociales; todas estas mediadas por los valores personales.
- **La Organización de Naciones Unidas (ONU)** plantea que son componentes de la Calidad de Vida (CV) esferas como la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos.^{29,30}

Como se evidencia el concepto de CV es de gran complejidad, es un concepto subjetivo, abstracto, y multidimensional, resulta de una combinación de aspectos objetivos y subjetivos en los que intervienen elementos relacionados con el desarrollo económico, desarrollo social, nivel de vida, necesidades fundamentales del hombre, desigualdad económico-social, modo de vida, nivel de salud; e incluye las percepciones que estos tengan de sus condiciones globales de vida y

el grado de satisfacción con el logro de sus aspiraciones personales. Constituye un concepto dinámico de asociaciones causales diversas.³¹

En su aspecto más general la CV es una categoría social, económica y política, que se sustenta en un determinado desarrollo económico, cultural, jurídico, ético y en un sistema de valores que por consenso acuerda la sociedad. La CV fue definida por el Grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (OMS), citado por Cerón-Bastidas,³⁰ como percepciones individuales de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual vive, relacionado con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

En su aspecto más particular y concreto, la CV es la valoración que hace el sujeto de sus propias condiciones de vida (material y espiritual), por tanto, incluye un componente de evaluación de dichas condiciones y otro de percepción del bienestar. De aquí se deduce que la valoración subjetiva que hace el individuo sobre las diferentes esferas de su vida y el bienestar que perciba en estas, define a la Calidad de Vida y la diferencia de otros conceptos.³⁰

La literatura actual concuerda en que, el concepto presenta tres características propias que ayudan a entenderlo.²⁷

1. Subjetividad, es decir, es única la percepción sentida para cada paciente.
2. Que el puntaje asignado a cada dimensión es diferente en cada persona.
3. Que el valor asignado a cada dimensión puede cambiar a través de la vida.

Por su carácter integrador, el concepto CV permite armonizar la información obtenida por diversas disciplinas e investigaciones que se realizan con objetivos, metodología y técnicas diferentes. Además, en él se pueden incluir todas las enfermedades y manifestaciones que afecten la salud, constriñan la libertad y dañen la felicidad de las personas. Se puede resumir planteando que, el concepto

CV es una categoría que se puede desglosar en niveles de particularidad hasta llegar a su expresión singular en el individuo.²²

El concepto de CV en salud y enfermedad no se separa mucho del anterior, ya que el desarrollo de la cultura moderna presiona cada vez más para que se amplíe el concepto de salud en dirección al bienestar y la felicidad. Existe un consenso general en que los efectos del tratamiento deben ser valorados tanto en términos de calidad tanto como de cantidad de la supervivencia. Los avances médicos pueden prolongar la vida, pero es importante conocer la naturaleza de esa “nueva” vida.²²

Es entonces la CV, valorada por la autora, un concepto de suma relevancia en los cuidados de salud, y se le debe dar el valor que tiene, ya que es un reflejo de la manera, ya sea buena o mala, en la que el sujeto percibe su estado de salud.

I.1.2. Calidad de Vida relacionada con la Salud.

La utilización del concepto CV se ha expandido cada vez más para evaluaciones en salud general como medida de bienestar percibido por las personas, por lo que la Calidad de Vida se ha convertido en los últimos años en un objetivo importante a alcanzar en el área de la salud.³²

Shumaker y col,³³ y Urzúa,³⁴ propusieron una definición, donde unifican las previamente existentes, y que conceptualizó la CVRS como la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permite realizar las actividades que le son importantes, y que afectan a su estado general de bienestar.

Las dimensiones más importantes que incluye esta definición de CVRS son el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal, y el

bienestar emocional. Esta definición parte de la percepción que tiene el individuo sobre su estado de salud-enfermedad y es utilizada con frecuencia como sinónimo del concepto de salud autopercebida.⁴

El estado de salud-enfermedad se concibe a partir de la percepción subjetiva del individuo, que se encuentra inmerso en un sistema de valores, creencias y costumbres, desde donde se proyectan de forma particular los objetivos, las expectativas y las preocupaciones.⁴

Otras definiciones que se fundamentan en los conceptos de salud y CV, asocian la CVRS con el impacto que una enfermedad, y el tratamiento consiguiente, tienen sobre la percepción de la satisfacción y sobre el bienestar físico, psíquico, social e incluso espiritual.⁹

La autora considera entonces que la CVRS abarca aquellos aspectos de la vida que están dominados o influenciados de modo significativo por la salud personal, en correspondencia también con la definición dada por la OMS, citado por Salinas y cols,⁴ en la que queda definida la CVRS como el valor asignado a la duración de la vida modificado por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de salud y la oportunidad social debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada.

La combinación de factores objetivos y subjetivos puede dar lugar a un número infinito de estados de salud. Las definiciones objetivas establecidas por la OMS reflejan en parte las cuatro dimensiones del concepto CVRS. En ellas se diferencian los términos deficiencia, discapacidad, y minusvalía, producidos por la enfermedad.^{35,36} En 1999 esta clasificación sufre modificaciones, cambiando los términos discapacidad y minusvalía por términos positivos: limitación de la actividad y restricción en la participación, respectivamente.^{5,37}

Una deficiencia causada por la enfermedad, es cuando se produce una pérdida o anomalía anatómica, fisiológica en un órgano o función del organismo, que puede ser temporal o permanente.⁵

Una discapacidad es cualquier limitación o pérdida de la capacidad para llevar a cabo una actividad o función considerada normal para un ser humano como consecuencia de tener deficiencias. La discapacidad puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible, progresar o regresar.⁵

Una limitación social o minusvalía es toda desventaja social que presenta un individuo como resultado de tener deficiencias o discapacidades, y que lo limita para desempeñar una tarea normal para su edad, sexo y ambiente social y cultural. Se consideran limitaciones las que afectan a la integración social, el rendimiento laboral y la independencia económica.⁵

La sistematización realizada permite considerar que la CVRS puede verse como la relación entre estos niveles del estado de salud, según el modelo de la OMS,³⁶ valorados desde la perspectiva del paciente.

1.1.3. Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud.

Aunque los problemas de salud bucal rara vez son una cuestión de vida o muerte, siguen siendo un problema importante de salud pública debido a su prevalencia y hay indicios significativos de que los problemas de salud bucal tienen consecuencias sociales, económicas y psicológicas, esto significa que tienen un impacto en la Calidad de Vida.

Hoy en día existe un interés creciente en reconocer la salud bucal como un componente de la Calidad de Vida, actualmente los esfuerzos de investigación en el campo de la estomatología no solo se centran en la rehabilitación de enfermedades bucodentales, sino también en explorar la relación entre el estado

de salud bucal y la Calidad de Vida. De hecho, Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud (CVRCBS) es una parte integral de la salud general y el bienestar y es reconocido por la OMS como un segmento importante del Programa Mundial de Salud Bucal.³⁸

La OMS resalta que la salud bucal es una parte de la salud general esencial para el bienestar de las personas, e implica estar libre de dolor bucofacial crónico, de cáncer de boca y faringe, de alteraciones en los tejidos blandos de la boca (lengua, encías y mucosa bucal), de defectos congénitos como lesiones y fisuras del labio y/o paladar, y de otras enfermedades que afecten el complejo craneofacial.²⁷

Los conceptos contemporáneos de salud sugieren que el estado bucodental debe definirse como el bienestar físico, psicológico y social en relación con las condiciones de la dentición y de los tejidos duros y blandos.²⁷ Desde otras aproximaciones más integrales aportan, con la ayuda de las ciencias sociales, elementos adicionales en la definición de salud bucal entendida esta como: un conjunto de condiciones objetivas (biológicas) y subjetivas (psicológicas), que posibilitan al ser humano realizar funciones como masticación, deglución, fonación; también por la dimensión estética inherente a la región anatómica, ejercer una adecuada autoestima y relacionarse socialmente sin inhibiciones.²⁸ Una de las funciones de la estomatología es mejorar o mantener la Calidad de Vida de las personas, ya que la mayor parte de las enfermedades bucodentales y sus consecuencias tienen efectos en el desempeño de las actividades de la vida diaria.³⁹

En este contexto se define que la Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud (CVRCBS), es la autopercepción que tiene el individuo respecto

a su estado de salud bucal, que captura los impactos funcionales, sociales y psicológicos de la enfermedad bucal en relación con su vida diaria.²⁸ Queda de manifiesto que el estado de salud bucal tiene repercusiones en la salud general del individuo y se ha demostrado la asociación entre la autovaloración de la salud bucal y la Calidad de Vida general.

En el año 1989 Locker, citado por Velázquez-Olmedo,²⁸ realiza una adaptación para estomatología de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalía (CIDDM) de la OMS para la salud general. En este modelo Locker estableció tres niveles jerárquicos de impactos según el grado de afectación al individuo. En el primer nivel se ubican las deficiencias bucales: toda alteración funcional y anatómica del aparato estomatognático (por ejemplo, la pérdida de dientes) producida por la enfermedad. 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.⁴⁰

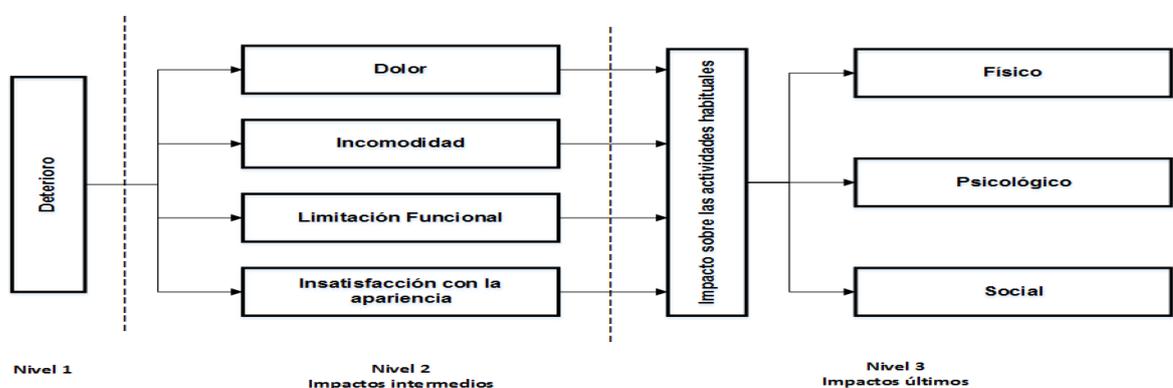


Figura 1: Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM); adaptada a Estomatología por Locker.

Desde hace mucho tiempo se han reportado varias alteraciones bucales en la literatura como afecciones que tienen impacto en la CVRCBS. La pérdida de dientes es uno de los peores tipos de daños a la salud bucal, que causa problemas estéticos y funcionales, lo que afecta la función masticatoria, la elección de la dieta y el nivel nutricional. Esta condición 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.⁴¹ Por eso, los profesionales de la salud bucodental buscan devolver la funcionalidad y la estética a partir de las rehabilitaciones protésicas estomatológicas; sin embargo, si estas tienen poco ajuste, son inestables o incómodas, esto también afecta su Calidad de Vida.

Con lo expuesto, se puede considerar que la percepción de salud bucal es una variable multidimensional dependiente tanto de factores internos como externos del individuo.

La importancia de este enfoque radica en que permite un cambio en el criterio estomatológico hacia la definición de metas y resultados de tratamientos basados en la experiencia emocional y social, y la funcionalidad; el paciente pasa a tener un papel más activo en el tratamiento, dado que la percepción del paciente resulta importante cuando se evalúa la necesidad de tratamiento, planificación y la espera de un resultado clínico. Por tanto, es importante determinar las causas por las cuales los pacientes tienden a buscar tratamiento y en qué medida esto afecta su Calidad de Vida.

Puesto que valorar la Calidad de Vida según el estado de salud bucal puede ser subjetivo, al estar directamente influenciada por el tipo de personalidad, así como por el entorno donde vive y se desarrolla cada individuo, se requieren métodos de evaluación válidos, reproducibles y fiables que permitan evaluarla con un enfoque metodológico y más objetivo.

I.2 Diseño de Instrumentos.

Para medir nociones abstractas tales como inteligencia, conocimiento, o calidad de vida, suelen utilizarse instrumentos que intentan medir la magnitud del fenómeno.⁴² Estos instrumentos son, generalmente, variables sintéticas o componentes; es decir, variables creadas o construidas, que implican e integran otros aspectos (variables intermedias), y que permiten la operacionalización cuantitativa de nociones abstractas.⁴²

Al hablar de un instrumento la autora se refiere al conjunto de preguntas o ítems contenidos en un cuestionario, el programa de la entrevista junto a las instrucciones a quienes responden, el procedimiento de administración o aplicación, la forma de obtener el puntaje, la interpretación de los resultados, y otros materiales contenidos en el manual del usuario. Permiten un escalamiento acumulativo de sus ítems, dando puntuaciones globales al final de la evaluación. Su carácter acumulativo los diferencia de los cuestionarios de recogida de datos, los inventarios de síntomas, las entrevistas estandarizadas o los formularios.⁴³

Cuando se intenta medir una noción abstracta, se pueden encontrar las siguientes situaciones:¹⁰

1. No existe ningún instrumento anterior para medir dicha noción, o todo lo anterior es inaceptable. En este caso se necesita crear una medida nueva.

2. Existe operacionalización anterior, pero es insuficiente o inaplicable en la forma original. En este caso, puede crearse una, por lo que se hacen modificaciones a la anterior.
3. Existe una o varias anteriores, pero se aspira a hacer un equivalente más simple o más económico. En este caso, puede crearse una, por lo que se hacen modificaciones a la anterior.
4. Se asimila alguna existente, aunque quizás deba traducirse del idioma original. En este caso debe hacerse una traducción y transformación transcultural, y validarse en el medio en que se quiere aplicar.

Todo instrumento de medida debe reunir las siguientes características:⁴³

1. Ser adecuado para el problema de salud que se pretende medir.
2. Ser válido, en el sentido de ser capaz de medir aquellas características que pretende medir y no otras.
3. Ser fiable, preciso, es decir con un mínimo de error en la medida.
4. Ser sensible, que sea capaz de medir cambios tanto en los diferentes individuos como en las respuestas de un mismo individuo a través del tiempo.
5. Delimitar claramente sus componentes (dimensiones) de manera que cada uno contribuya al total de la escala de forma independiente.
6. Ser aceptados por pacientes, profesionales e investigadores.

Para crear un instrumento o escala, deben seguirse invariablemente tres pasos básicos:¹⁰

1. Obtención de la información: esta puede ser a partir de la revisión de la literatura, a partir de la opinión de expertos, o a partir de la opinión de los implicados (pacientes, cuidadores).

2. Definir estructura del instrumento: esto es la forma en que se agrupan los ítems, y definición de las dimensiones.
3. Seleccionar los ítems o preguntas definitivas: de acuerdo a su agrupación o no, y de acuerdo a su aceptabilidad.

Una vez creado, modificado o adaptado, cualquier instrumento debe ser validado,⁴² a través de:

1. Comportamiento en un grupo de observaciones: estudios piloto, estudios de validación.
2. Evaluación de sus atributos o propiedades psicométricas, sobre todo, adecuabilidad, fiabilidad, validez.
3. Validación transcultural, en caso que se desee utilizar en otra regiones o países con diferencias culturales importantes.

Los atributos son categorías de propiedades o características del instrumento que merecen una evaluación separada e independiente. Dentro de cada atributo se especifican criterios, entendidos como condiciones o hechos utilizados como estándares mediante los cuales un instrumento puede ser juzgado o evaluado.⁴²

El Comité Científico Asesor del Medical Outcomes Trust, ha propuesto un grupo de atributos y criterios para evaluar los instrumentos para estado de salud y CVRS, en base a una amplia revisión de la literatura.⁴² Este comité fue creado en 1994 para establecer algunos principios y criterios de buenos procedimientos para adquirir, revisar y realizar evaluaciones de este tipo de instrumentos. Se realizó una propuesta en 1996, fue actualizada en 1997, y la última versión es de 2002; ésta última es la utilizada en el diseño del Instrumento de Evaluación de Calidad de Vida en Pacientes Desdentados (ICVD).⁴²

Los atributos son:

1. Modelo conceptual y de la medición.
2. Fiabilidad.
3. Validez.
4. Sensibilidad a los cambios.
5. Interpretabilidad.
6. Carga para encuestados y encuestadores.
7. Formas alternativas.
8. Adaptaciones de idioma y transculturales.

Modelo conceptual de la medición.

Se refiere a la descripción racional del concepto y la población que el instrumento pretende valorar y la relación entre estos conceptos. Los autores deben describir el concepto que se mide, las bases conceptuales y empíricas de los ítems contenidos y sus combinaciones, la población diana involucrada en la obtención de los conceptos, información sobre la dimensionalidad y las características de las escalas utilizadas. Otros criterios relacionados con el modelo conceptual incluyen: evidencias de la variabilidad de la escala, niveles de medición, y la racionalidad de las puntuaciones derivadas de la misma.⁴⁴

Fiabilidad.

Todas las mediciones tienen algún grado de error debido a la calibración imperfecta del instrumento de medición, la incompreensión de alguna pregunta por parte del paciente, o la labilidad inherente a la característica en estudio.⁴⁴ El error de medición puede deberse a procesos sistemáticos o aleatorios.

La fiabilidad se refiere al grado con que el instrumento está libre de error aleatorio.⁴⁵ Esta se utiliza genéricamente para dos características diferentes: la

repetibilidad y la consistencia interna. La repetibilidad puede ser medida en el tiempo (prueba-reprueba), entre observadores (interobservador), o entre diferentes versiones del instrumento (formas alternativas). La consistencia interna se refiere al grado con que un grupo de preguntas mide una dimensión subyacente, como depresión o funcionamiento físico.⁴⁶

Las fórmulas utilizadas para estimar ambos tipos de fiabilidad son equivalentes. Para respuestas nominales u ordinales, se utiliza el índice Kappa, que indica grado de concordancia; mientras para variables con respuesta en intervalo o proporcional, se utiliza el coeficiente de correlación intraclase (CCI).⁴²

La consistencia interna puede interpretarse como la razón entre la varianza de los valores reales observados entre los pacientes y la varianza de los valores observados. Habitualmente se evalúa mediante el cálculo del coeficiente de alpha de Cronbach.⁴²

Validez.

La validez es el grado con que un instrumento mide lo que se propone medir. Las evidencias para la validez de un instrumento son clasificadas comúnmente en tres tipos: validez de contenido, validez de constructo y validez de criterio.⁴⁷

La validez de contenido es la evidencia de que el contenido de las dimensiones de un instrumento es apropiado con relación a lo que pretende medir. Los métodos utilizados para ello incluyen el uso de panel de expertos con criterios sobre la claridad, el grado de detalle y la redundancia de los ítems y las escalas del instrumento.⁴²

La validez de constructo es la evidencia que apoya la propuesta para la interpretación de las puntuaciones de acuerdo a las implicaciones teóricas asociadas con el constructo que se mide. Los métodos comunes para ello

incluyen el examen de las relaciones lógicas que pueden existir con otras medidas y/o con los patrones de puntuación para grupos que se conocen como diferentes para variables relevantes. Idealmente, deben desarrollarse pruebas de hipótesis acerca de las relaciones lógicas y específicas entre conceptos relevantes y constructos.⁴²

La validez de criterio es la prueba que muestra el grado con que las puntuaciones del instrumento se relacionan con un criterio externo. El criterio externo es una medición del constructo diana que es ampliamente aceptada como una gradación. En el área de la CVRS no existe por lo general un criterio ampliamente aceptado, excepto cuando se valida una versión más corta de un instrumento más largo.⁴²

Sensibilidad al cambio.

Es la capacidad del instrumento de detectar cambios en el tiempo, y requiere medir si el instrumento puede detectar diferencias en el estado del paciente, aun cuando estas diferencias son pequeñas. Puede conceptualizarse también como la razón entre la “señal” (el cambio real que ha ocurrido en el tiempo) sobre el “ruido” (la variabilidad en las puntuaciones observadas en el tiempo que no están asociadas con el cambio real). La evaluación de este atributo involucra la estimación estadística de un tamaño del efecto; es decir, un estimado de la medición de la magnitud del cambio en el estado de salud (algo que denote “distancia” entre las puntuaciones antes y después).⁴⁴ Varias pruebas estadísticas son utilizadas con este fin; en todas, se determina la razón entre la media del cambio y algún denominador relacionado con la varianza (media estandarizada del cambio, tamaño del efecto de Cohen).⁴⁴

Interpretabilidad.

Se define como el grado con que se le puede asignar un significado fácilmente comprensible a las puntuaciones cuantitativas del instrumento.⁴⁸ Esto se facilita mediante la información que traslada una puntuación cuantitativa o cambio en las puntuaciones a una categoría cualitativa u otra medición externa que tenga un significado más familiar.

Carga.

La carga se define como el tiempo, el esfuerzo y otras exigencias relacionadas con el lugar donde el instrumento es aplicado. Esto incluye información sobre el promedio e intervalo de tiempo necesario para completar el instrumento en sus diferentes formas de administración, el nivel de comprensión y de capacidad de lectura necesarios para el tipo de personas al cual está dirigido, y la aceptabilidad del instrumento (datos perdidos y tasas de rechazo).

Formas alternativas.

Las formas alternativas de administración habituales para instrumentos de CVRS suelen ser: auto-respuesta, administrada por encuestador, respondida por el cuidador. En determinados estudios se ha utilizado la aplicación telefónica del instrumento, y en los últimos años se ha popularizado la auto-respuesta online en internet.

Adaptación transcultural.

Finalmente, si el instrumento es adaptado o traducido para utilizarse en varios países o regiones, se necesita una adaptación transcultural. Esta incluye dos pasos primarios: 1. evaluación de las equivalencias lingüísticas y conceptuales, y 2. evaluación de las propiedades métricas.

Los instrumentos para medir estado de salud o CVRS se han utilizado en el contexto de las siguientes aplicaciones:³¹

1. Evaluar la salud de poblaciones generales en un punto en el tiempo.
2. Evaluar la salud de poblaciones específicas en un punto en el tiempo.
3. Monitorear la salud de la población general en el tiempo.
4. Evaluar el impacto de intervenciones o políticas de salud.
5. Evaluar la eficacia y efectividad de intervenciones terapéuticas.
6. Conducir evaluaciones económicas de intervenciones de salud.
7. Pesquisa y diagnóstico de condiciones de salud.
8. Monitorear el estado de salud de pacientes individuales.

Un instrumento que funciona bien para un propósito en una población puede no ser aplicable a otra población u otro propósito. La importancia relativa de los ocho atributos puede diferir en dependencia de los usos que se pretendan y las aplicaciones específicas del instrumento.

I.3 Valoración de la Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud.

Como se mencionó anteriormente, en la literatura se ha identificado CVRCBS como una construcción multidimensional que contiene dominios físicos, sociales y psicológicos.²² Los índices clínicos no evalúan estos aspectos, solo miden la presencia y la gravedad de la enfermedad, y dan poca consideración a la funcionalidad de la cavidad bucal en su conjunto, o al impacto de los síntomas en la Calidad de Vida los pacientes. Entonces, los índices clínicos que se usan comúnmente para establecer la presencia y la gravedad de las condiciones patológicas debe complementarse con indicadores de aspectos sociales y

emocionales relacionados con la experiencia individual y la percepción subjetiva de los cambios en la salud física, mental y social de los pacientes.⁴⁹

A lo largo de los años, se han desarrollado varios indicadores sociodentales. Estos indicadores van desde un solo artículo hasta cuestionarios compuestos o sistemas de puntuación, que cubren los dominios CVRCBS mencionados anteriormente.⁹

Estos indicadores sociodentales son cuestionarios cuyas preguntas corresponden a las dimensiones con las que los creadores del cuestionario quisieron dar cobertura suficiente a la CVRCBS. En general, los cuestionarios tienen tantas dimensiones como los autores hayan estimado oportuno según su base teórica y su filosofía analítica.⁵⁰

Varios autores han desarrollado y probado instrumentos que evalúan los efectos funcionales, emocionales y sociales de las anomalías bucales, sin embargo, se reseñarán los que, por su importancia estratégica, sus incorporaciones metodológicas o su fundamento teórico se han considerado claves en el desarrollo de los indicadores de Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud:

Cushing y cols en el año 1986, citados por Escofet,⁵¹ desarrollaron el primer indicador sociodental denominado "Social Impact of Dental Disease"(SIDDD). El cuestionario estaba formalmente compuesto por 14 preguntas que pertenecían conceptualmente a 5 dimensiones: masticación, social, dolor, malestar y estética. La puntuación total de impacto se obtenía de la sumatoria del número de dimensiones afectadas (de 0 a 5). El comportamiento del cuestionario SIDDD mejoraba si se excluía la dimensión discomfort ya que al ser muy prevalente la puntuación global perdía validez de criterio respecto a variables clínicas. Esta

doctora pionera sentó las bases científicas y operativas de las mediciones del bienestar bucal y aunque no se ha vuelto a utilizar el SIDD otros cuestionarios se han basado en él para mejorar su rendimiento descriptivo y analítico.⁵¹

Gooch y Dolan, citados por Escofet,⁵¹ desarrollaron en el año 1989 el cuestionario “Dental Healt Index” (DHI). Este breve instrumento estaba compuesto por tres preguntas índices que representaban la dimensión dolor, preocupación y relaciones sociales. Las respuestas Likert codificadas de 1 a 4, representan la magnitud del bienestar bucal. La brevedad es una virtud de cualquier cuestionario que puede convertirse en defecto invalidante si no da cobertura suficiente a las dimensiones que componen el constructo que se trata de medir. En este caso además no se computaron los impactos por dimensiones que hubieran permitido un análisis parcial de impacto muy interesante si no que se utilizaba la puntuación agregada de las tres dimensiones. No obstante, los autores observaron cierta correlación entre el HDI y los índices clínicos, dotando al cuestionario de cierta validez de criterio clínico.⁵¹

Strauss, citados por Escofet,⁵¹ desarrolló el “Dental Impact Profile” (DIP). Este cuestionario estaba dotado de 25 preguntas (ítems) distribuidas conceptualmente en 4 dimensiones: masticación, estética, romance y bienestar. El formato de preguntas alude al efecto positivo, negativo o neutral que los dientes o prótesis estomatológicas tiene en las 25 situaciones sondeadas. El perfil global de impactos se basa en la proporción de efectos negativos y positivos que los dientes producen en el individuo. Lo novedoso de este cuestionario es que obtiene un perfil global del efecto positivo o negativo de las condiciones bucales cuando la mayoría de los cuestionarios de Calidad de Vida únicamente se centran en codificar numéricamente los efectos negativos de las afecciones bucales,

dientes o prótesis estomatológica. En su estudio encontraron que la dimensión masticación es la predominante en la Calidad de Vida tanto en efectos positivos como negativos.⁵¹

En el año 1989 Locker, citado por Velázquez-Olmedo,²⁸ describe un marco conceptual basado en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS²⁸ que ha favorecido la comprensión de las diferentes consecuencias que pueden tener las deficiencias bucales y de cómo medir, ponderar, clasificar y jerarquizar dichos efectos. Este marco conceptual representa un hito metodológico en la evaluación de los impactos bucales. Todos los cuestionarios que a continuación se reseñan utilizan esta filosofía conceptual como cimientos teóricos sobre los que se asienta el análisis de la CVRCBS.²⁸

Atchison y Dolan en el año 1990, citados por Chango,⁵² diseñaron el cuestionario "Geriatric Oral Health Assessment Index" (GOHAI) destinado a valorar el impacto de los problemas bucales en la población anciana. El GOHAI tiene 12 preguntas que estadísticamente pertenecen a una única dimensión denominada bienestar bucal que es abordada al evaluar los siguientes aspectos: preocupación con la boca, dificultad para masticar, tragar, relaciones sociales y dolor-molestias. Al tener una sola dimensión el uso de este cuestionario no permite calcular cómo se afectan las diferentes dimensiones del bienestar bucal. El formato de pregunta recoge la frecuencia de aparición de las 12 situaciones de impacto en los últimos tres meses. Las respuestas en escala Likert estaban codificadas de cero a cinco por lo que el rango de impacto total variaba de cero a 60. Originalmente a mayor puntuación mayor bienestar bucal porque el cuestionario estaba codificado a la inversa. El GOHAI es un instrumento que por ser corto y destinado

específicamente a la población anciana para la que tiene adecuada validez lo hacen ideal para estudios epidemiológicos sobre este grupo poblacional. Pero como posteriormente ha sido exitosamente validado en muestras de edades más jóvenes, se recomendó denominarlo “general” en lugar de “geriatric” sin que se alteren sus siglas GOHAI.⁵²

Leão Sheiham en el año 1995, citado por Velázquez-Olmedo,²⁸ desarrolló el cuestionario “Dental Impact on Daily Living” (DIDL) para estudiar los impactos de las condiciones bucales en la población adulta brasileña. Constituido por 36 ítems pertenecientes a cinco dimensiones: confort, apariencia, dolor, rendimiento social y restricción alimentaria. Este cuestionario estaba basado en el SIDD de Cushing, con la incorporación adicional de una escala visual donde los sujetos encuestados ponderaban la importancia relativa de cada dimensión en su peculiar concepción de CVRCBS. De esta forma se pudo analizar cómo variaba el peso relativo de los diferentes componentes de la CVRCBS dentro de los subgrupos poblacionales brasileños. El DIDL obtiene información acerca de la frecuencia y de la severidad percibida por cada sujeto respecto a sus problemas bucales dando como resultado puntuaciones dentro de cada dimensión y también una puntuación global ponderada de CVRCBS.²⁸

Slade y Spencer, citados por Velázquez-Olmedo,²⁸ en el año 1994 desarrollaron en Australia el cuestionario “Oral Health Impact Profile” (OHIP) para capturar y jerequizar los impactos bucales según las pautas del marco conceptual propuesto por Locker. El cuestionario original de 49 preguntas (OHIP-49) recoge información acerca de siete dimensiones teóricas: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social y minusvalía. Para un análisis refinado de la CVRCBS el OHIP-49 ofrece tanto una

puntuación global del nivel de impacto como la comparación del peso relativo de las siete dimensiones en esta puntuación. En su estudio encuentran que la limitación funcional es la dimensión más frecuentemente afectada en los pacientes desdentados. La puntuación global toma valores en el rango de cero (ningún impacto bucal) a 49 (máximo impacto bucal). Una de las principales limitaciones del OHIP-49 radica en su gran extensión (49 preguntas) por lo que Slade en el año 1997 validó el OHIP en formato corto con 14 preguntas (OHIP-14) derivadas de los 49 originales, lo que mantiene suficiente capacidad psicométrica y discriminativa.⁵³

El OHIP-14 es uno de los instrumentos más internacionalizados al que se le ha reconocido su idoneidad para describir, discriminar y evaluar el bienestar relacionado con las condiciones bucales. Así mismo posee cierta capacidad evaluativa del bienestar tras la intervención terapéutica o sin intervención, con el paso del tiempo. Sin embargo, en varios estudios se encontró “efecto de piso”, lo cual puede sugerir que este instrumento tiene limitaciones en la captación del impacto de las alteraciones bucales sobre la CV, lo cual puede tomarse como indicativo de imprecisiones en la estimación de la percepción de CVRCBS por parte de los pacientes.⁵⁴

En el año 1997 Adulyanon y Sheiham, citados por Velázquez-Olmedo,²⁸ presentaron el cuestionario “Oral Impacts on Daily Performances” (OIDP) diseñado para evaluar los impactos terminales (discapacidad o minusvalía) que las condiciones bucales generan en la vida diaria de las personas. Desde el punto de vista conceptual tiene nueve dimensiones: comer, pronunciar, higiene, rol ocupacional, relaciones sociales, dormir, relajarse, sonreír y estado emocional, valoradas cada una por un ítem en el que se evalúa el impacto en términos de

frecuencia y severidad por el propio individuo. A pesar de ser un instrumento corto tiene adecuada fiabilidad y validez, lo que ha permitido que sea utilizado en estudios epidemiológicos dentro de diferentes contextos socioculturales.²⁸

Todos los instrumentos de medida de CVRCBS han demostrado tener muchas similitudes de contenido y una relativamente buena capacidad psicométrica pero difieren en el objetivo preciso para el que fueron diseñados , en el número de preguntas, en la presencia o no de subescalas, en el método de administración en los tipos de respuestas ofrecidas, en la incorporación o no de ponderaciones de dimensiones, en el periodo de tiempo evaluado y en el sistema de cómputo para la obtención de una puntuación global y parcelada.

En general ningún instrumento es mejor que otro ni existe un grupo de preguntas que se consideren “estándar de oro”. Por ello se deben tener en cuenta las pautas que se exponen a continuación para la selección. El primer paso consiste en clarificar el propósito del estudio que puede ser descriptivo, predictivo, discriminativo o evaluativo. Los cuestionarios descriptivos se utilizan para documentar la prevalencia y naturaleza de los impactos bucales en la población de referencia. Originalmente todos los instrumentos eran de carácter descriptivos, como los objetivos de los estudios preliminares de la CVRCBS. Los instrumentos predictivos permiten seleccionar aquellos sujetos candidatos a beneficiarse o perjudicarse de una intervención terapéutica. Los instrumentos discriminativos permiten distinguir tanto entre enfermedades diferentes como entre enfermos que difieren en su estado clínico o en su severidad. Los instrumentos evaluativos permiten valorar los cambios producidos en la CV de forma natural o tras intervención terapéutica.⁴²

Lo ideal sería que un mismo instrumento tuviera esta polivalencia, pero los formatos de preguntas y respuestas pueden diferir entre unas propiedades y otras.

Aunque el uso de estos cuestionarios es ampliamente extendido a nivel mundial, en Cuba no es frecuente su uso. La evaluación de los pacientes desdentados que son rehabilitados con diferentes prótesis estomatológica, son afectados diariamente en una variedad de formas que no son detectados por los indicadores clínicos y los instrumentos existentes no capturan todas las dimensiones del problema.

Las sistematizaciones realizadas acerca de todos los instrumentos de medición de la CVRCBS, permitieron a la autora identificar la necesidad de un instrumento de medición específico y autóctono, que responda a las características socioculturales de la población cubana y que contribuya al diagnóstico integral de los pacientes con desdentamiento.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

En el capítulo se exponen los métodos, técnicas y secuencia de las diferentes etapas, los procedimientos seguidos para la obtención de los resultados previstos en los objetivos, así como los aspectos éticos tenidos en cuenta.

II.1. Clasificación de la investigación.

La investigación clasifica como un trabajo de desarrollo e innovación tecnológica cuyo proyecto tecnológico ofrece como producto un Instrumento de medición de Calidad de Vida relacionado con el componente bucal de la Salud que contribuya al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes con desdentamiento tributarios de rehabilitaciones protésicas estomatológicas. Se trabajó sobre la base de un enfoque mixto de la investigación en salud entre enero del año 2014 y diciembre del año 2019.

La investigación se estructuró en tres etapas que dieron respuesta a los objetivos planteados.

II.2. Etapas de la investigación.

Primera Etapa: relacionada con el diagnóstico de la situación existente en los estudios de Calidad de Vida relacionados con el componente bucal de la Salud.

Fase Uno. Identificación de las dimensiones de la Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud que son más relevante para los pacientes desdentados totales y parciales.

Fase Dos. Evaluación de instrumentos utilizados en las investigaciones realizadas sobre Calidad de Vida relacionadas con el componente bucal de la Salud.

Segunda Etapa: Elaboración del instrumento para la medición de Calidad de Vida relacionado con el componente bucal de la Salud.

Tercera Etapa: Validación del Instrumento de evaluación de Calidad de Vida en pacientes desdentados totales y parciales.

II.3. Métodos de investigación.

Para conformar el marco teórico referencial de la investigación, el Instrumento propuesto y los resultados presentados se emplearon las operaciones lógicas del pensamiento: análisis, y síntesis, abstracción, generalización, inducción, deducción, necesarias para la revisión de diferentes fuentes bibliográficas vinculadas al tema.

II.3.1. Indagaciones de nivel teórico.

- **Histórico-lógico:** permitió el acercamiento a los referentes históricos metodológicos teóricos, lo que posibilitó estudiar el problema de investigación en el tiempo, en el contexto local, nacional e internacional, así como conocer las tendencias sobre Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud y la actitud de la comunidad científica en diferentes momentos históricos concretos.
- **Análisis y síntesis:** viabilizó la crítica de las fuentes consultadas, la búsqueda de relaciones entre los componentes teóricos, la elaboración del procedimiento y el análisis de los resultados para llegar a conclusiones durante toda la investigación.
- **Sistematización:** permitió el estudio teórico de las definiciones relacionadas con la Calidad de Vida, Calidad de Vida relacionada con Salud y con Salud Bucal, así como medidas de salud, metodologías y estrategias de diseños de instrumentos de medidas que facilitó la identificación de regularidades relacionadas con el tema de investigación.
- **Sistémico estructural funcional:** Posibilitó establecer y analizar los componentes, etapas y momentos de la metodología propuesta para el diseño

del Instrumento de evaluación de la Calidad de Vida en pacientes desdentados, las relaciones entre sus componentes, así como el enfoque de dimensiones, variables e indicadores definidos que intervienen en el proceso de diseño y evaluación.

II.3.2. Indagaciones del nivel empírico.

De los métodos de nivel empírico se emplearon la entrevista y las encuestas en forma de cuestionarios a especialistas y pacientes para indagar acerca de los problemas que afectan la Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud, el criterio de expertos para la valoración del Instrumento propuesto y la evaluación de la satisfacción con la nueva propuesta.

II.4. Primera Etapa

II.4.1. Fase Uno.

Para obtener información del propio paciente sobre las dimensiones y atributos de la Calidad de Vida que se afectan como consecuencia de las alteraciones bucales, a fin de identificarlas y jerarquizarlas para que sirvieran de referencia en la construcción del nuevo instrumento se aplicó el instrumento genérico Perfil de Impacto de Salud Bucal (OHIP-14) a una muestra de 336 pacientes con diagnóstico de dificultad masticatoria que acudieron a la consulta de rehabilitación protésica estomatológica de la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, en el período comprendido entre enero del año 2014 y febrero del año 2018, que cumplieron los criterios de inclusión:

- Pacientes desdentados parcial o totalmente.
- Pacientes mayores de 18 años de edad, sin distinción de sexo.

- Pacientes con atención curativa concluida para recibir la rehabilitación protésica estomatológica.
- Pacientes que consintieron en participar en la investigación mediante la firma del consentimiento informado (Anexo 1).
- Individuos aptos psíquicamente para responder a las preguntas necesarias para el desarrollo de la investigación.

Criterios de exclusión

- Pacientes con desórdenes psíquicos y mentales que imposibiliten su atención ambulatoria.

Criterios de salida

- Pacientes que por voluntad propia abandonen la investigación.
- Dejar sin responder alguna pregunta del cuestionario (OHIP-14). (Anexo 2)

II.4.1.1 Aspectos de la Calidad de Vida relacionados con el componente bucal de la Salud.

Se indagó en las repuestas de los participantes basadas en qué tan seguido les ha ocurrido cada uno de los problemas planteados en los 14 ítems del instrumento aplicado, Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP-14), agrupados en siete dimensiones:

1. Limitación funcional: primera dimensión del OHIP-14 integrada por dos preguntas referentes a la dificultad para masticar alimentos y sensación de afectación de la apariencia. Se obtuvo la calificación por la suma de las respuestas a las preguntas 1 y 2, con valor mínimo 0 y máximo 8.
2. Dolor físico: segunda dimensión del OHIP-14 integrada por dos preguntas referentes a dolores de cabeza asociados a la boca e incomodidad al

- comer. Calificación obtenida de la suma de las respuestas a las preguntas 3 y 4, con valor mínimo 0 y máximo 8.
3. Malestar psicológico: tercera dimensión del OHIP-14 integrada por dos preguntas referentes a preocupación e incomodidad con la apariencia propia. Calificación obtenida de la suma de las respuestas a las preguntas 5 y 6, con valor mínimo 0 y máximo 8.
 4. Incapacidad física: cuarta dimensión del OHIP-14 integrada por dos preguntas referentes a falta de claridad al pronunciar algunas palabras y evitar sonreír. Calificación obtenida de la suma de las respuestas a las preguntas 7 y 8, con valor mínimo 0 y máximo 8.
 5. Incapacidad psicológica: quinta dimensión del OHIP-14 integrada por dos preguntas referentes a dificultad para relajarse y vergüenza. Calificación obtenida de la suma de las respuestas a las preguntas 9 y 10, con valor mínimo 0 y máximo 8.
 6. Incapacidad social: sexta dimensión del OHIP-14 integrada por dos preguntas referentes a evitar salir a la calle y dificultades en labores habituales. Calificación obtenida de la suma de las respuestas a las preguntas 11 y 12, con valor mínimo 0 y máximo 8.
 7. Minusvalía: séptima dimensión del OHIP-14 integrada por dos preguntas referentes a sensación de salud general debilitada e incapacidad para disfrutar de la compañía de otras personas. Calificación obtenida de la suma de las respuestas a las preguntas 13 y 14, con valor mínimo 0 y máximo 8.

Impacto de las condiciones bucales en la Calidad de Vida: Se obtuvo a partir de la suma de la puntuación obtenida y posteriormente se realizó la distribución en las categorías como sigue:

- Impacto: se tomaron las respuestas a las categorías casi nunca, ocasionalmente, frecuentemente y muy frecuentemente.
- No impacto: se tomaron las respuestas a la categoría nunca.

Nivel de impacto global de las condiciones bucales en la Calidad de Vida: El instrumento está preparado para ser evaluado cuantitativamente.⁵⁵ La calificación total se obtuvo por la suma de las calificaciones de cada una de las siete dimensiones, por lo que podrá tomar valores entre 0 y 56 puntos, de manera tal que, a mayor puntuación total, más alto es el nivel de impacto en la Calidad de Vida del adulto mayor, producto de las condiciones bucales.

La calificación se asumió como sigue:

0-18 --- Bajo impacto

19-37 --- Moderado impacto

38-56 --- Alto impacto

II.4.1.2 Técnicas y procedimientos.

En la consulta de prótesis estomatológica, a cada individuo se le explicó, verbalmente, en qué consistía el estudio, y se le extendió el acta de consentimiento informado (Anexo 1) para su lectura y análisis. Solo fue incluido en la investigación aquel paciente que accedió de forma voluntaria en colaborar, cuya constancia se validó a través de la firma del consentimiento informado.

Se utilizó el instrumento OHIP-14, versión en español (Anexo 2), validado en México por Castrejón⁵⁶. El cuestionario se aplicó de manera escrita, auto

administrado, bajo supervisión en caso de dudas, en un lugar que permitió la adecuada comunicación para explicar el instrumento de medición.

Los datos fueron registrados en un modelo de recolección diseñado para tal fin (Anexo 2) que cuenta con un instructivo para el llenado (Anexo 3), al cual se adjuntó al cuestionario.

Cada una de las dimensiones del cuestionario constó de dos ítems a marcar solo una opción de las cinco posibles categorías (formato tipo Likert):

Valor de cada categoría a contestar por cada ítem (0-4 puntos) Nunca (cero), Casi nunca (uno), Algunas veces (dos), Frecuentemente (tres) y Casi siempre (cuatro).

II.4.2. Fase Dos.

Se realizó una búsqueda bibliográfica y evaluación de los Instrumentos de medición de Calidad de Vida relacionados con el componente bucal de la Salud.

Se incluyeron los artículos originales que informaron sobre la aplicación de Instrumentos de evaluación de Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud en población de habla hispana, incluida Cuba y sus resultados. Se excluyeron las revisiones bibliográficas.

Se localizaron 185 artículos referentes a Instrumentos relacionados con la medición de la Calidad de Vida. Entre ellos, se detectaron 11 instrumentos de interés para la investigación. De estos últimos solo 2 están validados en países de habla hispana y han sido utilizados en investigaciones nacionales por lo que finalmente, **la muestra** quedó constituida por 2 instrumentos (OHIP y GOHAI) contenidos en artículos originales publicados entre los años 2016-2019.

II.4.2.1 Técnicas y procedimientos.

Recolección de la información.

Se revisaron todos los artículos publicados en las bases de datos LILACS y SciELO. Para la búsqueda de artículos se utilizaron los descriptores “calidad de vida relacionada con salud bucal”, “autopercepción de salud bucal”, “instrumentos de medición de salud bucal”, que también constituyen los apropiados tomados de la lista de descriptores de las bases de datos.

Procedimientos para la inclusión.

La inclusión o no de un artículo se decidió en dos fases. Primero por la lectura del título y el resumen, si en esta fase se identificaba claramente algún criterio de exclusión se desechaba el artículo. En el resto se pasó a la segunda fase donde se leyó el texto completo, si en esta fase se identificaba algún criterio de exclusión, el artículo quedaba descartado. Los artículos identificados fueron exportados hacia los programas Zotero y EndNote (gestores bibliográficos) para la eliminación de duplicados.

Procedimientos para la evaluación de los instrumentos.

La evaluación de los instrumentos se llevó a cabo por 12 evaluadores, todos Especialistas de Prótesis Estomatológica con más de cinco años de experiencia y que dieron su consentimiento para participar en el estudio. (Anexo 4) Para la revisión de los instrumentos se siguieron los aspectos propuestos por Escobar-Pérez⁵⁷ y se confeccionó un instrumento evaluativo (Anexo 5) con las variables a las cuales se debía colocar una evaluación (escala de Likert), donde se consideró cada ítem con valor de: uno (no adecuado), dos (poco adecuado), tres (adecuado), cuatro (bastante adecuado) y cinco (muy adecuado).

II.4.2.2. Variables y operacionalización.

Estructura del instrumento según dimensiones: referente al grado en que las dimensiones empleadas son adecuadas para evaluar CVRCBS en pacientes con dificultad masticatoria.

1. Suficiencia: referente al grado en que los ítems propuestos recorren la dimensión a la que pertenecen.
2. Comprensión: referente al grado en que la información del ítem es decodificada por el sujeto.
3. Claridad: referente al grado en que el ítem tiene una sintaxis y semántica adecuadas que permita ser comprendido por los sujetos a quienes va dirigido el cuestionario.
4. Coherencia: referente a la relación existente entre el ítem y la dimensión de la cual forma parte.
5. Relevancia: referente al grado en que el ítem es esencial en la evaluación del constructo.
6. Sistema de evaluación: grado en que es adecuado el método para evaluar las respuestas y el instrumento.

II.4.2.3. Procesamiento y análisis de la información.

Se calculó el puntaje global por Instrumento y por ítem donde:

- Valor máximo evaluativo por Instrumento: valor máximo por ítem (35) x N° de evaluadores (12) = 420
- Valor mínimo evaluativo por Instrumento: valor mínimo por ítem (7) x N° de evaluadores (12) = 84
- Valor máximo evaluativo total por ítem: valor máximo del ítem (5) por Instrumento (2) x evaluadores (12) = 120

- Valor mínimo evaluativo total por ítem: valor mínimo del ítem (1) por Instrumento (2) x evaluadores (12) = 24

Se calculó el Índice de Dificultad (ID) por ítem⁵⁸ (indicador de validez del instrumento): proporción de personas que responden correctamente a una prueba. Mientras mayor sea esta proporción, menor será su dificultad. En este caso un valor próximo a uno indica que la mayoría de los sujetos evaluaron positivamente el ítem.

$$ID = A / N$$

A= Número de respuestas correctas del ítem.

N= Número total de evaluadores que contestaron el ítem.

Se consideraron como respuestas correctas por ítem las evaluaciones de tres, cuatro y cinco, es decir, cifras altas evaluativas.

Se buscó el Índice de Dificultad Total (IDT): IDT= Media aritmética de los ID

II.5. Segunda Etapa. Diseño del Instrumento de medición de Calidad de Vida relacionado con el componente bucal de la Salud.

Para el diseño del Instrumento de medida Calidad de Vida relacionado con el componente bucal de la Salud en pacientes desdentados se utilizó una metodología estandarizada propuesta por la Comisión Internacional del Test.⁵⁹ La selección de los ítems para la versión inicial incluyó 6 fases:

- Definición y caracterización del objeto de estudio.
- Concepción de las dimensiones.
- Construcción de los ítems.
- Definición de la escala de medición de cada ítem.
- Definición de la forma evaluativa del instrumento.
- Recogida de información a partir de especialistas.

II.5.1. Fase de definición y caracterización del objeto de estudio.

Para el diseño del instrumento, se tuvieron en cuenta las generalizaciones realizadas por la autora contenida en el marco teórico que fundamentan la propuesta, así como los resultados de la primera etapa de la investigación.

Los resultados de la primera etapa de la investigación permitieron conocer los antecedentes y el estado actual del conocimiento sobre la CVRCBS, sus características y los instrumentos que existen para medirla, así como la valoración del paciente sobre cómo el desdentamiento afecta su Calidad de Vida.

Este análisis exhaustivo permitió determinar las partes esenciales (dimensiones) que componen el problema (Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud en pacientes desdentados). Se definieron las dimensiones identificadas, la forma de respuesta para los ítems, la estrategia para definir la puntuación de las dimensiones y el total y las categorías de respuesta. Para ello se tuvo en cuenta la revisión de la literatura, la experiencia previa en la elaboración de otros instrumentos de medición, la opinión de los pacientes y los resultados obtenidos de la evaluación de los instrumentos.

II.5.2. Fase de concepción de las dimensiones.

A partir de los resultados del estudio documental, de la investigación preliminar con la aplicación del instrumento genérico OHIP-14, y la evaluación de los instrumentos existentes, se identificaron un grupo de deficiencias, discapacidades y minusvalías derivadas del desdentamiento.

Cada grupo de problemas identificados fueron separados en subgrupos de acuerdo al modelo conceptual de los niveles del estado de salud de la OMS adaptado para estomatología,²⁸ para una mejor organización de los problemas de acuerdo al concepto en que se incluye.

Una vez definido el objetivo general del cuestionario y detalladas las dimensiones se procedió a la redacción de las preguntas definitiva para cada uno de las dimensiones.

II.5.3 Fase de construcción de los ítems.

Esta fase se sustentó en que los ítems (preguntas) debieron ser representativos de lo indicado, aportar información relevante, tener poder discriminatorio y ser factibles de medición. Este análisis permitió definir la asignación de las variables generadas dentro de las áreas que representan los niveles del estado de salud según la OMS: deficiencias, discapacidades y minusvalías, que fueron la base para la construcción de la primera versión del cuestionario.

Considerado el ítem como la pregunta que se presenta al sujeto para obtener la información con respecto a la variable de interés, se estimó redactar cuatro ítems por cada dimensión creada. Primeramente, se redactó el doble de ítems de los necesarios en la versión definitiva del cuestionario.

Para la construcción de preguntas se tuvo en cuenta que debieron ser claras y comprensibles, mutuamente excluyentes, referirse a un solo elemento, no incomodar al respondiente, no debieron inducir respuestas y el lenguaje en correspondencia a las características del respondiente. Finalmente, los ítems fueron ordenados.

II.5.4 Fase de definición de la escala de medición de cada ítem.

Posteriormente, se determinaron las categorías de respuesta de forma que fuera entendible por el paciente y, al mismo tiempo, sensible al cambio. Después de revisar la literatura se optó por la escala Likert ordinal con cinco posibilidades de respuesta (1-nunca; 2-casi nunca; 3-algunas veces; 4-casi siempre; 5-siempre), en la que cinco representa la peor situación y uno la ausencia del problema en

el aspecto evaluado. De esta forma la puntuación de la escala estará en el rango de 12- 60 puntos.

II.5.5 Fase de definición de la forma evaluativa del Instrumento.

Se definió la forma evaluativa del Instrumento al tener en consideración tres clasificaciones: Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud buena, regular y mala.

Para categorizar las respuestas se realizó una equivalencia entre la puntuación total y la escala de respuesta de los ítems tal como se describe:

Escala de respuesta de los ítems	Índice porcentual de la dimensión	Clasificación de la respuesta (Puntuación)
1	33	< 33%: buena Calidad de Vida (12-27)
2	66	33 – 66%: Calidad de Vida regular (28-43)
3		
4	100	67-100%: mala Calidad de Vida (44-60)
5		

De esta manera se obtuvo un instrumento preliminar, susceptible de modificación según los resultados que se obtuvieron en la fase de recogida de información a partir de especialistas, después de lo cual se obtuvo la primera versión del Instrumento.

II.5.6 Fase de recogida de información a partir de especialistas.

Para obtener la versión final del instrumento a partir de la información aportada por los especialistas se utilizó **la Técnica del Grupo Nominal (TGN)**.

La creación del grupo siguió el criterio de selección de una muestra de especialistas (especialistas en prótesis estomatológica y psicólogos) cuyas

unidades compartían rasgos similares como: experiencia en la rehabilitación protésica estomatológica, que tuvieran al menos cinco años de experiencia profesional, conocimientos acerca del tema que se investiga, disposición a participar en la investigación, capacidad de análisis y pensamiento crítico. A todos se les solicitó el consentimiento informado (Anexo 6). Los especialistas autoevaluaron su competencia a través de una encuesta (Anexo 7), con el objetivo de obtener información acerca del conocimiento que poseían sobre Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud. Para ello se calculó el coeficiente de competencia (K) ⁶⁰ en el tema de investigación. mediante la fórmula: $K = \frac{1}{2} (Kc + Ka)$ siendo (Kc) el coeficiente de conocimiento del especialista el que se toma sobre la base de la autoevaluación presentada en escala creciente del 1 al 10, el que fue calculado mediante una tabla donde se solicitó al especialista que marcara con una "X" entre el intervalo del 1 al 10, el nivel de conocimientos que poseía sobre el tema antes referido luego se multiplica por 0.1; el coeficiente de argumentación o fundamentación (Ka) de cada uno de los especialistas según las fuentes de argumentación se calculó con respecto a una tabla patrón (Anexo 8). Se consideró el coeficiente de competencia en cuanto a:

Si $0,8 < K < 1,0$; el coeficiente de competencia es alto.

Si $0,5 < K < 0,8$; el coeficiente de competencia es medio.

Si $K < 0,5$; el coeficiente de competencia es bajo.

El criterio de selección de los especialistas fue sobre la base de los que autoevaluaron su competencia en un nivel medio o alto.

El grupo quedó conformado por ocho especialistas (siete especialistas en Prótesis Estomatológica y un especialista en Psicología).

La estructura de la reunión fue la siguiente:

- Planteamiento de los objetivos de la reunión, explicación de la forma en que se debe desarrollar y los aportes que se buscaban en la misma, definiéndose los conceptos de Calidad de Vida, Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud, deficiencia, discapacidad y minusvalía, como conceptos básicos a valorar, así como la estructura de la propuesta del nuevo instrumento.
- Se escribió en la pizarra la pregunta a responder y debatir: ¿Cuáles, cree usted, son las consecuencias que el desdentamiento puede provocar en la vida de quienes lo sufren?
- Los integrantes tuvieron 15 minutos para hacer una lista de respuestas para la pregunta en discusión.
- Cada participante entregó su respuesta escrita y fueron anotándose en la pizarra hasta que se agotaron las respuestas. Cada respuesta, o problema identificado, se colocaba en la columna de acuerdo a la dimensión que correspondía según el instrumento propuesto por la investigadora. Cada problema propuesto se aclaraba en caso que no resultara comprensible para alguno de los participantes.
- Una vez terminada la lista en la pizarra, cada participante propuso una lista con los problemas que consideraba prioritarios en la valoración de cada dimensión y de la Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud.
- Finalmente, con las propuestas de todos los participantes, se buscó un consenso por votación de los aspectos de mayor importancia con relación a

la Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud en pacientes con pérdida dentaria y sobre la versión definitiva del Instrumento.

II.6. Tercera Etapa. Validación del Instrumento de Evaluación de Calidad de Vida en Pacientes Desdentados.

La validación del Instrumento⁵⁰ incluyó la determinación de la validez de la propuesta, al utilizar el criterio de expertos y el grado de satisfacción grupal, y la determinación de la fiabilidad del nuevo instrumento, en virtud de su estabilidad temporal y consistencia interna.

II.6.I Criterio de expertos.

Se aplicó el método Delphi del criterio de expertos⁶¹ con la finalidad de encontrar consenso en la comunidad científica estomatológica con respecto al nuevo instrumento.

La aplicación del método Delphi se realizó en tres fases:

Fase preliminar: En esta fase se delimitó el contexto y diseño de los elementos a consultar y se seleccionaron los expertos, para ello se siguió el criterio de selección de una muestra de expertos cuyas unidades compartían rasgos similares como: experiencia en la atención de pacientes desdentados, categorías docentes de titular o auxiliar, doctores en ciencia o máster, especialistas de primer o segundo grado, que tuvieran al menos 5 años de experiencia profesional, conocimientos acerca del tema que se investiga, disposición a participar en la investigación, capacidad de análisis y pensamiento crítico. A todos se les solicitó el consentimiento informado (Anexo 9). Los expertos autoevaluaron su competencia a través de una encuesta (Anexo 10), y se obtuvo información acerca del conocimiento que poseían sobre el tema, para la evaluación del nivel

competencia se siguió el mismo procedimiento descrito para la selección de los especialistas del grupo nominal.

El criterio de selección de los expertos fue sobre la base de los que autoevaluaron su competencia en un nivel medio o alto.

Fase exploratoria: Se garantizó que los expertos seleccionados pudieran constatar a través de la consulta el contenido del instrumento, de forma impresa o en formato digital, que fueron enviadas por correo electrónico, todo lo cual sirvió de fuente para la valoración de los expertos en cuanto a: validez científica, actualidad y claridad del contenido, lógica interna, factibilidad, pertinencia y utilidad práctica de la propuesta, al tener en consideración los siguientes indicadores:

- Grado de fundamentación del Instrumento para medir CVRCBS en pacientes desdentados, propuesto a desarrollar en la Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez.
- Nivel de estructuración del instrumento.
- Grado de estructuración del instrumento en dimensiones e ítems.
- Carácter de sistema de las relaciones que surgen del Instrumento, en el enriquecimiento de las Ciencias Estomatológicas.
- Nivel de organización dinámica para su implementación en la práctica.

Estos indicadores y los propuestos por Escobar Pérez,⁵⁷ permitieron elaborar un cuestionario con doce ítems (Anexo11) que se facilitó a los expertos para la valoración del instrumento propuesto.

Los criterios se midieron en una escala tipo Likert con cinco categorías en orden descendente: muy adecuado (5), bastante adecuado (4), adecuado (3), poco adecuado (2) e inadecuado (1) además de una pregunta abierta para expresar

valoraciones cualitativas de cada experto acerca de la retirada o la introducción de algún ítem y para brindar sugerencias.

Para evaluar la conveniencia de la asignación directa de valores a las respuestas de la escala ordinal en la valoración por parte de los jueces participantes en el Panel de Expertos, se aplicó el desarrollo del modelo de Torgerson⁶² (Anexo 12), a través de los siguientes pasos:

1. A partir de las valoraciones, se calcularon las frecuencias absolutas de respuesta y las frecuencias acumuladas, así como la frecuencia acumulada relativa, obtenida del cociente entre la frecuencia acumulada en las respuestas y el número de respuestas existentes o número de expertos, al expresar esta última con dos cifras decimales.
2. Mediante las frecuencias relativas acumuladas se procedió al cálculo de los puntos de corte y sus respectivas escalas de indicadores por medio de los valores normales estándar inversos de las propias probabilidades acumuladas de cada indicador en cada pregunta. Para ello se empleó la aproximación al valor más cercano de la curva Normal Estándar de la probabilidad acumulada.
3. A los valores calculados se añadió la columna “Promedio”, obtenida del cálculo del promedio de los valores hallados por fila. De forma similar se estimaron los Puntos de Corte, calculando estos como el promedio de los valores de la función estándar inversa por cada uno de los valores de escala (columnas). Se determinó también el valor de Límite N, a través del promedio de los Puntos de Corte (cuyo resultado será el mismo que el promedio de los promedios de cada categoría) y que delimitarán los verdaderos rangos de intervalo a los que pertenece cada categoría.

4. Para determinar la pertenencia real de los rangos de cada categoría para cada ítem se estimó el valor N-P, obtenido como la diferencia del valor límite menos el valor promedio de cada ítem.
5. Finalmente, a través de la comparación de valor N-P de cada ítem con los puntos de corte y límites de rango de cada una de las categorías, se determinó de forma precisa la pertenencia de cada uno de los ítems.

Fase final: se sintetizaron los resultados e interpretación de los mismos mediante consulta interactiva de los expertos con la versión definitiva del instrumento. Se realizaron dos rondas de consultas hasta llegar a un resultado de consenso.

Para la determinación del consenso entre los participantes del Panel de Expertos se empleó el Coeficiente de Concordancia (Cc)⁶² determinado a través de la expresión:

$$Cc = \left(1 - \frac{Vn}{Vt}\right) \cdot 100$$

donde:

Vn: el número de votos negativos aportados por los expertos (se asumió como votos negativos la selección de la categoría poco adecuada e inadecuada)

Vt: el número de votos totales emitidos por los expertos.

Se consideró alcanzado dicho nivel de consenso cuando el Coeficiente de Concordancia (Cc) obtuvo un valor superior al 75%, desde donde se produce la conclusión del proceso.

II.6.2 Satisfacción grupal.

Se impartió un taller metodológico sobre la propuesta del nuevo Instrumento a especialistas relacionados con la atención a pacientes con dificultad masticatoria (Anexo 13). Se culminó la actividad con la aplicación de un Test de satisfacción a

los participantes, con la finalidad de determinar el grado de satisfacción grupal que obtuvieron ellos de la valoración del instrumento propuesto.

Con vista a ello se aplicó la Técnica de Iadov,⁶³ que constituyó una vía indirecta para el estudio de la satisfacción, ya que los criterios que se utilizaron se fundamentan en las relaciones que se establecen entre tres preguntas cerradas que se intercalan dentro del cuestionario (Anexo 14), y cuya relación el sujeto desconoce. Estas tres preguntas se relacionan a través de lo que se denomina el "Cuadro Lógico de Iadov" (Anexo 15).

El número resultante de la interrelación de las tres preguntas indicó la posición de cada sujeto en la escala de satisfacción:

1. Clara satisfacción.
2. Más satisfecho que insatisfecho.
3. No definida.
4. Más insatisfecho que satisfecho.
5. Clara insatisfacción.
6. Contradictoria.

Para calcular el Índice de Satisfacción Grupal (ISG) se empleó la siguiente expresión:

$$\text{ISG} = \frac{A (+1) + B (+0,5) + C (0) + D (-0,5) + E (-1)}{N}$$

Donde A, B, C, D y E son el número de especialistas encuestados con las categorías 1; 2; 3; 4 y 5 de satisfacción personal, y N la cantidad total de especialistas encuestados.

Para determinar la significación de este índice se empleó la escala que a continuación se muestra:

- (+1) Máximo de satisfacción.
- (+0,5) Más satisfecho que insatisfecho.
- (0) No definido y contradictorio.
- (-0,5) Más insatisfecho que satisfecho.
- (-1) Máxima insatisfacción.

Los valores de ISG que se encuentran comprendidos entre -1 y -0,5 indican insatisfacción; los comprendidos entre -0,49 y +0,49 evidencian contradicción y los que caen entre 0,5 y 1 indican que existe satisfacción.

II.6.3 Determinación de la fiabilidad del nuevo Instrumento.

Con el objetivo de determinar la fiabilidad del nuevo instrumento se realizó una prueba piloto. Se evaluó la fiabilidad del instrumento mediante la técnica de la repetición del test (prueba-reprueba) y el análisis de la consistencia interna.

Para ello se realizó el cálculo del tamaño de la muestra para determinar el número de sujetos necesarios, que en este caso dependió del nivel de confiabilidad. Se deseó tener una confianza del 95 % en que su verdadero valor fuera superior a 0,90 (correlación fuerte y positiva entre las puntuaciones del test aplicado en los dos tiempos), por lo que la cantidad de sujetos (n) para estimar un coeficiente con tal precisión se determinó mediante la fórmula:

$$n = \frac{Z^2}{\left(\frac{1}{2} \cdot \ln \left(\frac{(1+r)(1-\rho)}{(1-r)(1+\rho)} \right) \right)^2}$$

dónde:

Z es el valor de la normal correspondiente al nivel de confiabilidad definido.

r es el valor estimado de coeficiente de correlación.

ρ es el límite inferior.

Se estimó un tamaño muestral igual a 58; finalmente se incluyeron 60 pacientes desdentados totales y parciales que fueron seleccionadas de forma aleatoria.

Durante el encuentro se solicitó el consentimiento informado (Anexo16) y se aplicó el instrumento diseñado en un primer momento y transcurridos 15 días, se realizó una segunda aplicación por el mismo investigador y bajo las mismas condiciones.

Se estudiaron los efectos techo (proporción de individuos que alcanzan la puntuación máxima) y suelo (proporción de individuos con la puntuación mínima), al considerar que existía cualquiera de ellos cuando el porcentaje de respuestas agrupadas en el valor más elevado o más inferior de la escala era mayor o igual al 20%.⁶⁴

Se calculó el coeficiente de correlación de Pearson para medir el grado de correspondencia entre los resultados de las dos observaciones.

La fuerza de la correlación del Coeficiente de correlación de Pearson se interpretó como débil ($\leq 0,29$), baja (0,30-0,49), moderada (0,50-0,69), fuerte (0,70-0,89) y muy fuerte (0,90-1,00).⁶⁵

La consistencia interna de las puntuaciones se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach y la reproducibilidad de las puntuaciones se estimó mediante el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI). Ambos coeficientes se interpretaron como buenos si eran superiores o iguales a 0,70.⁶⁶

Todos los datos de cada una de las etapas fueron tabulados en Microsoft Excel y analizados mediante programa estadístico IBM SPSS Statistics v22.0, para Windows.

En el análisis estadístico se emplearon las medidas de estadística descriptiva apropiadas para cada tipo de estudio. Se utilizaron números absolutos y porcentajes como medidas de resumen, las variables medidas en escala cuantitativa continua se sintetizaron en media y desviación estándar, si presentaron una distribución normal, si no se resumieron en mediana y rango. En todos los casos se fijó un nivel de significación $\alpha=0,05$. Los resultados se presentaron en texto, tablas y gráficos.

II.7 Aspectos éticos.

En el estudio fueron considerados los principios expuestos en la declaración de Helsinki,⁶⁷ basado en estos, se solicitó a los participantes en la investigación el consentimiento informado a participar en el estudio (ver anexos). Otras cuestiones éticas consideradas fueron las de no tergiversar u ocultar resultados y presentar los mismos tal y como se manifestaron.

El proyecto fue revisado y evaluado desde el punto de vista metodológico, científico y ético por el Comité de Científico de la Facultad de Estomatología el cual dictaminó el cumplimiento de los principios éticos en la investigación. El proyecto tuvo vigencia durante el período que abarcó el estudio y se informó, al citado comité, sobre las modificaciones del proyecto con una periodicidad semestral. La información relacionada con la identidad de los sujetos fue tratada confidencialmente. Esta se manejó sólo por el personal especializado que participó en la investigación y no se publicaron datos sobre la misma. La revisión de la información sólo se realizó durante las visitas de monitoreo. La divulgación de los resultados solo se realizó con fines científicos.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

III. RESULTADOS

III.1 Resultados de la Primera Etapa.

Como se muestra en la **Tabla 1** al resumir los resultados obtenidos con la aplicación del instrumento genérico OHIP-14, el mayor por ciento en la distribución de los pacientes se localiza en la categoría impacto (influencia negativa en la CVRCBS) 96,7%. Con relación al impacto global la mayor parte de los pacientes se encuentran en la categoría bajo impacto con un 44%.

Tabla 1. Distribución de pacientes según evaluación global del OHIP-14.

Impacto		Nº	%
Impacto en la CV	No impacto	11	3,3
	Impacto	325	96,7
Impacto global	Bajo	148	44,0
	Moderado	122	36,3
	Alto	66	19,7

La mayoría de las respuestas de los pacientes a las preguntas del cuestionario se encuentran en la categoría nunca (**Tabla 2**), ya que este es un instrumento genérico y no abarca todos los aspectos valorados como significativos en la evaluación de la CVRCBS por los pacientes desdentados.

Tabla 2. Distribución de respuestas según escala de evaluación del OHIP-14.

Escala de respuestas	Nº	%*
Nunca (0)	1806	38,39
Casi nunca (1)	566	12,04
Algunas veces (2)	764	16,24
Frecuentemente (3)	766	16,28
Casi siempre (4)	802	17,05

(*) el porcentaje es en base al total de respuestas (4704)

Los resultados que se muestran en la **Tabla 3** corroboran los anteriores, al indicar que el 100% de las dimensiones, así como el instrumento en general, tuvieron un valor mínimo de cero puntos, expresión de que todos los pacientes, al menos una vez, marcaron en las dos preguntas de las dimensiones que nunca habían tenido la dificultad a la que se hacía alusión.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de la puntuación general y por dimensiones del instrumento OHIP-14.

Dimensiones/Instrumento	Med.	Mín.	Máx.
Limitación funcional	5	0	8
Dolor físico	4	0	8
Malestar psicológico	4	0	8
Incapacidad física	3	0	8
Incapacidad psicológica	2	0	8
Incapacidad social	1	0	8
Minusvalía	1	0	8
OHIP-14	22	0	50

(*) Med: Mediana, Mín: Mínimo, Máx: Máximo

La mediana de la puntuación general para el OHIP-14 fue de 22 puntos y un valor máximo de 50 puntos, de 56 que puede alcanzar el instrumento. En todos los casos los valores de las medianas fueron inferiores a la mitad del posible puntaje en cada dimensión, excepto en la dimensión Limitación funcional que obtuvo el mayor puntaje de respuesta. Las dimensiones Incapacidad social y Minusvalía obtuvieron las menores puntuaciones (un punto) de ocho que es la cifra límite superior para cada dimensión porque la mayoría de las respuestas estuvo en las categorías nunca (0) o casi nunca (1).

Al analizar las respuestas a cada una de las preguntas que componen el instrumento genérico (**Tabla 4**) aquellas que obtuvieron el mayor puntaje de

respuesta positivas por dimensión fueron: P1; 54,51%, P4; 52,38%, P6; 56,13%, P8; 39,59%, P10; 33,63%, P12; 18,75%, P13; 18,45%

Tabla 4. Distribución de pacientes según respuestas positivas al OHIP-14.

	Preguntas (P)		
		Nº	%
P1	¿Ha tenido dificultad para masticar alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	182	54,51
P2	¿Ha notado que su apariencia se ha visto afectada debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	120	35,72
P3	¿Ha tenido dolores de cabeza debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	120	35,72
P4	¿Ha encontrado incomodo comer cualquier alimento debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	177	52,38
P5	¿Ha estado preocupado por problemas dentales?	143	42,56
P6	¿Se ha sentido incómodo con la apariencia de sus dientes, boca o prótesis?	155	56,13
P7	¿Las personas le han malinterpretado algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	99	29,46
P8	¿Ha evitado sonreír debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	133	39,59
P9	¿Ha encontrado difícil relajarse debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	75	22,32
P10	¿Se ha avergonzado un poco debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	113	33,63
P11	¿Ha evitado salir a la calle debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	44	13,1
P12	¿Ha tenido dificultades para realizar sus labores habituales debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	63	18,75
P13	¿Ha sentido que su salud general ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	62	18,45
P14	¿Ha sido incapaz de disfrutar la compañía de otras personas como debería debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	45	10,39

Este resultado permite identificar tres dimensiones de la CVRCBS que desde la autopercepción del paciente desdentado se ven afectadas: Limitación funcional, Dolor físico y Malestar psicológico, así como los aspectos contenidos en cada una de las 7 dimensiones que son más relevantes para los pacientes.

Al analizar la evaluación que se realizó de los instrumentos genéricos, en función de identificar las particularidades que servirán de base para la construcción del nuevo instrumento, a partir de atender la idiosincrasia y características de la población a la cual va dirigido, se observa en la **Tabla 5**, que el Instrumento Perfil

de Impacto de Salud Oral (OHIP), obtuvo el mayor porcentaje evaluativo (69,04%) y un índice de dificultad de 0,77 debido a que fueron identificadas menos aspectos no satisfactorios o no adecuados a la cultura e idiosincrasia de la población cubana.

Tabla 5. Evaluación por instrumentos según valor máximo evaluativo e ID.

Instrumentos	Valor evaluativo		IDT
	Valor	% del valor máximo*	
1- OHIP	290	69,04	0,77
2- GOHAI	277	65,95	0,76

*por ciento en base al valor máximo evaluativo por instrumento (420)

Los aspectos evaluados se desglosan en la **Tabla 6**, identificándose como las de menor valor evaluativo la relevancia de cada ítem como esencial o importante 57 puntos, ID de 0,42; coherencia o relación lógica de cada ítem con la dimensión 65 puntos, ID de 0,58; y la comprensión de cada ítem 78 puntos, ID de 0,79. Todos ellos en comparación con el valor máximo del ítem que fue de 120 puntos.

Tabla 6. Evaluación por ítems según valor máximo evaluativo e ID.

Ítems/Contenido	Valor evaluativo		ID
	Valor	%*	
1. Las dimensiones del instrumento para captar los factores moduladores de la CVRCBS	97	80,0	0,96
2. Ítems que pertenecen a una misma dimensión suficientes	88	60,8	0,83
3. Claridad de cada ítem en cuanto a su sintáctica y semántica	94	63,3	1,00
4. Comprensión de cada ítem	78	47,5	0,79
5. Coherencia o relación lógica de cada ítem con la dimensión	65	41,7	0,58
6. Relevancia de cada ítem como esencial o importante	57	39,2	0,42
7. Sistema de evaluación	88	48,3	0,79

*% del valor máximo posible (120 puntos)

III.2 Resultados de la Segunda Etapa. Diseño del Instrumento.

A partir del estudio documental, los resultados obtenidos en la primera etapa con la aplicación del OHIP-14 y la evaluación de los instrumentos genéricos, se identificaron un conjunto de aspectos que sirvieron de base para el diseño de la nueva propuesta.

Una vez definido y caracterizado el objeto de estudio se procedió a la concepción de las dimensiones. Cada grupo de problemas identificados como consecuencia de la pérdida dentaria, fueron separados en subgrupos (**Tabla 7**) de acuerdo al modelo conceptual de los niveles del estado de salud de la OMS adaptado por Locker para estomatología.²⁸

Tabla 7. Problemas identificados según los niveles del estado de salud de la OMS adaptado por Locker para estomatología.

Nivel del estado de salud	Problema identificado
Deficiencia	Pérdida dentaria
Discapacidad	Dificultad para masticar
	Dificultad para pronunciar palabras
	Dificultad para deglutir
	Dificultad para comunicarse
	Dificultad para degustar los alimentos
	Dificultad para mantener una dieta satisfactoria
Minusvalía	Insatisfacción con la apariencia
	Dificultad para relacionarse con otras personas
	Dificultad para disfrutar de la compañía de otras personas
	Dificultad en el desempeño laboral o estudiantil
	Dificultad en establecer relaciones amorosas
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria	

Posteriormente los problemas identificados fueron redistribuidos en dimensiones para una mejor organización de los indicadores de acuerdo al concepto en que se incluye (**Tabla 8**).

Tabla 8. Dimensiones del constructo CVRCBS identificadas e indicadores.

Dimensión	Indicadores
Deficiencias en el estado físico	masticar
	pronunciar palabras
	hablar
	tragar
	dolor
	molestias
	usos de medicamentos
Deficiencias en el estado psicológico	problemas de concentración
	tristeza
	depresión
	estrés
	baja autoestima
	enfado o impaciencia
	pérdida de la autoimagen
	ansiedad
	estigma social
	evitar sonreír / reír
	preocupación, limitación e incomodidad con los contactos sociales
	insatisfacción con la apariencia
	disfrutar de la vida
	felicidad general
salud general	
Limitación de las actividades	compartir con amigos
	participar en actividades sociales
	oportunidades educativas y profesionales
	relaciones amorosas
	vida social
	realizar actividades diarias
	interactuar con personas

Al tener en consideración que las deficiencias psicológicas agrupan un mayor número de indicadores y están relacionadas con la apariencia y la valoración estética de los pacientes, así como los resultados obtenidos en la primera etapa de la investigación, se decide incluir una dimensión para la autovaloración de la estética.

De esta manera quedan definidas las siguientes dimensiones:

1. Rendimiento Funcional: se refiere a las alteraciones de las funciones físicas del sistema estomatognático, como masticar, degustar, pronunciar palabras.
2. Biopsicosocial: se refiere a las alteraciones de las funciones sociales y psicológicas del sistema estomatognático, como disfrutar la compañía de otras personas, realizar actividades habituales, o estar preocupado por los problemas bucales.
3. Estética dentofacial: se refiere a las alteraciones de las funciones estéticas del sistema estomatognático, como la autoestima por la apariencia de los dientes.

Una vez definido el objetivo general del cuestionario y detalladas las dimensiones se procedió a la redacción de los ítems (preguntas) para cada uno de las dimensiones, se elaboraron el doble de las que podría conformar el instrumento definitivo (**Tabla 9**).

Todos los ítems cumplieron el requisito de tener la forma más breve posible para evitar un exceso de tiempo o confusión al encuestado. Asimismo, la formulación de todas las preguntas reunió las siguientes características: clara, precisa y comprensible; se refirió a un solo aspecto; se utilizó un lenguaje simple, directo y familiar; se evitó la formulación en negativo y se tuvo en cuenta reformular

aquellas cuestiones que pudiesen ser incómodas, amenazantes o que enjuiciaran al encuestado.

Tabla 9. Dimensiones y preguntas propuestas.

Dimensiones	Preguntas
1. Rendimiento funcional	1. ¿Ha sentido molestias dolorosas en su boca?
	2. ¿Ha tenido dificultad para masticar alimentos satisfactoriamente?
	3. ¿Ha sentido que su sentido del gusto ha empeorado?
	4. ¿Ha sentido dificultad para pronunciar algunas palabras?
	5. ¿Ha tenido dificultades para disfrutar del sabor de las comidas?
	6. ¿Ha limitado el tipo o cantidad de alimentos?
	7. ¿Ha tenido dificultades para tragar?
	8. ¿Ha tenido dolores en la boca que le han impedido comer?
2. Biopsicosocial	1. ¿Ha estado preocupado o estresado debido a problemas con su boca?
	2. ¿Ha tenido dificultades para realizar actividades diarias?
	3. ¿Ha tenido dificultades para relacionarse con otras personas?
	4. ¿Los problemas de la boca le han hecho sufrir?
	5. ¿Ha dejado de relacionarse con otras personas?
	6. ¿Ha dejado de comer frente a otras personas?
	7. ¿Ha estado avergonzado debido a problemas con su boca?
	8. ¿Se ha afectado su vida laboral o estudiantil?
4. Estética dentofacial	1. ¿Ha estado preocupado por la apariencia de sus dientes?
	2. ¿Le ha preocupado lo que otras personas opinen sobre sus dientes?
	3. ¿Se ha sentido inconforme con la apariencia de sus dientes?
	4. ¿Ha evitado sonreír por la apariencia de sus dientes?
	5. ¿Ha evitado la compañía de otras personas por la apariencia de sus dientes?
	6. ¿Ha dejado de tener una vida plena debido a la apariencia de sus dientes?
	7. ¿La apariencia de sus dientes le han hecho sentir infeliz?
	8. ¿Sus relaciones amorosas se han visto afectadas por la apariencia de sus dientes?

Posteriormente, se determinó la forma de obtener la puntuación general de la escala a partir de las puntuaciones finales de cada una de las preguntas y las dimensiones, de forma que fuera de fácil interpretación, al mismo tiempo, sensible al cambio.

Esta propuesta fue sometida a consenso mediante la técnica del grupo nominal para obtener una primera versión del Instrumento de evaluación de Calidad de Vida en pacientes desdentados.

A los especialistas convocados para participar en el grupo nominal se les solicitó la autovaloración de su nivel de competencia. El 100% obtuvo un nivel de competencia alto (**Tabla 10**) por lo que fueron seleccionados para participar en el grupo.

Tabla 10. Distribución de especialistas del grupo nominal según nivel de competencia.

Especialista	Kc	Ka	K	Código
1.	0,9	0,9	0,9	A
2.	0,9	1	0,95	A
3.	0,7	0,9	0,8	A
4.	0,9	0,9	0,9	A
5.	0,9	0,8	0,85	A
6.	0,8	0,9	0,85	A
7.	0,8	1	0,9	A
8.	0,8	0,9	0,85	A

Kc- Coeficiente de conocimiento, Ka-Coeficiente de argumentación
K-Coeficiente de competencia, A-alto

El grupo nominal quedó conformado por siete especialistas de prótesis estomatológica con experiencia en el tratamiento rehabilitador de pacientes desdentados y un psicólogo. La caracterización de los especialistas que lo

integraron se muestra en la **Tabla 11**, el 62,5% eran especialistas de segundo grado, el 87,5% ostentaban la categoría científica de máster y ese mismo por ciento los profesores auxiliares. Todos tenían más de 10 años de experiencia.

Tabla 11. Caracterización de los especialistas integrantes del grupo nominal según variables de interés.

Características		Nº	%
Especialista (Grado)	Primer Grado	3	37,5
	Segundo Grado	5	62,5
Categoría científica	Máster	7	87,5
	Doctor en Ciencias	1	12,5
Categoría docente	Auxiliar	7	87,7
	Asistente	1	12,5
Años de experiencia	10 y mas años	8	100

A lo largo de la discusión, el grupo nominal decidió realizar una serie de cambios que dieron lugar a la primera versión del Instrumento (V1). Esto no significó que el grupo nominal eliminara información de la propuesta anterior o suprimiera indicadores, sino que decidieron reorganizarla, al definir un instrumento más simple y coherente cuyos principales cambios fueron los siguientes:

- Se mantienen tres dimensiones, pero cambian los nombres de dos de ellas como se muestra en la **Tabla 12**.

Tabla 12. Dimensiones de la primera versión del Instrumento.

Dimensiones propuestas	Dimensiones definitivas
Rendimiento funcional	Rendimiento funcional
Biopsicosocial	Incapacidad psicosocial
Estética dentofacial	Percepción estética

- Se decide agrupar las preguntas y dejar cuatro preguntas (items) por cada dimensión, de forma tal que fueran las más representativas de las dimensiones, desde donde queda como se muestra en la **Tabla13**.

Tabla13. Relación de las dimensiones con los ítems

Dimensiones	Ítems
1.Rendimiento funcional	1. ¿Ha tenido dificultad para masticar algún tipo de alimento por problemas con sus dientes o prótesis?
	2. ¿Ha tenido dificultades para sentir el sabor de los alimentos?
	3. ¿Ha tenido dificultades para pronunciar claramente todas las palabras al hablar?
	4. ¿Ha tenido molestias dolorosas en la boca que le hayan impedido comer, hablar o sonreír?
2.Incapacidad psicosocial	5. ¿Ha dejado de relacionarse con otras personas por problemas con sus dientes o prótesis?
	6. ¿Ha dejado de comer frente a otras personas por problemas con sus dientes o prótesis?
	7. ¿Ha dejado de hacer actividades habituales por problemas con sus dientes o prótesis?
	8. ¿Se ha sentido estresado o deprimido por problemas con sus dientes o prótesis?
3.Percepción estética	9. ¿Ha notado que su apariencia se ha visto afectada por problemas con sus dientes o prótesis?
	10. ¿Ha evitado sonreír por problemas con sus dientes o prótesis?
	11. ¿Se ha avergonzado por problemas de sus dientes o prótesis?
	12. ¿Se ha sentido infeliz por la apariencia de sus dientes o prótesis?

La versión obtenida del Instrumento (V1) comprende 12 ítems agrupados en tres dimensiones: Rendimiento funcional (RF), Incapacidad psicosocial (IPS) y Percepción estética (PE), por lo que clasifica como un instrumento multidimensional.

Al finalizar el debate se consideró por el 100% de todos los especialistas del grupo que el Instrumento era adecuado, obteniéndose la primera versión (V1) que se denominó Instrumento de Evaluación de Calidad de Vida en Pacientes Desdentados (ICVD).

Para la validación del ICVD se procedió a evaluar su validez mediante la consulta a expertos y satisfacción grupal y posteriormente se evaluó la fiabilidad.

III.3 Resultados de la Validación del Instrumento diseñado.

III.3.1 Resultados de la consulta a expertos.

Como se muestra en la **Tabla 14**, el 100% de los expertos convocados obtuvieron un nivel de competencia alto, por lo que todos fueron seleccionados para la validación del Instrumento.

Tabla 14. Distribución de expertos según nivel de competencia.

Experto	Kc	Ka	K	Código
1.	0,9	1	0,95	A
2.	0,7	0,9	0,8	A
3.	0,9	0,9	0,9	A
4.	0,9	0,8	0,85	A
5.	0,8	0,9	0,85	A
6.	0,8	1	0,9	A
7.	0,8	0,9	0,85	A
8.	0,9	1	0,95	A
9.	1	1	1	A
10.	0,9	0,9	0,9	A
11.	1	1	1	A
12.	0,9	0,9	0,9	A
13.	0,8	0,9	0,85	A
14.	0,9	1	0,95	A
15.	1	1	1	A
16.	1	1	1	A
17.	1	1	1	A
18.	0,9	0,9	0,9	A
19.	1	1	1	A
20.	0,9	1	0,95	A

Kc- Coeficiente de conocimiento, Ka-Coeficiente de argumentación, K-Coeficiente de competencia, A-alto

En la **Tabla 15** se expone la caracterización de los 20 expertos seleccionados. De ellos el 80,95% fueron Especialistas de Segundo Grado, ostentaban la categoría científica de Doctor en Ciencia el 28,57% y el título académico de Máster el 70%; con categoría de Profesor Auxiliar el 80%, y el 95% tenía más de 10 años de experiencia.

Tabla 15. Distribución de los expertos según características de interés.

Características		Nº	%
Especialista (Grado)	Primer Grado	3	15,0
	Segundo Grado	17	80,95
Categoría científica	Máster	14	70,0
	Doctor en Ciencias	6	28,57
Categoría docente	Auxiliar	16	80,0
	Titular	4	19,05
Años de experiencia	10 y mas años	19	95,0
	Menos de 10 años	1	5,0

En la primera vuelta de la consulta la mayoría de los cambios sugeridos por los expertos estuvieron relacionados con la sintaxis, semántica y claridad de las preguntas en función de mejorar la comprensión de las mismas **Tabla 16.** Se obtiene la segunda versión del instrumento (V2) y se realizó una segunda vuelta de consulta con las modificaciones y adecuaciones sugeridas a la propuesta.

Tabla 16. Ítems reformulados según opinión de los expertos.

Ítems inicial	Ítems reformulado
1. ¿Ha tenido dificultad para masticar algún tipo de alimento por problemas con sus dientes o prótesis?	1. ¿Limitó el tipo o cantidad de alimento debido a problemas con sus dientes o prótesis?
2. ¿Ha tenido dificultades para sentir el sabor de los alimentos?	2. ¿Ha tenido dificultades para disfrutar del sabor de las comidas debido a problemas con sus dientes o prótesis?
7. ¿Ha dejado de hacer actividades habituales por problemas con sus dientes o prótesis?	7. ¿Ha dejado de realizar actividades habituales por problemas con sus dientes o prótesis?
10. ¿Ha evitado sonreír por problemas con sus dientes o prótesis?	10. ¿Ha evitado reír o sonreír por problemas con la apariencia de sus dientes o prótesis?
11. ¿Se ha avergonzado por problemas de sus dientes o prótesis?	11. ¿Se ha avergonzado por la apariencia de sus dientes o prótesis?
12. ¿Se ha sentido infeliz por la apariencia de sus dientes o prótesis?	12. ¿La apariencia de sus dientes o prótesis le han hecho sentir infeliz?

Una vez procesados los resultados de la consulta a los expertos (Anexo 12) se obtienen los puntos de corte que determinan hasta donde llegan los límites de intervalo para cada categoría (**Tabla 17**). Los valores menores o iguales a 0,67 están en la categoría Muy Adecuado, entre 0,67 y 1,89 en la categoría Bastante

Adecuado, entre 1,89 y 3,50 Adecuado y por encima de ese valor Poco Adecuado e Inadecuado.

Tabla 17. Rangos definitivos y los puntos de corte

Puntos de corte	0,67	1,89	3,50	3,50	
Categorías (rangos)	Muy Adecuado	Bastante Adecuado	Adecuado	Poco Adecuado	Inadecuado

Tras la distribución en las diferentes categorías (**Tabla 18**), se observa que las valoraciones proporcionadas por los integrantes del Panel de Expertos se muestran favorables. En este caso, todos los valores menores o iguales a 0,67 corresponden a la categoría de Muy Adecuado (MA); por tanto los 20 expertos consideraron que los 12 indicadores propuestos para evaluar el ICVD resultaron muy adecuados (MA), con un elevado grado de relevancia; ya que el nivel de consenso (C_c) fue del 100% ($V_n=0$; $V_p=20$; $C_c=100$).

Tabla 18. Valoración de los criterios de los expertos por ítems.

ÍTEMS	VALOR N-P	CATEGORÍA
1	0,19	Muy Adecuado
2	0,40	Muy Adecuado
3	0,10	Muy Adecuado
4	0,06	Muy Adecuado
5	-0,37	Muy Adecuado
6	0,22	Muy Adecuado
7	0,19	Muy Adecuado
8	0,19	Muy Adecuado
9	0,02	Muy Adecuado
10	-0,18	Muy Adecuado
11	-0,45	Muy Adecuado
12	-0,37	Muy Adecuado

De esta forma quedó definida la versión definitiva del Instrumento de Evaluación de Calidad de Vida en pacientes desdentados (ICVD) (Anexo17).

III.3.2. Valoración de los resultados del Test de Satisfacción.

Respecto al test de satisfacción, se encuestó un total de 23 especialistas. Al analizar las respuestas de cada uno según el Cuadro Lógico de Iadov (Anexo15), que representa la escala donde se encuentran los especialistas a los cuales se les aplicó el test de satisfacción, se obtiene que 21 de ellos expresaron clara satisfacción lo que representó el 91,3 % y 2, que corresponde al 8,69 %, estuvieron más satisfechos que insatisfechos.

Como resultado se obtiene un índice de satisfacción grupal igual a 0.95, que corresponde con una evaluación satisfactoria del Instrumento propuesto.

Estos resultados valoran la validez de contenido del nuevo instrumento de medida ICVD (Instrumento de Evaluación de Calidad de Vida en pacientes Desdentados) propuesto a desarrollar en la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

III.4 Estudio de la fiabilidad del Instrumento. Resultados de la prueba piloto.

El ICVD se aplicó a 60 pacientes para comprobar la fiabilidad del mismo. Como resultado de la aplicación (**Tabla 19**) la autovaloración de la Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud en los pacientes desdentados estudiados fue regular, con una puntuación media global de $42,8 \pm 8,5$. Respecto al “efecto suelo” en ninguna de las dimensiones se observó dicha característica, sin embargo, se observó “efecto techo” en las dimensiones rendimiento funcional y percepción estética, con puntuación máxima en más del 20%. Por tanto, estas son las dimensiones que más influyeron en la Calidad de Vida de los encuestados. **Tabla 19.** Distribución de las puntuaciones del ICVD en el grupo de pacientes encuestados

Tabla 19. Distribución de las puntuaciones del ICVD en la muestra de pacientes.

Dimensiones	Media (mediana)	Desviación estándar	Intervalo de las puntuaciones	Efecto suelo/techo (%)
1. Rendimiento funcional	14,2 (14)	2,5	7-19	7,9/23,5 [§]
2. Incapacidad psicosocial	13,9 (14)	2,5	9-19	7,5/19,3
3. Percepción estética	14,7 (15)	3,6	4-20	6,8/26,6 [§]
ICVD	42,8 (44)	8,5	31-56	-

[§]: Se resaltan valores de efecto suelo o techo por encima del 20%.

La consistencia interna del nuevo instrumento (ICVD) aplicado se considera buena, tanto para cada dimensión como para el resultado global, con valores entre 0,84-0,86, como se muestra en la **Tabla 20**.

Tabla 20. Resultados de la evaluación de la consistencia interna por dimensiones y global.

Dimensión / n = 60	Número de ítems	α de Cronbach	IC _{95%}	EEM
1. Rendimiento funcional	4	0,84	0,78-0,89	1,86
2. Incapacidad psicosocial	4	0,86	0,81-0,92	0,94
3. Percepción estética	4	0,85	0,79-0,94	0,96
ICVD	12	0,84	0,77-0,91	1,01

IC: Intervalo de confianza; EEM: Error estándar de la medida

En cuanto a el grado de reproducibilidad o estabilidad temporal del cuestionario aplicado (**Tabla 21**) se obtuvo una buena concordancia con valores del Coeficiente de Correlación Intraclase para cada dimensión y el global entre 0,81-0,85.

Tabla 21. Resultados de la evaluación de la estabilidad temporal del cuestionario.

Dimensión/n= 60	Confiabilidad Test/retest		
	CCI	IC _{95%}	Media de la diferencia
1. Rendimiento funcional	0,82	0,71-0,95	-0,3
2. Incapacidad psicosocial	0,85	0,86-0,92	0,0
3. Percepción estética	0,81	0,76-0,88	-0,2
ICVD	0,83	0,79-0,89	-0,6

IC: Intervalo de confianza, CCI: Coeficiente de correlación intraclase

La **Tabla 22** expone el resumen de la correlación prueba-reprueba. Se observa una correlación significativa ($p < 0,001$) muy fuerte (valores entre 0,90 y 1,00 del coeficiente) y positiva (valor positivo) entre los resultados de la primera aplicación del instrumento y los resultados de la segunda aplicación del mismo.

Tabla 22. Resumen de la correlación prueba-reprueba (test-retest).

		Prueba	Reprueba
Prueba	Correlación de Pearson	1	0,918
	p	-	0,000
Reprueba	Correlación de Pearson	0,918	1

$p < 0,001$

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

IV.1 Discusión de los resultados con la aplicación del instrumento genérico OHIP-14.

La primera etapa es un acercamiento exploratorio en el uso de medidas de CVRCBS para ofrecer una perspectiva sobre el impacto de los trastornos bucales e identificar los items y dimensiones relevantes en la autopercepción de bienestar de los pacientes desdentados.

A pesar de que se han desarrollado múltiples cuestionarios para evaluar CVRCBS^{9,68} el OHIP, como instrumento genérico, fue seleccionado para el presente estudio dado que es una de las medidas más empleadas en estudios clínicos de Calidad de Vida.⁶⁹⁻⁷¹ Además, este cuestionario está validado en la población de habla hispana^{56,72,73} y ha demostrado ser un instrumento preciso, consistente y válido para evaluar CVRCBS lo que confirma su capacidad psicométrica.^{68,74}

Los resultados obtenidos al evaluar el OHIP-14, por el criterio de impacto y no impacto, al tener en consideración que los impactos están conceptualizados como efectos adversos, se explica a partir de las características del instrumento utilizado, en el cual para clasificar dentro de la categoría no impacto (buena Calidad de Vida) todas las respuestas tiene que ser nunca (cero) y esta es una de las desventajas que se observa en el instrumento, por tanto al evaluar las puntuaciones al utilizar la escala cualitativa, aunque más del 50% seleccionen la opción nunca, la mayoría entran en la categoría impacto (negativo) y eso dificulta la interpretación de los resultados porque cuando se analiza desde el punto de vista cuantitativo el mayor porcentaje se agrupa en el rango de 0-18 puntos (bajo

impacto), dado que las respuestas tienden hacia valores de nunca y casi nunca y las prevalencias de Calidad de Vida toman valores bajos, lo que indica una menor severidad.

Otro aspecto a señalar es que la evaluación cuantitativa no es mutuamente excluyente ya que en el rango de bajo impacto se incluyen las calificaciones de cero que en la evaluación cualitativa se corresponden con no impacto, por lo que se incluye una categoría dentro de la otra y a juicio de la autora también constituye una deficiencia del instrumento OHIP, a pesar de que algunos autores citados por Degrandi⁵⁴ señalan que su utilización entraña algunos riesgos de afectar su precisión como instrumento psicométrico.

Las dimensiones más afectadas según el instrumento fueron: dimensión Limitación funcional, y dentro de ella, la pregunta: ¿Ha tenido dificultad para masticar alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis? aportó el mayor número de respuestas positivas (valores 3 y 4 de la escala de Likert); dimensión Dolor físico, siendo el ítem: ¿Ha encontrado incómodo comer cualquier alimento debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis? el de mayor puntuación y en la dimensión Malestar psicológico, la interrogante: ¿Ha estado preocupado por problemas dentales? obtuvo la mayor frecuencia de respuestas positivas. En sentido general, las mayores dificultades estuvieron relacionadas con aspectos como masticar, el dolor y la apariencia. Las tres dimensiones más afectadas coinciden con las reportadas por otros autores entre ellos Masood⁷⁵ y Velázquez⁴¹ que también estudiaron población con pérdida dental.

Sin embargo, la segunda pregunta de la dimensión Limitación funcional: ¿Ha notado que su apariencia se ha visto afectada debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?, y la primera de la dimensión Dolor físico: ¿Ha tenido

dolores de cabeza debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?, a juicio de la autora, no guardan relación directa con la dimensión que se mide, donde la primera pregunta está más relacionada con el malestar psicológico. También se puede señalar que el dolor de cabeza no es un síntoma común en los pacientes desdentados que acuden a consulta para rehabilitación protésica, el dolor que refieren los pacientes de prótesis está más relacionado con molestias al comer y de cierta forma se relacionan con el deterioro bucal producto del desdentamiento, el cual puede ir acompañado de deficiencias funcionales y sensoriales de la mucosa bucal, la musculatura bucal, y las glándulas salivales, disminución de la regeneración de tejidos y la disminución de la resistencia tisular,^{76,77} así lo reportan otros estudios que utilizan el OHIP-14 en los cuales las preguntas de esta dimensión están relacionadas con el dolor en la boca y las molestias al comer, sin embargo en una versión validada en Chile hace referencia al dolor y sensibilidad en los dientes.⁷⁸

La siguiente dimensión más afectada es el Malestar psicológico y la pregunta: ¿Ha estado usted preocupado por problemas dentales? y ¿Se ha sentido incómodo por la apariencia de sus dientes, boca o prótesis?, lo cual es comprensible según lo expuesto por Mehl y Van der Geld citados por Márquez Yañez,⁷⁹ 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. Así mismo, McKenzie-Green, citado por el mismo autor ⁷⁹ 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 estaría de acuerdo con lo planteado por Marchant⁸⁰ que demostró que pacientes con ausencia de dientes han disminuido su confianza, tienen envejecimiento prematuro, su

autoimagen alterada, y una alteración en la socialización y forma de relaciones íntimas. Por otra parte, las prótesis podrían mejorar el aspecto bucal y las interacciones sociales de los individuos, le mejoraría la autoestima y por lo tanto contribuiría al bienestar psicológico.

La dimensión menos afectada fue la Minusvalía, (incapacidad para realizar sus actividades diarias), lo que podría deberse a que parte importante de la muestra corresponde a los adultos mayores. Además, algunos sujetos en el momento de la entrevista, manifestaron no tener problemas con la pareja o familia porque usaban una prótesis vieja constantemente, incluso en la noche, retirándola solo para lavarla. No obstante, se considera que las preguntas de esta dimensión: ¿Ha sentido que su salud general ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis? y ¿Ha sido incapaz de disfrutar la compañía de otras personas como debería debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis? condicionan el efecto de piso (proporción de individuos con la puntuación mínima) porque más del 50% de los entrevistados seleccionan la opción nunca y este aspecto influye directamente en la puntuación general de la dimensión y el instrumento, esta consideración es consistente con la planteada por Degrandi⁵⁴ quien a partir de la alta prevalencia de puntuaciones cero (es decir, sin impacto) en su investigación planteó que este fenómeno dificulta el medir el impacto del cambio de intervenciones.

Según Degandi y cols⁵⁴ el OHIP-14 presenta la limitante de que fueron excluidos algunos ítems de interés para evaluar los tratamientos de prótesis estomatológica lo que puede afectar las propiedades de medición en la evaluación de los resultados.

Independientemente de las valoraciones realizadas sobre los ítems que componen cada una de las dimensiones del instrumento utilizado, los resultados de esta investigación coinciden con los de Montero-Martín y cols⁷², donde los menores puntajes los obtuvieron las dimensiones de Incapacidad social y Minusvalía y con Masood y cols⁷⁵ donde se reporta que el Dolor físico fue la dimensión con mayor puntuación y la Minusvalía la dimensión menos afectada.

Similares son los resultados de esta investigación con los de Espinosa⁸¹ quien, al utilizar el instrumento OHIP-14, resalta que los seis ítems con mayor puntuación son de las tres primeras dimensiones, es decir la Limitación funcional, del Dolor físico, y del Malestar psicológico, según su estudio el 58,7% de adultos manifestaron que le preocupan los problemas bucales, y cerca del 40% sintió que el sabor de los alimentos había variado (41,3%), o que presentaron problemas al comer (38,6%). Salvo un 7,1% de adultos, casi la mayoría de ellos fueron capaces de realizar sus actividades diarias.

De igual forma guardan similitud los resultados de esta investigación con los de Aubert y cols⁸², quienes en su estudio mostraron que un 91,9 % de adultos mayores percibe que la salud bucal afecta su Calidad de Vida. Las molestias psicológicas son una manifestación en el 80,29 % de los encuestados. El 75,91 % percibe incomodidad por dolor en su boca y 62,77 % manifiesta problemas de incapacidad psicológica.

Así mismo, al comparar los resultados de este estudio con las investigaciones realizadas por Velázquez y cols⁴¹ quienes también utilizan el cuestionario OHIP-14, coinciden en las dimensiones más afectadas, aunque los ítems son diferentes. En un estudio realizado por Perea⁸³ se observó que las dimensiones que estaban mayormente afectadas fueron Limitación funcional con un 23,5%,

Dolor físico con 15,7% y la dimensión de Incapacidad física representada por un 11,7% y los problemas más frecuentes fueron dificultad para pronunciar palabras e incomodidad con las prótesis en 11,8%, dieta insatisfactoria, interrumpir comidas, sueño interrumpido en 7,8% de los pacientes, sentirse avergonzado y tener una vida insatisfactoria con una prevalencia de 3,9%.

No obstante las consideraciones hechas sobre el instrumento, los resultados de la evaluación de la CVRCBS son similares a los obtenidos por Díaz-Reissner y cols³ refirieron que en pacientes adultos la Calidad de Vida positiva está relacionada con la presencia de por lo menos 10 dientes en cada arcada, con preferencia de los dientes naturales, además agrega que su disminución afectan la capacidad de masticar, lo que tiende a aumentar el impacto negativo de la pérdida total de dientes. Estos resultados también coinciden con los de Masood y cols⁷⁵ quienes describen que el desdentamiento y el uso de prótesis estomatológica estaban relacionado con los puntajes elevados del OHIP.

Mediante este estudio fue posible estimar el impacto negativo que tienen las condiciones de salud bucal de los pacientes sobre la CVRCBS, valoradas como relevantes en la autopercepción de CV la dimensión Limitación funcional, específicamente la dificultad para masticar, la dimensión Dolor físico por la incomodidad al comer y la dimensión Malestar psicológico a partir de la autopercepción que generan los problemas bucales, estas valoraciones unidas a la caracterización de la población diana constituyen la base del nuevo instrumento que se propone para medir CVRCBS en pacientes desdentados.

IV.2 Discusión de los resultados de la evaluación de los instrumentos.

Cuando se explora el estado del arte, lo primero que se debe hacer es verificar la existencia de instrumentos aplicados en investigaciones anteriores, utilizados para

el mismo fin, que hayan sido validados en su momento, como parte del proceso investigativo.⁴²

Al menos 9 instrumentos para medir la salud bucodental relacionada a la Calidad de Vida fueron publicados después de la publicación en 1997 de los resultados de la conferencia "Measuring Oral Health and Quality of Life",⁸⁴ lo que confirma el creciente interés de la profesión odontológica hacia el tema. Pero el idioma de publicación y el origen de los artículos ponen en evidencia que esta área de la salud no ha recibido suficiente atención en la región de Latinoamérica.⁸⁵

El estudio referencial permitió identificar dos instrumentos genéricos que cumplieron los criterios de inclusión de la búsqueda, el Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP) y el Índice de Salud Bucal Geriátrico (GOHAI).

Los instrumentos de medición seleccionados son multidimensionales^{31,37-40,53} y tuvieron como base de su estructura a instrumentos de medición previos y a la clasificación de deficiencias y discapacidades,⁸⁵ procedimiento similar al optado en la presente investigación.

Si bien estos instrumentos presentan propiedades psicométricas adecuadas, requieren de validación a través de su uso en poblaciones y contextos.⁴² La evaluación de los mismos permitió identificar las particularidades más adecuadas al contexto cubano atendiendo a las características del sistema de salud, así como a los aspectos socioeconómicos y culturales de la población.⁸⁵

La evaluación de los instrumentos fue indispensable para orientar la investigación en los puntos críticos que influyen en la forma de evaluar la Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud.

Esta fase, dentro del procedimiento en la construcción de un nuevo instrumento de medida de salud, está avalado por Villavicencio y cols⁸⁶ quienes plantean que

la revisión de instrumentos utilizados en estudios anteriores permite identificar las herramientas que pueden ser de utilidad.

A su vez Muñiz y cols⁵⁹ plantean que se han desarrollado modelos de evaluación que se aplican a los test disponibles, con el fin de proporcionar información sobre sus puntos fuertes y aspectos a mejorar. Según el propio autor los estudios comparativos deberían utilizarse para comprender las semejanzas y diferencias, pero nunca para establecer comparaciones sin más.

Valderas y cols⁸⁷ plantean que existen más de 1270 instrumentos de resultados percibidos por los pacientes identificados en el ámbito internacional, los cuales varían notablemente en cuanto a su contenido, los métodos seguidos para su obtención, sus propiedades métricas, las necesidades para su aplicación y su uso efectivo.

Se han realizado numerosas propuestas para sistematizar la evaluación de los instrumentos tanto por parte de investigadores independientes como auspiciadas por sociedades científicas. De esta forma siguiendo las recomendaciones del Comité Científico del Medical Outcomes Trust,⁸⁷ Escobar Pérez y cols⁵⁷ proponen una evaluación de los instrumentos que fue la adoptada en la presente investigación.

Que el OHIP haya obtenido la mayor puntuación en la evaluación está en correspondencia con la tendencia internacional de considerar al OHIP como el instrumento más robusto avalado por su utilización en más de 30 países.^{68,74} No obstante, aunque ambos instrumentos miden CVRCBS, cada uno tiene sus particularidades que lo diferencian.

El Osta y cols, citados por Velázquez,²⁸ 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 bucal.

Degrandi y cols⁵⁴ hacen referencia a un estudio comparativo en el que se señala que el OHIP hace mayor énfasis en los factores psicosociales que en el GOHAI, lo que en muchas ocasiones motiva la selección de uno sobre otro. Sin embargo, la versión OHIP-14 fue criticada por tener una capacidad limitada para detectar cambios del impacto de la CVRCBS entre los pacientes portadores de prótesis estomatológicas removibles.

El GOHAI se centra en preguntas referentes a las limitaciones funcionales bucales, malestar y dolor, mientras OHIP-14 se centra en preguntas relacionadas con la capacidad psicológica y efectos de comportamiento.⁸⁸

Estos resultados muestran que cada instrumento es creado desde una base teórica conceptual, con una definición de sus objetivos y la población a la cual va dirigido.

Los evaluadores se inclinaron más hacia los elementos que componen al OHIP, como adecuados para tomarlos como base en la construcción de un instrumento específico y autóctono que permita evaluar CVRCBS en pacientes desdentados en Cuba.

Al analizar cada uno de los indicadores que se tuvieron en cuenta para evaluar los instrumentos los que obtuvieron el menor valor evaluativo están relacionados con la adecuación y relevancia de los ítems para evaluar CVRCBS desde la perspectiva sociocultural de la evaluación, ya que cada cultura y contexto exhibe

sus particularidades que se manifiestan en el actuar y pensar de los sujetos, en este caso los evaluadores, así como las preguntas que componen cada instrumento, 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 el componente bucal de la Salud.⁵⁹ El hecho de que la mayoría de estos cuestionarios o instrumentos de CVRCBS hayan sido desarrollados principalmente en Estados Unidos, seguidos del Reino Unido, se hace necesario que, para poder utilizar estas medidas en Cuba, deba realizarse un proceso de traducción y la adaptación a la cultura e idiosincrasia de los cubanos.⁸⁹

IV.3 Discusión de los resultados del diseño del Instrumento.

Mediante la primera etapa fue posible estimar el impacto negativo que tienen las condiciones del estado de salud bucal de los pacientes desdentados sobre la CVRCBS.

La construcción de un instrumento de medida basado únicamente en el juicio de los expertos condiciona la inclusión de ítems que recogen impactos severos pero pocos prevalentes.¹⁴

Los resultados obtenidos permitieron ajustar la forma de preguntar y agrupar algunos de los problemas planteados de forma tal que el contenido del nuevo instrumento se ajustara a las percepciones de bienestar específico de este perfil clínico determinado. El método utilizado en la investigación garantizó la capacidad descriptiva y evaluativa del nuevo instrumento, ya que se basó en impactos previamente referidos y por tanto relevantes en la población de referencia.

Otro punto a destacar es que, si bien la mayoría de los estudios mostró una adecuada correlación entre los ítems que componen las dimensiones de los instrumentos, sólo en pocos de ellos la selección de dichas dimensiones y de los ítems que las componen derivaron de entrevistas y análisis cualitativos.^{14,90}

Esto sugiere que la mayoría de los instrumentos se centran en las opiniones profesionales, en vez de que sean los pacientes los que lleven la iniciativa y la creación de los valores que rijan los instrumentos. Mientras estos aspectos no sean atendidos, es probable que las dimensiones medidas no sean las más adecuadas para reflejar las prioridades, percepciones y sistemas más relevantes a los pacientes.⁸⁵

No existe una metodología única para el diseño y validación de instrumentos de medida en salud,^{10,43,59} ésta varía en función del propósito del instrumento de medida.

En concordancia con lo expresado por Gill M y Feinstein R, citados por Caballero y cols,⁸⁵ en una evaluación de instrumentos para medir Calidad de Vida, mostraron que el desarrollo de cada nuevo instrumento forma parte de un complejo proceso caracterizado por pasos que requieren mucho tiempo y trabajo, entre ellos, la selección y reducción de ítems, pre-test, evaluación de la reproducibilidad y validez. Pasos todos que desde el punto de vista cuantitativo les han proporcionado propiedades indispensables para la utilización de los mismos.⁸⁵ La metodología seguida en el desarrollo del nuevo instrumento es similar a la empleada por Fernández.¹⁴

La formulación del nuevo instrumento se basó teóricamente, al igual que OHIP y otros instrumentos, en la interpretación que Locker adaptó para estomatología, de la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías

(CIDDM) de la OMS,³⁷ en el que estableció tres niveles jerárquicos de impactos según el grado de afectación del 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.

En varios estudios⁹¹⁻⁹³ la pérdida de dientes se asocia al deterioro en las mediciones de la Calidad de Vida relacionadas con el componente bucal de la Salud, ya que los dientes tienen un papel importante en la apariencia facial, el habla y la capacidad de comer. Por ende, el desdentamiento influye negativamente no sólo en las funciones bucales, sino también en la vida social y las actividades del día a día. Una función bucal comprometida se relaciona con la disminución de la autoestima y una disminución en el bienestar psicosocial.^{80,94,95}

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, lo que dificulta su evaluación, además, el envejecimiento cuestiona las representaciones simbólicas del aspecto ideal de la salud bucal lo que influiría en la autopercepción de sujetos adultos desdentados.⁸⁰

Al analizar los resultados obtenidos se observa que la condición de desdentado

provoca que los individuos reconozcan que esta situación tiene un impacto en su Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud. Lo que coincide con lo expresado por otros autores como Jain y Gerritsen y Kotzer, citados por Márquez⁷⁹ acerca de la pérdida de dientes, asociada al deterioro en las mediciones de CVRCBS.

El desdentamiento total es el causante del mayor cambio facial. La musculatura peribucal se encuentra soportada por los dientes y el tejido alveolar adyacente. La pérdida de dientes conduce a una resorción 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, que genera una paulatina transformación de la morfología facial. La presencia de menos tejido óseo en el maxilar disminuye la altura de la cara y provoca que la mandíbula se vea más prominente.⁷⁹

El desdentamiento no es el punto final del deterioro de la cavidad bucal, pero puede ser el punto de partida de otra espiral o circuito de deterioro que incluirá el uso de prótesis mal ajustadas (lo que puede dar lugar a lesiones en la mucosa bucal, si la presencia de zonas de irritación es combinada con el consumo de alcohol y el tabaquismo) y un mayor riesgo de que estas lesiones de los tejidos blandos se malignicen y se desarrolle algún tipo de cáncer en la cavidad bucal. Cuando este tipo de condición se combina con el uso de algunos medicamentos se puede afectar la función de las glándulas salivales; la disminución del flujo salival en la boca hará que la deglución, el habla y portar prótesis sea incómodo y aumente el nivel de irritabilidad sobre la mucosa por la falta de lubricación.⁹⁶

Durante el envejecimiento las condiciones bucales pueden estar determinadas por una serie de efectos adversos como son halitosis, dificultad para articular palabras

debido al uso de prótesis mal ajustadas o a la falta de uso de las mismas, lo que también dificulta el acto de comer y en consecuencia la Calidad de Vida.⁹⁶

Cuando las condiciones de salud bucal no son óptimas, las funciones de la boca se pueden ver afectadas en diferentes grados de intensidad y dimensiones, lo cual hace de esta relación un fenómeno que se percibe de manera distinta por cada persona; de la misma manera, cada individuo se ve afectado de manera diferente por condiciones clínicamente similares.^{77,97,98}

Es sabido que las prótesis totales maxilares y mandibulares han sido el estándar tradicional para la rehabilitación de los pacientes desdentados por más de un siglo,⁹⁹ pero muchos no se adaptan a las prótesis removibles, especialmente a la prótesis mandibular. Esto se debe principalmente a que la resorción ósea de la cresta residual continúa durante toda la vida, especialmente en la mandíbula donde la atrofia ósea puede llegar a ser muy importante, lo que genera un serio desafío en la rehabilitación protésica de pacientes desdentados.^{100,101}

La funcionalidad de la prótesis estomatológica significa salud para el paciente y mejoría de su Calidad de Vida. Otro objetivo fundamental es evitar que el resto de las estructuras dentarias del aparato masticatorio sufran deterioros.¹⁰²

Una prótesis estomatológica con problemas mecánicos que atentan contra la calidad de la misma es también capaz de producir lesiones en la mucosa bucal.¹⁰³

El grado de satisfacción del portador de prótesis estomatológica no será igual si aparecen lesiones en la mucosa bucal porque estas podrán ocasionar molestias e inadaptación con la aparatología que incluso podrán llevarlo a retirársela, lo cual sería un fracaso del tratamiento rehabilitador y conducir a una valoración negativa de la CVRCBS.^{104,105}

Los resultados de este estudio coinciden con los obtenidos por Ugarte y cols,¹⁰² los cuales señalan que los individuos desdentados, antes de realizada la rehabilitación protésica estomatológica, manifestaron inconformidad en su aspecto físico, dificultad para masticar y para tragar, su digestión no se hacía bien y no podían hablar bien. En cuanto a los aspectos afectivos y de relaciones sociales esas personas refirieron no sentirse plenas al acudir a una reunión o restaurante, de esta forma su situación bucal repercute en la vida familiar y en el ámbito profesional.

IV.4 Discusión de los resultados de la aplicación de la Técnica del Grupo Nominal.

Los métodos de consenso son ampliamente utilizados en las investigaciones de salud pública para evaluar tecnologías sanitarias, para establecer protocolos de procedimientos diagnósticos, terapéuticos, para desarrollar guías de prácticas clínicas, protocolos de actuación en los servicios de atención primaria,¹⁰⁶⁻¹⁰⁸ como es el caso de las investigaciones de Fernández¹⁴ y Navarro¹⁰⁹ en Cuba.

En la educación médica también son muy usados estos métodos de consenso tanto a nivel nacional como internacional para determinar los componentes de un nuevo plan de estudio, en la modificación de un plan de estudio ya hecho, para perfilar elementos de un instrumento de evaluación educativa, para desarrollar recursos educativos, para definir competencias y actividades profesionales confiables.¹¹⁰

Se justifica la utilización de los métodos de consenso a partir de la idea de que la mejor manera de lograr un resultado preciso y confiable es consultar un grupo de expertos o personas implicadas en el asunto que puedan aportar conocimientos, nuevas experiencias e ideas novedosas.^{111,112}

La Técnica de Grupo Nominal, traducción del término anglosajón Nominal Group Technique (NGT), fue dada a conocer en el año 1968 y se atribuye su creación principal a Delbecq y Van de Ven, con el objetivo de mejorar el desarrollo de reuniones de trabajo y su dinamización operativa, buscando la productividad exigible a las mismas.¹¹⁰

Es una técnica creativa empleada para facilitar la generación de ideas y análisis de problemas. Este análisis se lleva a cabo de un modo altamente estructurado, lo que permite que al final de la reunión se alcancen un buen número de conclusiones sobre las cuestiones planteadas.¹¹¹

La Técnica del Grupo Nominal combina aspectos del voto secreto con una limitada discusión que permite lograr consenso y conseguir una decisión de equipo, es muy útil en situaciones donde los juicios u opiniones individuales deben expresarse y combinarse para llegar a decisiones que no puede generar una sola persona.¹⁰⁷ Es una estrategia para conseguir información de una manera estructurada, en la cual las ideas son generadas en un ambiente exento de tensión, garantiza una participación balanceada de todas las personas del grupo, por lo que se aprovecha al máximo el conocimiento y la experiencia de cada uno de los participantes.¹¹³

Para determinar la cantidad de personas incluidas en el grupo se siguieron criterios como los de Escudero Sánchez¹¹¹ y Pérez Andrés¹¹⁴ quienes sostienen que las técnicas de consenso, como esta, no llevan un diseño muestral estricto, donde las personas son elegidas sin que intervenga el azar y la determinación del tamaño del grupo no es representativo numéricamente de la comunidad de profesionales que podrían opinar. Según Huerta,¹¹⁵ en contraste con el grupo focal, otra de las técnicas de la investigación cualitativa, no se requiere que los

grupos conformados sean homogéneos en sus características y expresa que la participación fluctúa entre 4 y 10 personas por grupo. Por su parte Humphrey, citado por Bonal y cols¹⁰⁶ plantean que pueden conformarse grupos de 5 y 12 personas. Todo lo anterior justifica la composición del grupo empleado.

IV.5 Discusión de los resultados de la Validación.

IV.5.1 Discusión de los resultados de la aplicación del método Delphi.

Por su importancia y complejidad de aplicación, la validación de instrumentos está considerada como un tipo de estudio dentro de los de intervención, es decir, al mismo nivel de los experimentales, cuasi-experimentales, entre otros.¹¹⁶

El cuestionario es un instrumento para la recogida de información, diseñado para cuantificarla y universalizarla. Por esta razón, el momento de la validación tiene gran importancia, pues los resultados que se obtienen de su aplicación, pueden falsear la investigación, y con ello, acarrear consecuencias fatales en los estudios, en el orden social, constructivo, vida de un paciente, entre otros.⁴³

Actualmente no existe una guía estándar para validar medidas de salud, sin embargo, se utilizan criterios diseñados en ciencias de psicología y educación.^{42,59}

La manera de validar un instrumento varía según el tipo y objetivo del instrumento.^{12,20,45}

La mayoría de los autores coinciden en que, para considerar válida una escala de medición en salud, esta debe cumplir una serie de características como la sencillez, la utilidad (viabilidad), y la aceptación por parte de los pacientes e investigadores, al mismo tiempo que debe satisfacer otros requerimientos íntimamente relacionadas con las dos grandes propiedades psicométricas determinantes en todo instrumento: la fiabilidad y la validez.^{89,117-120} La selección

de los métodos y análisis estadísticos va a depender en parte, de la disponibilidad de recursos de los investigadores.

La metodología utilizada en el diseño y validación del ICVD es similar a la de otras investigaciones en las que se han obtenido instrumentos válidos y confiables.^{12,14,20,47}

Muchas investigaciones coinciden en la utilización del criterio de expertos para determinar la validez de la propuesta.^{10, 42, 121,122}

El método Delphi ha demostrado su eficacia,^{123,124} y ha sido utilizado de forma consistente en la validación de instrumentos,^{125,126} por lo que fue pertinente aplicarlo en esta investigación, de igual forma Cabero, citado por Reyes y cols,¹²³ recomienda este método de validación cuando se desea mantener la heterogeneidad de los jueces a fin de asegurar la validez de los resultados, así como para hacer posible participar a expertos que se encuentran físicamente dispersos. Bonal Ruiz y cols¹⁰⁶ citan a Humphrey-Murto y colegas, quienes, en una revisión realizada en el año 2017, refieren que el 75% de las investigaciones de educación médica, usan el método Delphi. Además, en la realización metodológicamente adecuada de esta técnica recae, en la mayoría de las ocasiones, el único indicador de validez de contenido del posible instrumento de recogida de información desarrollado.⁵⁷

En lo referente a la determinación de los expertos, no existe un consenso sobre el número óptimo de expertos en un desarrollo Delphi. García Ruiz y cols⁶² citan varios autores como Pawlowski, quien propone un tamaño de panel comprendido entre los diez y los 18 expertos, Malla establece que debe ser entre 15 y 25 expertos y Landeta un número máximo de 30 expertos, por lo que se considera apropiado el número de expertos utilizados en la investigación.

En cuanto al procesamiento estadístico, cuando se trata de evaluar o determinar la pertinencia de indicadores expresados en escala ordinal, se sugiere aplicar el modelo matemático de Torgerson,¹²⁷ que permite llevar las escalas ordinales a escala de intervalos y así conocer en que intervalo numérico se encuentran cada una de dichas categorías cualitativas para conocer el grado de pertinencia de los indicadores, y en general la propuesta realizada.¹²⁸⁻¹³⁰ Este procesamiento ha sido utilizado por Pelegrín Rodríguez y cols,⁴⁸ García Ruiz y cols,⁶² Poveda,¹³⁰ Gómez Ravelo y cols¹³¹ y Ros Santana.¹³²

Se considera, por tanto, que la valoración de los expertos mediante el método Delphi es adecuada para juzgar la capacidad del instrumento propuesto, lo que verifica la validez de contenido y asegura la validez de construcción.

IV.5.2 Discusión de la Técnica de ladov.

La Técnica de ladov^{63,133} constituye una vía indirecta para el estudio de la satisfacción de los especialistas encuestados acerca del Instrumento de Evaluación de Calidad de Vida en Pacientes Desdentados, dirigido a garantizar el diagnóstico integral de los pacientes portadores de prótesis estomatológicas. De esta forma la aplicación de la Técnica de ladov constituye una herramienta de gran valor para determinar la validez de la propuesta.

Aunque esta técnica tiene una mayor difusión en investigaciones del ámbito pedagógico,^{134,135} su fundamento teórico y metodología justifican su utilización para corroborar la validez de la propuesta del nuevo instrumento de medida. De esta forma los resultados de este estudio coinciden con Hernández-Leonard¹³⁴ y Fernández de Castro y col¹³⁶ quienes obtienen un Índice de Satisfacción Grupal (ISG) elevado.

En la presente investigación el ISG en relación con el Instrumento propuesto es satisfactorio, lo cual humaniza aún más los resultados de la validez del Instrumento creado y reafirma la utilidad práctica de la propuesta.

IV.5.3 Discusión de los resultados del estudio de fiabilidad.

La fiabilidad de una escala se refiere a la capacidad que tiene para medir de forma consistente y precisa la característica que pretende medir. Un cuestionario es fiable si cada vez que se mide a los mismos sujetos se obtiene el mismo resultado.¹³⁷ Pero al medir sujetos surge un problema que no es tan evidente cuando se miden objetos: los sujetos son cambiantes; de modo que no es fácil saber si la variabilidad en las mediciones obtenidas se debe a la imprecisión del cuestionario, o a los cambios operados en los sujetos. Las medidas de fiabilidad intentan cuantificar qué cantidad de la variabilidad de las mediciones obtenidas con un cuestionario (puntuaciones observadas) se debe a las puntuaciones verdaderas y qué cantidad se debe a los errores de medida. El análisis de fiabilidad se ocupa de la precisión del instrumento, es decir, de los errores incontrolables, inevitables e impredecibles asociados a todo proceso de medida. Por tanto, puede decirse que un instrumento (cuestionario) es fiable si sus mediciones reflejan exactamente los valores verdaderos del constructo o característica que se investiga.^{44,89,138}

Según la calificación establecida, el valor de alfa de Cronbach obtenido denota alta confiabilidad ya que, usualmente, son preferidos valores de alfa entre 0,80 y 0,90.⁸⁶ Otros autores⁴² opinan que una buena consistencia interna debería ofrecer un coeficiente mayor o igual que 0,7, por lo que el alfa de Cronbach obtenido es suficiente para garantizar la fiabilidad del Instrumento.

Los resultados obtenidos en la investigación son comparables con otros estudios en los que se han desarrollado nuevos instrumentos como el de Martín,¹³⁹ quien elaboró un cuestionario para evaluar la adherencia terapéutica y obtuvo un alfa de Cronbach de 0,889, también el desarrollado por Bayarre y cols¹² presentó coeficientes alfa de Cronbach entre 0,8 y 0,9 valores que corresponden a la misma categoría que el obtenido en este trabajo. Sin embargo, el alfa de Cronbach que se obtuvo en el cuestionario de satisfacción de usuarios en servicios de estomatología de Capote Femenías y cols²⁰ fue de 0,732, valor considerado aceptable.

Un aspecto a destacar es que los resultados de esta investigación son similares a estudios de validación de los instrumentos genéricos OHIP y GOHAI, que fueron utilizados como base para el diseño de la nueva propuesta, y que mostraron valores del alfa de Cronbach superiores a 0,85.^{44,140}

Los resultados de la prueba-reprueba por su parte, demostraron que tanto el ICVD total como sus dimensiones, tienen una excelente estabilidad, los valores muy significativos del CCI y del coeficiente de correlación de Pearson permiten indicar que el Instrumento es confiable, en concordancia con los estudios de Fernández,¹⁴ Gallegos y cols,⁴⁷ Sánchez y cols¹⁴¹ y Tipán y cols.¹⁴²

Al tener en consideración que los sujetos que participaron en el estudio piloto comprendieron la totalidad del cuestionario y que el Instrumento no carecía de contenido importante, se confirmaron la validez de contenido y la validez aparente del ICVD.

La rigurosidad del proceso de diseño y validación y los valores de consistencia interna y correlación obtenidos, podrían conferir al Instrumento validez predictiva suficiente para estimar el grado de correlación con aplicaciones futuras.

CONCLUSIONES

- Se identificaron como dimensiones de la CVRCBS relevantes para los pacientes la limitación funcional y el malestar psicológico.
- Los instrumentos existentes para evaluar CVRCBS se han desarrollado en países anglosajones y son culturalmente diferentes a la idiosincrasia de la población cubana.
- Se diseñó un Instrumento multidimensional y específico para evaluar la Calidad de Vida en pacientes con pérdida dentaria.
- El Instrumento diseñado es una medida aceptable, fiable y válida que permite medir, cuantificar y calificar el espectro de consecuencias derivadas del desdentamiento.

RECOMENDACIONES

- Generalizar el Instrumento diseñado a los servicios de rehabilitación protésica estomatológica en todos los niveles de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Catalina Aguayo MF, Aliaga D, Antileo M, Nass L. Conocimientos, actitudes, conductas y estado de salud oral del adulto mayor del gran Concepción. Rev ANACEO [Internet]. 2015 [citado 22 octubre 2019]; 1(1): [aprox. 30p.]. Disponible en: <http://revista.anaceo.cl/index.php/anaceo/article/view/2>.
 2. Porto Puerta I, Díaz Cárdenas S. Repercusiones de la salud bucal sobre calidad de vida por ciclo vital individual. Acta Odontológica Colombiana [Internet]. 2017 [citado 22 octubre 2019]; 7(2):49-64. Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/66369/pdf>.
 3. Diaz-Reissner CV, Casas-García I, Roldán-Merino J. Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral: Impacto de Diversas Situaciones Clínicas Odontológicas y Factores Socio-Demográficos. Revisión de la Literatura. International journal of odontostomatology [Internet]. 2017 [citado 22 octubre 2019]; 11:31-9. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2017000100005&nrm=iso.
 4. Salinas P, Farias A, González X, Rodríguez C. Calidad de vida relacionada en salud: Concepto y evaluación en pacientes con ventilación mecánica no invasiva. Neumología Pediátrica [Internet]. 2017 [citado 6 abr 2019]; [aprox. 12p.]. Disponible en: <https://www.neumologia-pediatria.cl/wp-content/uploads/2017/06/CalidadVida.pdf>.
 5. Robles-Espinoza AI, Rubio-Jurado B, De la Rosa-Galván EV, Nava-Zavala AH. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. El Residente [Internet]. 2016[citado 9 dic 2019] [citado 6 abr 2020]; 11(3):120-5. Disponible en: <http://www.medigraphic.org.mx>.
-

6. Dominguez-Crespo C, Crespo-Crespo C, Vallejo-Aguirre F, Garcia-Rupaya C, Evangelista-Alva A, del Castillo- López C. Aspectos socio demográficos y calidad de vida en salud Bucal, del personal del municipio de Azogues – Ecuador. Rev Estomatol Herediana [Internet]. 2019[citado 22 octubre 2019]; 29(1): [aprox.10p.] Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1019-43552019000100002&script=sci_arttext.
 7. Neacato Villavicencio WF. Influencia de problemas bucodentales sobre el estado nutricional y calidad de vida en adultos mayores del hospital de atención integral al adulto mayor de la ciudad de quito. [Tesis] Universidad Central del Ecuador Facultad de Odontología [Internet]. 2018[citado 22 octubre 2019]; [aprox.258p.]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/14409/1/T-UCE-015-873-2018.pdf>.
 8. Piñol Jané A, Sanz Carrillo C. Importancia de la evaluación de la calidad de vida en atención primaria. Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2014[citado 22 octubre 2019]; 27(supl 3):49-55. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroen-terologia-hepatologia-14-articulo-importancia-evaluacion-calidad-vida-atencion-13058930>.
 9. Segura Cardona Á, de la Hoz R. Instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral: una revisión sistemática. Salud Uninorte Barranquilla (Col) [Internet]. 2017[citado 22 octubre 2019]; 33(3):504-16. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/8141/214421442313>.
-

10. Cruz Avelar A, Cruz Peralta ES. Metodología para la construcción de instrumentos de medición en salud. *Pediátricas* [Internet]. 2017 [citado 22 octubre 2019]; c26(3):100-5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/alergia/al-2017/al173d.pdf>.
 11. Falcón Lincheta L, Morales Jiménez E, Rodríguez Cruz Y, Quevedo Fonseca C. Cuestionario cubano para la evaluación de la calidad de vida del paciente con afecciones dermatológicas. *Rev cuba med mil* [Internet]. 2008 abr-jun [citado 22 octubre 2019]; 37(2): [aprox. 8p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572008000200011&lng=es.
 12. Bayarre Veá HD, Álvarez Lauzarique ME, Díaz Marrero JC, Pérez Piñero JS, Almenares Rodríguez K, Pría Barros MdC. Instrumento para la evaluación del proceso de atención al adulto mayor en el consultorio del médico y la enfermera de la familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2016 [citado 22 octubre 2019]; 32:[aprox. 8p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000100004&nrm=iso.
 13. Castillo Guzmán A, Arocha Mariño C, Castillo Arocha I, Cueto Cañabate ME, Armas Rojas NB. Propuesta de un instrumento para medir calidad de vida relacionada con la salud en instituciones sanitarias cubanas *Rev Cubana Invest Bioméd* [Internet]. 2009 abr-jun [citado 22 octubre 2019]; 28(2): [aprox. 8p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000200003.
-

14. Fernández Concepción O. Diseño de un instrumento para valorar la calidad de vida en supervivientes a un ictus. [tesis doctoral internet]. La Habana: Instituto de Neurología y Neurocirugía 2009 [citado 9 dic 2019]; [aprox. 123p.]. Disponible en: <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=469>.
 15. Martínez-Triana R, Martínez-Rodríguez M, Guerra-Romero C, Guerra-González EM, Machado-Almeida T, Machín-García S, et al. Cuestionario para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de adultos con drepanocitosis. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter [Internet]. 2012 dic [citado 22 octubre 2019]; 28(4):385-97. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892012000400007&lng=es.
 16. Sosa MC, Mojáiber A, Barciela MC, García M, Rojo M, Morgado DE, et al. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017.
 17. Jiménez Quintana Z, Justo Díaz M, Quesada Peña S, Ortiz Palacios Y. Influencia del edentulismo en la calidad de vida del adulto mayor. III Convención de Salud PDF 528 [Internet]. 2018 [citado 22 octubre 2019]; [aprox. 10p.]. Disponible en: <http://convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/viewPaper/776>.
 18. Rodríguez Fuentes M, Arpajón Peña Y, Herrera López IB, Justo Díaz M, Jiménez Quintana Z. Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis parcial removible acrílica. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2016 [citado 22 octubre 2019]; 53(4): [aprox. 10p.]. Disponible en:
-

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100007&lng=es.

19. Justo Díaz M, Jiménez Quintana Z, Almagro Urrutia Z, Sánchez Silot C. Calidad de vida en el adulto mayor con prótesis dental implantoretenida de carga inmediata. Medisur [Internet]. 2019 [citado 22 octubre 2019]; 17(6): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4190>.
 20. Capote Femenías JL, Peña Rosell A, Barrios Pedraza T, LLanes Bugallo G, López Ramil N. Construcción y validación del cuestionario Satisfacción de los usuarios en servicios de Estomatología. MediSur [Internet]. 2019[citado 22 mayo 2020]; 17(1):84-94. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2019000100084&nrm=iso.
 21. Dávila Torres FR. Adaptación y validación del cuestionario de calidad de vida “Perfil de Impacto de Salud Bucal” (OHIP-14) en ecuatorianos mayores de 40 años de edad. [Tesis]. Ecuador: Facultad de Odontología UDLA. [Internet]. 2017 [citado 9 dic 2019]; [aprox. 85p.]. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/6670/1/UDLA-EC-TOD-2017-50.pdf>.
 22. Concha Sánchez S. Los factores relacionados con la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados de Bucaramanga. UstaSalud [Internet]. 2017[citado 9 dic 2019]; 16:7-16. Disponible en: http://revistas.ustabuca.edu.co/index.php/USTASALUD_ODONTOLOGIA/article/view/2015.
-

23. Madrigal de Torres M, Velandrino Nicolás A, Ruzafa Martínez M. Evaluación de estudios de Calidad de Vida relacionada con la salud. [Internet]. 2017 [citado 9 dic 2019]; [aprox. 60p.]. Disponible en: <https://sms.carm.es/ricsmur/bitstream/handle/123456789/541/asbe-18.pdf?sequence=18&isAllowed=y>.
 24. Bayarre Veja HD. Calidad de vida en la tercera edad y su abordaje desde una perspectiva cubana. Investigación. [Internet]. 2009 [citado 9 dic 2019]; [aprox. 5p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol35_4_09/spu10409.htm.
 25. Noroña Campoverde EC. Estudio comparativo en calidad de vida en pacientes mayores a 50 años, con afecciones bucodentales atendidos en la Clínica Integral de la F.O. "UCE" vs Consultorios Privados de la Loma de Puengasí, periodo 2017-2018. [Tesis] Universidad Central Del Ecuador. Facultad De Odontología [Internet]. 2018 [citado 9 jun 2020]; [aprox. 78p.]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/16631/1/T-UCE-0015-ODO-045.pdf>.
 26. Reinoso-Vintimilla N, Del Castillo-López C. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de Sayausí, Cuenca Ecuador. Rev Estomatol Herediana [Internet]. 2017 [citado 9 jun 2020]; 27(4):227-34. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v27n4/a04v27n4.pdf>.
 27. Porto Puerta I, Díaz Cárdenasa S. Repercusiones de la salud bucal sobre calidad de vida por ciclo vital individual. Acta Odontológica Colombiana [Internet]. 2017 [citado 6 abr 2019]; 7(2):49-64. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocoll>.
-

28. Velázquez-Olmedo LB, Ortíz-Barrios LB, Cervantes-Velázquez A, Cárdenas-Bahena Á, 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 [Internet]. 2014[citado 6 abr 2019]; [citado 6 abr 2019]; 42(4):448-56. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im144t.pdf>.
 29. Urzúa A, Caqueo-urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia psicológica [Internet]. 2012 [citado 6 Abr 2019]; 30(1):61-71. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000100006&script=sci_arttext.
 30. Cerón-Bastidas X. Relación de calidad de vida y salud oral en la población adolescente. Rev CES Odont [Internet]. 2018[citado 6 abr 2019]; 31(1):38-46. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/4233>.
 31. Benitez I. La evaluación de la calidad de vida: retos metodológicos presentes y futuros. Papeles del Psicólogo [Internet]. 2016 [citado 6 abr 2020]; 37(1):69-73. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2664.pdf>.
 32. Sabando V, Albala C. Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral y Autopercepción de Salud: Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud 2015-2016 en Chile. Int J Odontostomat [Internet]. 2019 [citado 6 abr 2020]; 13(3): [aprox. 12p.]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-81X2019000300338&script=sci_arttext&tlng=p.
 33. Shumaker SA, Berzon RA. The International Assessment of Health related quality of life. Theory, Translation, Measurement and Analysis. New York:
-

- Rapid Communication.[Internet]. 1993 [citado 6 abr 2020]; [3-10 pp.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1377009/pdf/jmedeth00303>.
34. Urzúa MA. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev méd Chile [Internet]. 2010 [citado 6 abr 2019]; 138(3): [aprox. 10p.]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017.
35. Boletín sobre los discapacitados No2/1999. United Nations Enable [Internet]. [citado 6 jun 2019]; [aprox. 6p.]. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/dpbe19992c.htm>.
36. Clasificación Internacional del funcionamiento y la discapacidad, Beta-2. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 1999 [citado 6 jun 2019]; [aprox. 6p.]. Disponible en: <http://www.who.int/icidh/index.htm>.
37. Vaz Leal FJ, Cano Carrasco MA. Clasificación de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. [Internet]. 2017 [citado 6 jun 2019]; [aprox. 9p.]. Disponible en: <https://www.corazonyvida.org/wp-content/uploads/Clasificaci%C3%B3n-de-las-deficiencias-discapacidades-y-minusval%C3%ADas.pdf>.
38. Díaz-Cárdenas S, Meisser-Vidal MA, Tirado Amador LR, Fortich-Mesa N, Tapias-Torrado L, González-Martínez FD. Impacto de Salud Oral sobre Calidad de Vida en Adultos Jóvenes de Clínicas Odontológicas Universitarias. Int J Odontostomat [Internet]. 2017 [citado 20 ene 2019]; 11(1):5-11. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2017000100001&script=sci_arttext&tlng=e.
-

39. Brisso Véliz C. Análisis de calidad de vida asociada a salud bucal en base a la ENCAVI 2015-2016. [Tesis] Universidad de Talca (Chile) Escuela de Odontología [Internet]. 2020 [citado 6 jun 2020]; [aprox 90p.]. Disponible en: <http://dspace.otalca.cl/handle/1950/12134>.
 40. Preciado Uribe A. Estudio clínico para el desarrollo de un cuestionario específico, preciso y eficaz para evaluar la calidad de vida asociada al estado de salud oral en usuarios de implantoprótesis [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Complutense [Internet]. 2014 [citado 20 Ene 2019]; [aprox. 120p.]. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/28427/1/T35746.pdf#page=51>.
 41. Velásquez Ponce L, Gallardo Bastidas JC. Calidad de vida relacionada a salud oral en pacientes portadores de prótesis total. Clínica UCSG 2014. Conrado [Internet]. 2018 [citado 22 mar 2020]; 14(61):161-164. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442018000100025.
 42. López Fernández R, Avello Martínez R, Palmero Urquiza DE, Sánchez Gálvez S, Quintana Álvarez M. Validación de instrumentos como garantía de la credibilidad en las investigaciones científicas. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]. 2019[citado 22 mar 2020]; 48(2sup):441-50. Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/390/352>.
 43. Martín Arribas MC. Diseño y validación de cuestionarios. Matronas Profesión [Internet]. 2004 [citado 22 mar 2020]; 5(17):23-9. Disponible en: http://www.enferpro.com/documentos/validacion_cuestionarios.pdf.
 44. Moral de la Rubia J, Rodríguez Franco NI. Consistencia interna y estructura factorial del Perfil de Impacto de Salud Oral aplicado a la enfermedad periodontal en una muestra de población general de adultos mexicanos.
-

- Universitas Odontológica [Internet]. 2017 jul-dic [citado 22 mar 2020]; 36(77):1-20. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231254499015>.
45. Cruz Valdez G. Validación de Instrumento para medir hábitos de estilo de vida en estudiantes de la Universidad de Montemorelos. [Tesis] Universidad de Montemorelos. Facultad de Ciencias de la Salud [Internet]. 2016 [citado 22 mar 2020]; [aprox. 80p.]. Disponible en: <http://dspace.biblioteca.um.edu.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.11972/672/TESIS%20GABRIEL%20CRUZ%20VALDEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
46. Molina-Achury N, Forero-Nieto S, Ramos-Caballero DM, Benavides-Piracón J, Quintana-Cortés MA. Diseño y validación de un instrumento de evaluación de condiciones de salud y trabajo de los fisioterapeutas en Colombia. Rev Fac Med [Internet]. 2016 [citado 22 mar 2020]; 64(3Sup):59-67. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/51655/58847>.
47. Gallegos-Zurita¹ M, Mazacon B, Troncoso L. Diseño y validación del cuestionario U-PlanMed para identificación del uso de plantas medicinales en Babahoyo, Ecuador. An Fac med [Internet]. 2016 [citado 22 mar 2020]; 77(3):207-12. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v77n3/a02v77n3.pdf>.
48. Pelegrín Rodríguez A, Reyes Hernández I, Pompa Ríos LM, Gámez Azaharez Y, Álvarez Rodríguez JM, Dupotey Varela NM. Diseño y validación de un cuestionario para la determinación de necesidades educativas en pacientes. Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas [Internet]. 2016 [citado 22 mar 2020]; 47(1):77-96. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=57956609007>.
-

49. Herrería Terán T. Adaptación, validación y confiabilidad de una escala de calidad de vida (QoLFAST-10) en Ecuador para usuarios de prótesis implantosoportadas. Quito: UCE [Internet]. 2020 [citado 22 jun 2020]; [aprox. 8p.]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/20431>.
 50. Villasís-Keever MÁ, Márquez-González H, Zurita-Cruz JN, Miranda-Novales G, Escamilla-Núñez A. El protocolo de investigación VII. Validez y confiabilidad de las mediciones. Rev Alerg Mex [Internet]. 2018 [citado 22 jun 2020]; 65(4):414-21. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=cc9b7005-0a1a-4c0b-fef-4694ded9cf41%40sessionmgr104>.
 51. Escofet A, Folgueiras P, Luna E, Palou B. Elaboración y validación de un cuestionario para la valoración de proyectos de aprendizaje-servicio. Revista Mexicana de Investigación Educativa [Internet]. 2016 [citado 22 jun 2020]; [aprox. 8p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmie/v21n70/1405-6666-rmie-21-70-00929.pdf>.
 52. Chango Saquina MJ. Validación del indicador en salud oral en geriatría (GOHAI) en adultos mayores de la Parroquia de Chillogallo. [Tesis] Quito: UCE [Internet]. 2017 [citado 22 jun 2020]; [aprox. 83p.]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/12539/1/T-UCE-0015-727.pdf>.
 53. Castrejón Pérez R, Borges Yañez S. Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal. Rev Panam salud. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2010 [citado 22 ene 2020]; 27(5): [aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n5/a01v27n5.pdf>.
 54. Degrandi V, Bentancourt M, Fabruccini A, Fuentes F. Evaluación del impacto en la calidad de vida de pacientes adultos rehabilitados con nuevas prótesis
-

- removibles totales. Investigación [Internet]. 2017. [citado 22 jun 2020]; [aprox. 37p.]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-93392017000100064&script=sci_arttext.
55. León Mantero D, Moya Rivera P, Vidal Gamboa C. Intervención en salud oral para modificar la calidad de vida en mujeres vulnerables. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2019 [citado 22 enero 2020]; 45(3): [e1628p.]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2019.v45n3/e1628/es/>.
56. Castrejón Pérez RC. Validación del Perfil De Impacto De Salud Bucal (Ohip-49, Ohip-14) en tres grupos de ancianos en México. [Tesis] Universidad Nacional Autónoma De México [Internet]. 2009 [citado 22 jun 2020]; [aprox. 98 p.]. Disponible en: <http://www.repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/index.php/misearch/results?sAdvanced=1&query=&field=VALIDACI%C3%93N+DEL+PERFIL+DE+IMPACTO+DE+SALUD+BUCAL+%28OHIP-49%2C+OHIP-14%29+EN+TRES+GRUPOS+DE+ANCIANOS+EN+M%C3%89XICO&field=4=Roberto+Carlos+Castrejon+Perez&archiveds%5B%5D=all>.
57. Escobar Pérez J, Cuervo Martínez Á. Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. Avances en Medición [Internet]. 2008 [citado 22 jun 2020]; 6:27-36. Disponible en: <http://www.udgvirtual.udg.mx/apertura/index.php/apertura/article/view/993>.
58. Díaz Roja P, Leyva Sánchez E. Metodología para determinar la calidad de los instrumentos de evaluación. Educación Médica Superior [Internet]. 2013 [citado 22 jun 2020]; 27(2): 269-86. Disponible en:
-

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0864-21412013000200014&script=sci_arttext&tlng=pt.

59. Muñiz J, Fonseca-Pedrero E. Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema* [Internet]. 2019 [citado 22 jun 2020]; 31(1):7-16. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/4508.pdf>.
60. Véliz Martínez PL, Oramas González R, Jorna Calixto AR, Berra Socarrás EM. Modelo del especialista en Medicina Intensiva y Emergencias por competencias profesionales. *Educación Médica Superior* [Internet]. 2017 [citado 22 jun 2020]; 31(3):135-54. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80404>.
61. Palmieri PA. La técnica Delphi: Un método de consenso para la investigación en servicios de salud en Latino América. *Ágora Rev Cient* [Internet]. 2017 [citado 22 jun 2020]; 4(7): [aprox. 7p.]. Disponible en: www.revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/download/89/90.
62. García Ruiz ME, Lena-Acebo FJ. Aplicación del método Delphi en el diseño de una investigación cuantitativa sobre el fenómeno FABLAB. *EMPIRIA Revista de Metodología de Ciencias Sociales* [Internet]. 2018 may-ago [citado 22 jun 2020]; (40):129-66. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/empiria/article/view/22014>.
63. López Rodríguez A, González Maura V. La técnica de Iadov. Una aplicación para el estudio de la satisfacción de los alumnos por las clases de educación física. *Revista Digital - Buenos Aires* [Internet]. 2002 abr [citado 22 jun 2020]; 8: [aprox. 7p.]. Disponible en: <https://www.efdeportes.com/efd47/iadov.htm>.
64. Soto-Vidal C, Pacheco-da-Costa S, Fernández-Guinea S, Gallego-Izquierdo T. Traducción al castellano y análisis preliminar de las propiedades
-

psicométricas del cuestionario Newcastle Stroke-Specific Quality of Life Measure (NEWSQOL) para valorar la calidad de vida en pacientes postictus. Rev Neurol [Internet]. 2017 [citado 22 jun 2020]; 65:481-8. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Soraya_Pacheco-Da-Costa/publication/331093629_Traduccion_al_castellano_y_analisis_preliminar_de_las_propiedades_psicométricas_del_cuestionario_Newcastle_Stroke_Specific_Quality_of_Life_Measure_NEWSQOL_para_valorar_la_calidad_de_vida_en_pacientes/li nks/5de6b94092851c83645fc25c/Traduccion-al-castellano-y-analisis-preliminar-de-las-propiedades-psicométricas-del-cuestionario-Newcastle-Stroke-Specific-Quality-of-Life-Measure-NEWSQOL-para-valorar-la-calidad-de-vida-en-pacientes.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Soraya_Pacheco-Da-Costa/publication/331093629_Traduccion_al_castellano_y_analisis_preliminar_de_las_propiedades_psicométricas_del_cuestionario_Newcastle_Stroke_Specific_Quality_of_Life_Measure_NEWSQOL_para_valorar_la_calidad_de_vida_en_pacientes_li nks/5de6b94092851c83645fc25c/Traduccion-al-castellano-y-analisis-preliminar-de-las-propiedades-psicométricas-del-cuestionario-Newcastle-Stroke-Specific-Quality-of-Life-Measure-NEWSQOL-para-valorar-la-calidad-de-vida-en-pacientes.pdf).

65. Hernández Lalinde JD, Espinosa Castro JF, Peñaloza Tarazona ME. Sobre el uso adecuado del Coeficiente de Correlación de Pearson: Definición, Propiedades y Suposiciones. Repositorio Universidad Simón Bolívar [Internet]. 2018 [citado 22 jun 2020]; [aprox. 50p.]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12442/2469>.
 66. Manchola-González J, Bagur-Calafat C, Girabent-Farrés M. Fiabilidad de la versión española del cuestionario de actividad física PAQ-C. Revista internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física del Deporte. [Internet]. 2017[citado 22 jun 2020]; 17(65):139-52. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10486/677766>.
 67. Barrios Osuna I, Anido Escobar V, Morera Pérez M. Declaración de Helsinki: cambios y exégesis. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2016 [citado 22 jun 2020]; 42(1):132-42. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2016/csp161n.pdf>.
-

68. Rivera-Ramos ES. La importancia del OHIP (Oral Health Impact Profile) en la Odontología Revistas de investigación UNMSM [Internet]. 2020 [citado 22 jun 2020]; 23(1): [aprox. 12p.]. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/17505>
69. Utsman-Abarca R, Padilla-Guevara M, Rodríguez-Barahona L. Uso de la versión en español del perfil de impacto en la Salud Oral-14 para evaluar el impacto del tratamiento dental en la calidad de vida relacionada a la salud oral entre costarricenses. Revista Científica Odontológica [Internet]. 2016 jul-dic [citado 22 jun 2020]; 12(2): [aprox. 12p.] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3242/324250005004.pdf>.
70. Balci N, Alkan N, Gurgan CA. Psychometric properties of a Turkish version of the oral health impact profile-14. Nigerian journal of clinical practice [Internet]. 2017 ene [citado 22 jun 2020]; 20(1):19-24. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27958241>.
71. Denis F, Trojak B, Rude N. Cross-cultural equivalence in translation of the oral health impact profile: how to interpret the final score? Community Dent Oral Epidemiol [Internet]. 2016 Jun [citado 22 jun 2020]; 44(3):199-200. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26879212>.
72. Montero-Martín J, Bravo-Pérez M, Albaladejo-Martínez A, Hernández-Martín LA, Rosel-Gallardo EM. Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. Med Oral Patol Or Oral Cir Bucal [Internet]. 2009 ene [citado 22 jun 2020]; 14(1):44-50. Disponible en: http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv14_i1_p44.pdf.
73. Ahumada Salinas A. Evaluación de impacto del Programa Más Sonrisas para Chile 2014 mediante el cuestionario Oral Health Impact Profile (OHIP-49-Sp).
-

- [Tesis] Universidad de Chile Facultad de Medicina [Internet]. 2016 [citado 22 jun 2020]; [aprox. 89p]. Disponible en: <http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/handle/123456789/492>.
74. Ramírez F, Navarrete D, Quezada C, Vera P. Opiniones de Expertos para propuesta a modificación del Oral Health Impact Profile 49 en español. Appli Sci Dent [Internet]. 2020 [citado 22 jun 2020]; 1(1):9-16. Disponible en: <https://revistas.uv.cl/index.php/asid/article/view/2108>.
75. Masood M, Newton T, Nazahiah Bakri N, Khalid T, Masood Y. The relationship between oral health and oral health related quality of life among elderly people in United Kingdom. Journal Of Dentistry [Internet]. 2017 [citado 22 jun 2020]; 56:78-83. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0300571216302202?token=6022C1D5BA4A37CD90B26599AE60F15915A966E62732FEB06C3C3D2CDB6C758AA1203E8B1EF31B4FF85B268AA7568616>.
76. Curay Martínez VJ. Influencia del edentulismo total en la calidad de vida del adulto. Universidad Nacional de Chimborazo. [Tesis] Universidad Nacional de Chimborazo [Internet]. 2020 [citado 22 jun 2020]; [aprox. 50p.] Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/6410>.
77. Von Marttens ACJ, Leighton Y, Von Marttens MI, Pinto L. Experiencia y significado del proceso de edentulismo de adultos mayores, atendidos en un consultorio del servicio público chileno. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [Internet]. 2010 abr [citado 15 abr 2020]; 3(1):27-33. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072010000100005&lng=es.
-

78. León S, Bravo-Cavicchioli D, Correa-Beltrán G, Giacaman R. Validation of the Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14Sp) in elderly Chileans. BMC Oral Health [Internet]. 2014 [citado 22 jun 2020]; 14(95): [aprox.30p.]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/14/95>.
79. Márquez Yañes S. Autopercepción estética dento máxilo facial según grado de desdentamiento del sujeto adulto joven dentado completo, adulto dentado parcial y adulto mayor desdentado total. [Tesis]Universidad de Chile. Facultad de Odontología [Internet]. 2014 [citado 15 abr 2020]; [aprox. 72p.]. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130512/Autopercepci%c3%b3n-est%c3%a9tica-funcional-dento-m%c3%a1xilo-facial-seg%c3%ban-grado-de-desdentamiento-del-sujeto-adulto-joven-dentado-completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
80. Marchant Luchsinger E. Autopercepción estética dento máxilo facial del adulto mayor. [Tesis].Santiago-Chile. Universidad de Chile Facultad de Odontología [Internet]. 2013 [citado 22 jun 2020]; [aprox. 50 p.]. Disponible en: <http://tesis.uchile.cl/handle/2250/117468>.
81. Espinoza Espinoza DAK. Calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos mayores concurrentes al centro del adulto mayor de SAN ISIDRO. [Tesis] Universidad Peruana Cayetano Heredia [Internet]. 2017 [citado 20 abr 2020]; [aprox. 80p.]. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1397/Calidad_EspinozaE_spinoza_Diego.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
82. Aubert J, Sánchez S, Castro R, Monsalves MJ, Castillo P, 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 [Internet].
-

- 2014 [citado 15 abr 2020]; 8(1):141-5. Disponible en: <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/129494>.
83. Perea Urbano C. Estudio del impacto en la calidad de vida del paciente subsidiario de tratamiento prostodóntico mediante el desarrollo y la aplicación de índices específicos. [Tesis] Universidad Complutense de Madrid [Internet]. 2017 [citado 15 abr 2020]; [aprox. 83 p.]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/42959/1/T38821.pdf>.
84. Slade GD, ed. Measuring Oral Health and Quality of Life. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology [Internet]. 1997 [citado 15 abr 2020]; [aprox. 250p.]. Disponible en: www.academia.edu/download/48915943/measuring-oral-health-and-quality-of-life.pdf.
85. Caballero García CR, Flores Alatorre JF, Arenas Monreal L. Salud bucodental relacionada a la calidad de vida: revisión crítica de los instrumentos de medición. Mem Inst Investig Cienc Salud [Internet]. 2017 [citado 20 abr 2020]; 15(2):108-17. Disponible en: <https://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/view/1236/1135>.
86. Villavicencio-Caparó E, Ruiz-García V, Cabrera-Duffaut A. Validación de cuestionarios. OACTIVA UC Cuenca [Internet]. 2016 may-ago [citado 20 abr 2020]; 1(3):75-80. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/316058557_VALIDACION DE CUESTIONARIOS VALIDATION OF QUESTIONNAIRES](https://www.researchgate.net/publication/316058557_VALIDACION_DE_CUESTIONARIOS_VALIDATION_OF_QUESTIONNAIRES).
87. Valderas JM, Ferrer M, Alonso J. Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes.
-

- Med Clin (Barc) [Internet]. 2005 [citado 20 abr 2020]; 125(Supl. 1):56-60. Disponible en: <http://ferran.torres.name/download/shared/medclin/56.pdf>.
88. Gómez Mora LA. Validez y confiabilidad de la versión española del Geriatric Oral Health Assessment Index en adultos mayores de la ciudad de Bucaramanga: Prueba piloto. [Tesis] Universidad Santo Tomás [Internet]. 2016 [citado 20 may 2020]; [aprox. 50 p.]. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/1791/2016-GomezMoraLeidy> [Alexandra-](#)
[trabajo%20de%20grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#).
89. López Fernández R, Avello Martínez R, Palmero Urquiza DE, Sánchez Gálvez S, Quintana Álvarez M. Validación de instrumentos como garantía de la credibilidad en las investigaciones científicas Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]. 2019 [citado 15 abr 2020]; 48(2): [aprox.12p.]. Disponible en: <http://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/390/331>.
90. Slade G, Spencer A. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. Community dental health [Internet]. 1994 [citado 26 may 2020]; 11(1):3-11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8193981/>.
91. Bersezio C, Zambrano G, Chaple Gil AM, Estay J, Fernández E. Evaluación de la autopercepción de estética dental en pacientes tratados con dos modalidades distintas de blanqueamiento dental. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2020 jun [citado 15 abr 2020]; [aprox.14p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072020000200003&lng=es.
92. Chaucalá Guamán CA. Grado de satisfacción estético a través del cuestionario OHIP, en los pacientes rehabilitados con prótesis fija, en la
-

- clínica integral de la Facultad De Odontología de La Universidad Central del Ecuador. [Tesis] Universidad Central del Ecuador Facultad De Odontología [Internet]. 2017 [citado 20 feb 2020]; [aprox 70p.]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/9119/1/T-UCE-0015-514.pdf>.
93. Posada-López A, Agudelo-Suárez AA, Meneses-Gómez EJ. Condiciones de Salud Oral y Estado Protésico de la Población Adulta Mayor Atendida en la Red Hospitalaria Pública de Medellín (Colombia). Int J Odontostomat [Internet]. 2016 ago [citado 26 feb 2020]; 10(1):161-71. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2016000100024&lng=es.
94. Emami E, De Souza RF, Kabawat M, Feine JS. The impact of edentulism on oral and general health. Int J Dent [Internet]. 2013 [citado 20 ene 2020]; [aprox.12p.]. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/ijd/2013/498305/>.
95. Díaz-Cárdenas S, Tirado-Amador L, Tamayo-Cabeza G. Impacto de la sonrisa sobre calidad de vida relacionada con salud bucal en adultos. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral [Internet]. 2018 [citado 18 ene 2020]; 11(2):78-83. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0719-01072018000200078&script=sci_arttext&tlng=en.
96. Castrejon Pérez R. Salud bucal en los adultos mayores y su impacto en la calidad de vida. Instituto de Geriatria [Internet]. 2016 [citado 20 ene 2020]; [aprox. 10p.]. Disponible en: <http://docplayer.es/9045279-Salud-bucal-en-los-adultos-mayores-y-su-impacto-en-la-calidad-de-vida-roberto-carlos-castrejon-perez.html>.
97. Villavicencio E, Castillo D, Llapa M, Jaramillo Z, Coronel P, Pariona MdC. Validación de un instrumento de ansiedad dental EQ-SDAI. Rev Estomatol
-

- Herediana [Internet]. 2019 oct-dic [citado 20 ene 2020]; 29(4): [aprox. 10p.].
Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1019-43552019000400004&script=sci> .
98. Montes JL. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida del Adulto Mayor. Revista Dental de Chile [Internet]. 2001 [citado 20 ene 2020]; 92(3):29-31.
Disponible en: <http://www.revistadentaldechile.cl/temas%20noviembre%202001/PDF%20NOV%202001/Impacto%20de%20la%20Salud%20Oral....pdf>.
99. Mamani NN, Tito Ramírez EY. Rehabilitación oral en la tercera edad. Revista de Actualización Clínica [Internet]. 2012 [citado 20 ene 2020]; 24: [aprox. 4p.].
Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v24/v24_a11.pdf.
100. Paz Llanos Navarrete F. Asociación de la Satisfacción con la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral, respecto a la rehabilitación protésica, convencional e implantoasistida, en adultos mayores chilenos atendidos en el contexto de un ensayo clínico aleatorizado. [Tesis] Universidad de Chile [Internet]. 2014 [citado 20 ene 2020]; [aprox. 4p.]. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130484/Asociaci%c3%b3n-de-la-satisfacci%c3%b3n-con-la-calidad-de-vida-relacionada-con-la-salud-oral%2c-respecto-a-la-rehabilitaci%c3%b3n-prot%c3%a9sica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
101. Alexandra MGT. Calidad de Vida en el Edentulismo Total. [Tesis] Universidad Central Del Ecuador Facultad De Odontología [Internet]. 2017 [citado 20 ene 2020]; [aprox. 89p.]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/9485/1/T-UCE-0015-578.pdf>.
-

102. Lajes Ugarte M, Aúcar López J, Cardoso I, Díaz Gómez SM. Influencia de la rehabilitación protésica en la calidad de vida de los pacientes. Rev Hum Med [Internet]. 2014 [citado 20 ene 2020]; 14(3): [aprox. 10p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202014000300004&script=sci_arttext&tlng=pt.
103. Franco Fernández AB, Vivan García A, Procopiak Gugelmin B, de Almeida Kintopp C, Pizzatto E, Naval Machado MÂ, et al. Impacto del uso de prótesis total en la calidad de vida de los ancianos institucionalizados. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2020[citado 20 jun 2020]; 57(1): [e2175p.]. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/2175>.
104. Ravi Khubani M, Viviana Muelle R, Jorge Nakouzi M. Rendimiento masticatorio en pacientes rehabilitados con prótesis total removible v/s prótesis Ad-ModumBrånemark. Fundación Juan José Carraro. [Internet]. 2014 Mayo-Junio [citado 6 Abr 2020]; (39): [aprox. 4p.]. Disponible en: http://www.fundacioncarraro.org/descarga/revista39_art1.pdf
105. Lajes Ugarte M, Aúcar López J, Ferrándiz Ramírez SM, Hidalgo Hidalgo S. Incumplimiento de las indicaciones post rehabilitación protésica y su influencia en la calidad de vida. Humanidades Médicas [Internet]. 2014 [citado 6 Abr 2020]; 14:32-47. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202014000100004&nrm=iso.
106. Bonal Ruiz R, Marzán Delis M, González García R. Algunos métodos de consenso en investigaciones de educación médica. Edumed Holguín [Internet]. 2019 [citado 6 Abr 2020]; [aprox.10p.]. Disponible en:
-

<http://edumedholguin2019.sld.cu/index.php/2019/2019/paper/viewFile/413/282>.

107. Ulloa Martínez JB, Mardones Barrera RE. Tendencias paradigmáticas y técnicas conversacionales en investigación cualitativa en ciencias sociales. *Perspectivas de la Comunicación*. Universidad de La Frontera [Internet]. 2017 [citado 6 Abr 2020]; 10(1):213-35. Disponible en: <http://revistas.ufro.cl/ojs/index.php/perspectivas/article/view/662/6>.
 108. Olaz Capitán ÁJ. La Técnica de Grupo Nominal como herramienta de innovación docente. *RASE* [Internet]. 2013 [citado 20 ene 2020]; 6(1):114-21 pp. Disponible en: <http://ojs.uv.es/index.pdf>.
 109. Morales Navarro D. Propuesta de protocolo para el manejo inicial del trauma maxilofacial grave. [Tesis] La Habana: UCMH Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez [Internet]. 2018 [citado 6 abr 2020]; [aprox.150p.]. Disponible en: <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=623>.
 110. Olaz Capitán ÁJ. La técnica de grupo nominal en el espacio europeo de educación superior. *Aposta Revista de Ciencias Sociales* [Internet]. 2016 ene-mar [citado 6 Abr 2020]; (68): [aprox.15p.]. Disponible en: <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/aolaz3.pdf>.
 111. Escudero Sánchez CL, Cortez Suárez LA. Técnicas y métodos cualitativos para la investigación científica. [Internet]. Editorial UTMACH: Universidad Técnica de Macahala; 2018 [citado 6 abr 2020]. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/12501>.
 112. McMillan SS, King M, Tully MP. How to use the nominal group and Delphi techniques. *International Journal of Clinical Pharmacy* [Internet]. 2016 [citado
-

- 20 Ene 2020]; 38:655-62. Disponible en:
<https://link.springer.com/article/10.1007/s11096-016-0257-x>.
113. Huerta JM. Grupo nominal. Mayaguez: Ed. Universidad de Puerto Rico [Internet]. 2006 [citado 17 feb 2020]; [aprox.5p.]. Disponible en:
http://academic.Uprm.Edu/jhuerta/htmlobj-95/grupo_nominal.Pdf.
114. Pérez Andrés C. Técnicas cualitativas. Revista Española de Salud Pública. Revista Española de Salud Pública [Internet]. 2000 [citado 17 feb 2020]; 74:319-21. Disponible en:
<https://www.scielosp.org/article/resp/2000.v74n4/319-321/es/>.
115. Huerta JM. Grupo Focal VS Grupo Nominal Mayaguez: Ed. Universidad de Puerto Rico [Internet].2006 [citado 21 feb 2020]; [aprox.5p.]. Disponible en:
http://academic.uprm.edu/jhuerta/HTMLObj-279/Grupo_Focal_VS_Grupo_Nominal.pdf.
116. Supo J. Cómo validar un instrumento. [Internet]. 2013[citado 17 feb 2020]; [aprox.64p.]. Disponible en:
http://www.cua.uam.mx/pdfs/coplavi/s_p/doc_ng/validacion-de-instrumentos-de-medicion.pdf.
117. Luján Tangarife JA, Cardona Arias JA. Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. Archivos de Medicina [Internet]. 2015[citado 21 feb 2020]; 11(3): [aprox. 10p.]. Disponible en: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/construccion-y-validacion-de-escalasde-medicin-en-salud-revisin-depropiedades-psicomtricas.php?aid=6694>.
118. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? An Sist Sanit Navar [Internet].
-

- 2011[citado 21 feb 2020]; 34(1):63-72. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007&lng=es.
119. Romera C, Casado A. Validación de escalas de medición en salud. Dynamic [Internet]. 2015 dic [citado 21 feb 2020]; (9): [aprox 3p.]. Disponible en: <https://www.dynasolutions.com/publicaciones/pdf/30.pdf>.
120. Sánchez R, Echeverry J. Validación de Escalas de Medición en Salud. Rev Salud pública [Internet]. 2004 [citado 21 feb 2020]; 6(3):302-18. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2004.v6n3/302-318/es>.
121. Galicia Alarcón LA, Balderrama Trápaga JA, Edel Navarro R. Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. Apertura [Internet]. 2017 oct [citado 21 feb 2020]; 9(2):42-53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.32870/Ap.v9n2.993>.
122. Zarco Villavicencio A, Cardoso Gómez MA, Sánchez Ruíz JG, Arellano Cobián JF. Construcción y validación por juicio de expertos de un instrumento para medir atribuciones causales de las complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus. Revista de Salud Pública y Nutrición [Internet]. 2017 jul-sept [citado 21 feb 2020]; 16(2):36-44. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=75572>.
123. George Reyes CE, Trujillo Liñan L. Aplicación del Método Delphi Modificado para la Validación de un Cuestionario de Incorporación de las TIC en la Práctica Docente. Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa [Internet]. 2018 [citado 21 feb 2020]; 11(1):113-35. Disponible en: <https://doi.org/10.15366/riee2018.11.1.007>.
-

124. Cruz Ramírez M. Un estudio sobre la implementación del método Delphi en publicaciones de ciencias médicas indexadas en Scopus Educ Med Super [Internet]. 2018 jul-set [citado 20 Ene 2020]; 32(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412018000300.
 125. López Meneses EJ, Bernal Bravo C, Leiva Olivencia JJ, Martín Padilla AH. Validación del instrumento didáctico de valoración de observatorios digitales sobre MooC: CUVoMooC® mediante el Método Delphi. Campus Virtuales [Internet]. 2017 [citado 21 feb 2020]; 7(1):95-110. Disponible en: <http://www.revistacampusvirtuales.es>.
 126. López Vidal FJ, Calvo Lluch A. Diseño y validación mediante Método Delphi de un cuestionario para conocer las características de la actividad física en personas mayores que viven en residencias. Retos [Internet]. 2019 [citado 21 feb 2020]; (36):515-20. Disponible en: <https://dialnet.uniroja.es/descarga/articulo/7260949.pdf>.
 127. Torgerson WS. Multidimensional scaling: I. Theory and method. Psychometrika [Internet]. 1952 [citado 21 feb 2020]; 17(4):401-19. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/BF02288916>.
 128. Moráguez Iglesias A. El método Delphi. GestioPolis [Internet]. 2006 [citado 21 feb 2020]; [aprox 12p.]. Disponible en: <https://www.gestiopolis.com/el-metodo-delphi/>.
 129. Che Soler J, Pérez Jacinto O. Nociones de estadística aplicada a la investigación Pedagógica. Ciudad de la Habana: Universidad de Ciencias Médicas Enrique José Varona; 2008.
 130. Poveda TC, Vega V. Evaluación de las competencias personales del emprendedor y la puesta en marcha de MIPYMES: caso ecuatoriano.
-

- ESPACIOS [Internet]. 2020 [citado 21 feb 2020]; 41(24): [aprox 12p.].
Disponibile en: <file:///C:/Users/LEONAR~1.ACE/AppData/Local/Temp/SSRN-id3653207.pdf>.
131. Gómez Ravelo I, de las Cuevas Milán HR, Fernández de Castro Fabre A, González Viera D. Software evaluación de expertos por el método Delphy para el pronóstico de la investigación agrícola Rev Cie Téc Agr [Internet]. 2013 [citado 21 feb 2020]; 22(4): [aprox 12p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-00542013000400014&lng=es&tlng=es.
132. Ros Santana M. Protocolo para el diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del complejo cóndilo-disco inflamatorias de la articulación temporomandibular. [Tesis] La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana [Internet]. 2015 [citado 21 feb 2020]; [aprox 12p.]. Disponible en: <http://tesis.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=569>.
133. Guerrero Morales L, Proenza Ventura R, Hernández González A. Ladov Neutrosófico para medir la satisfacción de los docentes con la aplicación del Solver de excel en la programación lineal. NCML [Internet]. 2019 [citado 21 feb 2020]; 5:1-12. Disponible en: <http://fs.unm.edu/NCML/ladovNeutrosoficoParaMedir.pdf164>.
134. Regla Hernández-Leonard A. Evaluación de la satisfacción con el servicio de capacitación del INIMET. Boletín Científico Técnico INIMET [Internet]. 2013 ene-jun [citado 21 feb 2020]; (1):18-27. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2230/223028547004.pdf>.
135. Collazo Acosta A, Coca Vidal J. Propuesta metodológica que contribuye a elevar el nivel de satisfacción de niños y niñas por la práctica del ajedrez en el
-

- sector Altagracia. [Internet]. 2009 [citado 21 feb 2020]; [aprox 12p.]. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos71/elavar-nivel-satisfaccion-practica-ajedrez/elavar-nivel-satisfaccion-practica-ajedrez2.shtml>.
136. Fernández de Castro F, López Padrón A. Validación mediante criterio de usuarios del sistema de indicadores para prever, diseñar y medir el impacto en los proyectos de investigación del sector agropecuario. Rev Cien Téc Agr [Internet]. 2014 [citado 21 feb 2020]; 23(3):77-82. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-00542014000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
137. Getino de Castroa O, Fernández-Villaab T, Álvarez-Álvarezc L, Aguado-Arconadab A, Sibaid VM. Reproducibilidad, correlación y concordancia de un cuestionario abreviado del Dietary Score Reproducibility, correlation and concordance of the Abbreviated Dietary Score questionnaire. Medicina de Familia SEMERGEN [Internet]. 2019 sep [citado 21 feb 2020]; 45(6):382-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359318304313>.
138. Aravena PC, Moraga J, Cartes-Velasquez Ricardo, Manterola C. Validez y Confiabilidad en Investigación Odontológica. Int J Odontostomat [Internet]. 2014 [citado 21 feb 2020]; 8(1): 69-75. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2014000100009&script=sci_arttext&tlng=en.
139. Martín A. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Revista Cubana Salud Pública [Internet]. 2008 ene-mar [citado 21 feb 2020]; 34(1): Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_1_08/spu12108.htm.
-

140. Chango Saquina MJ. Validación del indicador en salud oral en geriatría (GOHAI) en adultos mayores de la Parroquia de Chillogallo. [Tesis] Universidad Central del Ecuador. Facultad De Odontología [Internet]. 2017 [citado 21 feb 2020]; [aprox. 93p.]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/12539/1/T-UCE-0015-727.pdf>.
141. Sánchez Socarrás V, Aguilar Martínez A, González Rivas F, Esquiús de la Zarza L, Vaqué Crusellas C, Sánchez Socarrás V, et al. Diseño y validación de un cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos generales en nutrición, en universitarios de Ciencias de la Salud. . Revista Española de Nutrición Comunitaria [Internet]. 2016[citado 21 feb 2020]; [aprox. 9p.]. Disponible en: http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/70704/1/Sanchez_AP16_Dise%C3%B1o.pdf.
142. Tipán Asimbaya LM, López Ramos RP, Borges Yáñez SA, Cabrera Arias MA. Adaptación Transcultural y Validación del Early Childhood Oral Health Impact Scale en preescolares ecuatorianos. Dialnet [Internet]. 2017 [citado 21 feb 2020]; 19(1):75-88. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6128576>.
-

ANEXOS

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado. Información al paciente.

Objetivo: Obtener el consentimiento informado de los pacientes para participar en la investigación.

Estimado Paciente,

En la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana se desarrolla un proyecto de investigación con el objetivo de diseñar un Instrumento para evaluar calidad de vida relacionada con el componente bucal de la Salud en pacientes desdentados. Se le proporcionará información y se le invitará a ser parte de ella. 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 documento.

De su participación en el estudio:

Responderá un cuestionario que se relaciona con la autopercepción de la salud bucal. 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.

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento, y de haber podido aclarar todas sus dudas, puede, si lo desea, firmar el acta de Consentimiento Informado del Proyecto.

Acta 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. 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.

Nombre y apellidos del paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Sección a llenar por el Investigador Principal

Se ha explicado al Sr(a)_____ la naturaleza de la investigación, y los riesgos y beneficios que implica su participación. Se ha contestado a las preguntas y preguntado si tiene alguna duda. Acepto que conozco la normativa vigente proporcionada por el Comité Ético de la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, para realizar la investigación con seres humanos y me apego a ella.

Nombre del Investigador Principal: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo 2. Planilla de recogida de datos. Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP-14).

Objetivo: Obtener la información sobre los aspectos de la Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud que son relevantes para los pacientes desdentados que sustenten el diseño del nuevo Instrumento de medida.

No. de orden _____ No. HC _____ Teléfono _____

Estimado Paciente:

Agradecemos su colaboración con la investigación, por favor responda a las preguntas señalando con una equis (X), cómo se ha sentido en los últimos 6 meses.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuente	Casi Siempre
1. ¿Ha tenido dificultad para masticar alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
2. ¿Ha notado que su apariencia se ha visto afectada debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
3. ¿Ha tenido dolores de cabeza debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
4. ¿Ha encontrado incomodo comer cualquier alimento debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
5. ¿Ha estado preocupado por problemas dentales?					
6. ¿Se ha sentido incómodo con la apariencia de sus dientes, boca o prótesis?					
7. ¿Las personas le han malinterpretado algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
8. ¿Ha evitado sonreír debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
9. ¿Ha encontrado difícil relajarse debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
10. ¿Se ha avergonzado un poco debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
11. ¿Ha evitado salir a la calle debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
12. ¿Ha tenido dificultades para realizar sus labores habituales debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
13. ¿Ha sentido que su salud general ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
14. ¿Ha sido incapaz de disfrutar la compañía de otras personas como debería debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					

Anexo 3. Instructivo para el llenado de la planilla de recogida de datos.

Objetivo: ofrecer información sobre la aplicación del cuestionario OHIP-14 y el procesamiento de los datos obtenidos.

- No. de orden: Se le asigna un número, a partir del 1, de manera consecutiva, a cada paciente para facilitar el procesamiento de los datos (Asignado por el investigador).
- HC: Número de Historia clínica.
- Teléfono: número de teléfono mediante el cual se pueda localizar al paciente
- Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP-14): marcar con una "X" donde corresponda.

El tiempo de recordatorio para cada paciente (6 meses) será especificado a cada paciente antes de contestar el cuestionario.

Valores de la escala con 5 opciones (formato tipo Liker):

Escala	Valor
Nunca	0
Casi nunca	1
Algunas veces	2
Frecuentemente	3
Casi siempre	4

La puntuación final del OHIP-14 se tomará como la suma de las puntuaciones alcanzadas en las siete dimensiones analizadas (método aditivo (OHIP-ADD)): limitación funcional (0-8), dolor (0-8), incomodidad psicológica (0-8), inhabilidad física (0-8), inhabilidad psicológica (0-8), inhabilidad social (0-8) e incapacidad (0-8). 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.

Anexo 4. Consentimiento informado de los evaluadores.

Objetivo: Obtener consentimiento informado de los especialistas para participar en la investigación.

Estimado Colaborador,

El presente estudio tiene como objetivo diseñar y validar un nuevo Instrumento para evaluar Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud en los pacientes desdentados. Su participación consistirá en responder con total sinceridad un cuestionario para evaluar los instrumentos genéricos y de esta forma aportar información que sustente el diseño del nuevo Instrumento.

Al participar en esta investigación es posible que experimente molestias como cansancio al responder los cuestionarios. En caso de que esto le llegase a suceder, podrá interrumpir la sesión y continuar en otro momento que usted decida. Si usted accede a colaborar, está en el derecho de abandonar el estudio en cualquier momento que estime conveniente, sin que dicha decisión tenga alguna consecuencia negativa para usted.

Puede que no haya un beneficio directo para usted, pero es probable que su participación contribuya a que en un futuro este cuestionario pueda emplearse en los servicios de Rehabilitaciones Protésicas Estomatológicas para evaluar la calidad de vida percibida por los pacientes.

Queremos comentarle, además, que la información que recojamos acerca de usted en este estudio, se mantendrá confidencial y cualquier dato personal tendrá un número en vez de su nombre.

Si tiene alguna duda o pregunta puede contactar a: Zuilen Jiménez Quintana a través del teléfono 77620628 o del correo electrónico: zuilen.jimenez@infomed.sld.cu.

Declaración de la voluntariedad

He sido invitado a participar en la investigación referida anteriormente y se me ha informado sobre las características del estudio. Por lo que consiento

voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en el momento que estime conveniente.

Nombre y apellidos del participante _____

Firma del participante _____

Fecha _____

Anexo 5. Instrumento evaluativo para el Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP-14) y el Índice de Salud Bucal Geriátrico (GOHAI).

Objetivo: obtener la evaluación de los instrumentos genéricos Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP-14) y el Índice de Salud Bucal Geriátrico (GOHAI) que permita identificar las herramientas que puedan ser de utilidad en el diseño del nuevo Instrumento de medida.

Estimado Colaborador,

Una vez analizado los instrumentos genéricos Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP-14) y el Índice de Salud Bucal Geriátrico (GOHAI) le agradeceríamos su valoración al utilizar la planilla de evaluación que se le adjunta a continuación con las variables a las cuales debe colocar una evaluación del uno al cinco (escala de Likert): I (Inadecuado), PA (poco adecuado), A (adecuado), BA (bastante adecuado) y MA (muy adecuado).

No	Indicadores	I	PA	A	BA	MA
1	Las dimensiones del Instrumento para captar los factores moduladores de la CVRCBS, en pacientes con dificultad masticatoria, es un aspecto que a nuestro juicio es...					
2	Considerar los ítems que pertenecen a una misma dimensión suficientes para obtener la medición de esta, es un aspecto que a nuestro juicio es...					
3	Considerar la claridad de cada ítem en cuanto a su sintáctica y semántica, es un aspecto que a nuestro juicio es...					
4	La comprensión de cada ítem, es un aspecto que a nuestro juicio es...					
5	Considerar la coherencia o relación lógica de cada ítem con la dimensión que está midiendo, es un aspecto que a nuestro juicio es...					
6	Considerar la relevancia de cada ítem como esencial o importante para evaluar la CVRCBS, es un aspecto que a nuestro juicio es...					
7	El sistema de evaluación del Instrumento para medir CVRCBS, lo valoro como....					

Información para responder el Instrumento evaluativo.

Estimado Colaborador,

Para facilitar la comprensión de las preguntas formuladas de le ofrece la operacionalización de los indicadores:

1. Estructura del Instrumento según dimensiones: Referente al grado en que las dimensiones empleadas son adecuadas para evaluar CVRCBS en pacientes con pérdida dentaria.
 2. Suficiencia: Referente al grado en que los ítems propuestos recorren la dimensión a la que pertenecen.
 3. Comprensión: Referente al grado en que la información del ítem es decodificada por el sujeto.
 4. Claridad: Referente al grado en que el ítem tiene una sintaxis y semántica adecuadas que permita ser comprendido por los sujetos a quienes va dirigido el cuestionario.
 5. Coherencia: Referente a la relación existente entre el ítem y la dimensión de la cual forma parte.
 6. Relevancia: Referente al grado en que el ítem es esencial en la evaluación del constructo.
 7. Sistema de evaluación: grado en que es adecuado el método para evaluar las respuestas y el Instrumento.
-

Anexo 6. Consentimiento informado de los especialistas participantes del Grupo Nominal.

Objetivo: Obtener consentimiento informado de los especialistas para participar en el Grupo Nominal.

Estimado Colaborador,

El presente estudio tiene como objetivo diseñar y validar un nuevo Instrumento para evaluar Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud en los pacientes desdentados. Su participación consistirá en formar parte del grupo de especialistas que intervendrá en el diseño del nuevo Instrumento.

Al participar en esta investigación es posible que experimente molestias como cansancio. En caso de que esto le llegase a suceder, podrá interrumpir la sesión y continuar en otro momento que usted decida. Si usted accede a colaborar, está en el derecho de abandonar el estudio en cualquier momento que estime conveniente, sin que dicha decisión tenga alguna consecuencia negativa para usted.

Puede que no haya un beneficio directo para usted, pero es probable que su participación contribuya a que en un futuro este cuestionario pueda emplearse en los servicios de Rehabilitaciones Protésicas Estomatológicas para evaluar la calidad de vida percibida por los pacientes.

Queremos comentarle, además, que la información que recojamos acerca de usted en este estudio, se mantendrá confidencial y cualquier dato personal tendrá un número en vez de su nombre.

Si tiene alguna duda o pregunta puede contactar a: Zuilen Jiménez Quintana a través del teléfono 77620628 o del correo electrónico: zuilen.jimenez@infomed.sld.cu.

Declaración de la voluntariedad

He sido invitado a participar en la investigación referida anteriormente y se me ha informado sobre las características del estudio. Por lo que consiento

voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en el momento que estime conveniente.

Nombre y apellidos del participante _____

Firma del participante _____

Fecha _____

Realice una autovaloración del grado de influencia que cada una de las fuentes que le presentamos a continuación han tenido en sus conocimientos y criterios sobre el tema: Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud. Para ello marque con una cruz (X), según corresponda, en A (alto), M (medio) o B (bajo).

Fuentes de argumentación	Grado de influencia de cada una de las fuentes		
	A	M	B
Análisis teóricos sobre el tema			
Experiencia obtenida			
Trabajos de autores nacionales			
Trabajos de autores extranjeros			
Sus propios conocimientos sobre el tema investigación			

A: alto, **M:** medio, **B:** bajo,

Anexo 8. Tabla patrón para determinar Coeficiente de argumentación

Objetivo: Ofrecer la tabla patrón que permita calcular el coeficiente de argumentación.

Fuentes de argumentación	Grado de influencia de cada una de las fuentes		
	A	M	B
Análisis teóricos sobre el tema	0,3	0,2	0,1
Experiencia obtenida	0,5	0,4	0,2
Trabajos de autores nacionales	0,05	0,05	0,05
Trabajos de autores extranjeros	0,05	0,05	0,05
Sus propios conocimientos sobre el tema investigación	0,05	0,05	0,05

A: alto, **M:** medio, **B:** bajo,

Anexo 9. Consentimiento informado de los expertos participantes de la consulta por el método Delphi

Objetivo: Obtener consentimiento informado de los expertos para participar en la consulta por el método Delphi.

Estimado Colaborador,

El presente estudio tiene como objetivo diseñar y validar un nuevo Instrumento para evaluar Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud en los pacientes desdentados. Su participación consistirá en formar parte del grupo de expertos que intervendrá en la evaluación del nuevo Instrumento.

Al participar en esta investigación es posible que experimente molestias como cansancio. En caso de que esto le llegase a suceder, podrá interrumpir la sesión y continuar en otro momento que usted decida. Si usted accede a colaborar, está en el derecho de abandonar el estudio en cualquier momento que estime conveniente, sin que dicha decisión tenga alguna consecuencia negativa para usted.

Puede que no haya un beneficio directo para usted, pero es probable que su participación contribuya a que en un futuro este cuestionario pueda emplearse en los servicios de Rehabilitaciones Protésicas Estomatológicas para evaluar la calidad de vida percibida por los pacientes.

Queremos comentarle, además, que la información que recojamos acerca de usted en este estudio, se mantendrá confidencial y cualquier dato personal tendrá un número en vez de su nombre.

Si tiene alguna duda o pregunta puede contactar a: Zuilen Jiménez Quintana a través del teléfono 77620628 o del correo electrónico: zuilen.jimenez@infomed.sld.cu.

Declaración de la voluntariedad

He sido invitado a participar en la investigación referida anteriormente y se me ha informado sobre las características del estudio. Por lo que consiento

voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en el momento que estime conveniente.

Nombre del participante _____

Firma del participante _____

Fecha _____

Realice una autovaloración del grado de influencia que cada una de las fuentes que le presentamos a continuación han tenido en sus conocimientos y criterios sobre el tema: Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud. Para ello marque con una cruz (X), según corresponda, en A (alto), M (medio) o B (bajo).

Fuentes de argumentación	Grado de influencia de cada una de las fuentes		
	A	M	B
Análisis teóricos sobre el tema			
Experiencia obtenida			
Trabajos de autores nacionales			
Trabajos de autores extranjeros			
Sus propios conocimientos sobre el tema investigación			

Anexo11. Cuestionario para consulta de expertos

Objetivo: determinar mediante el criterio de expertos la validez del nuevo Instrumento.

Estimado Experto,

A continuación, ponemos a su consideración un grupo de frases que valoran diferentes indicadores de la propuesta.

Instrucciones: Para recopilar su opinión marque con una **equis (X)** el juicio o valoración que más se acerque a la suya según los elementos siguientes:

No	INDICADORES	I	PA	A	BA	MA
1	Los fundamentos del Instrumento para medir calidad de vida relacionada con el componente bucal de la salud en los pacientes desdentados, los valoro de forma...					
2	La definición de Instrumento de medición de la calidad de vida relacionada con el componente bucal de la salud en los pacientes desdentados, lo valoro como...					
3	La estructura del Instrumento en tres dimensiones, para medir calidad de vida relacionada con el componente bucal de la salud en los pacientes desdentados, lo valoro como...					
4	Considerar la 1ra Dimensión como uno de los elementos del Instrumento para medir calidad de vida relacionada con el componente bucal de la salud en los pacientes desdentados, es un aspecto que a nuestro juicio es...					
5	Considerar la 2da Dimensión como uno de los elementos del Instrumento para medir calidad de vida relacionada con el componente bucal de la salud en pacientes desdentados, es un aspecto que a nuestro juicio es...					
6	Considerar la 3ra Dimensión como uno de los elementos del Instrumento para medir calidad de vida relacionada con el componente bucal de la salud en los pacientes desdentados, es un aspecto que a nuestro juicio es...					
7	Considerar los ítems que pertenecen a una misma dimensión suficientes para obtener la medición de esta, es un aspecto que a nuestro juicio es...					
8	Considerar la claridad y comprensión de cada ítem en cuanto a su sintáctica y semántica, es un aspecto que a nuestro juicio es...					
9	Considerar la coherencia o relación lógica de cada ítem con la dimensión que está midiendo, es un aspecto que a nuestro juicio es...					
10	Considerar la relevancia de cada ítem como esencial o importante para evaluar la calidad de vida relacionado					

	con el componente bucal de la salud en los pacientes desdentados, es un aspecto que a nuestro juicio es...					
11	El sistema de evaluación diseñado del Instrumento para medir calidad de vida relacionada con el componente bucal de la salud en los pacientes desdentados, lo valoro como....					
12	El diseño del Instrumento para medir calidad de vida relacionada con el componente bucal de la salud en los pacientes desdentados, garantiza abordar los aspectos teóricos de la Clasificación de las deficiencias, discapacidades y minusvalía de la OMS adaptado a Estomatología, aspecto que valoro como...					

Leyenda: I-Inadecuado; PA- Poco Adecuado; A-Adecuado; BA-Bastante Adecuado; MA-Muy Adecuado.

¿Desea consignar otro elemento que debe ser considerado en la valoración del Instrumento propuesto? Por favor, refiéralas a continuación.

Muchas gracias

Anexo 12. Modelo matemático Torgerson.

Objetivo: Ofrecer los resultados del método Delphi con la aplicación del modelo matemático Torgerson.

Tabla 1. Distribución de frecuencia absoluta.

Indicadores	5	4	3	2	Total
1	14	4	2	0	20
2	11	5	4	0	20
3	14	5	1	0	20
4	17	1	2	0	20
5	14	6	0	0	20
6	13	5	2	0	20
7	14	4	2	0	20
8	14	4	2	0	20
9	16	3	1	0	20
10	19	0	1	0	20
11	16	4	0	0	20
12	18	1	1	0	20

Tabla2. Distribución de frecuencia acumulada.

Indicadores	5	4	3	2
1	14	18	20	20
2	11	16	20	20
3	14	19	20	20
4	17	18	20	20
5	14	20	20	20
6	13	18	20	20
7	14	18	20	20
8	14	18	20	20
9	16	19	20	20
10	19	19	20	20
11	16	20	20	20
12	18	19	20	20

Tabla 3. Distribución de frecuencia acumulativa sumativa relativa.

Indicadores	5	4	3	2
1	0,7000	0,9000	1,0000	1,0000
2	0,5500	0,8000	1,0000	1,0000
3	0,7000	0,9500	1,0000	1,0000
4	0,8500	0,9000	1,0000	1,0000
5	0,7000	1,0000	1,0000	1,0000
6	0,6500	0,9000	1,0000	1,0000
7	0,7000	0,9000	1,0000	1,0000
8	0,7000	0,9000	1,0000	1,0000
9	0,8000	0,9500	1,0000	1,0000
10	0,9500	0,9500	1,0000	1,0000
11	0,8000	1,0000	1,0000	1,0000
12	0,9000	0,9500	1,0000	1,0000

Tabla 4. Determinación de las imágenes. Calculo de puntos cortes y escala de los indicadores.

Indicadores	5	4	3	2	Suma	Promedio	N - Prom.	Eval
1	0,52	1,28	3,50	3,50	8,81	2,20	0,19	5
2	0,13	0,84	3,50	3,50	7,97	1,99	0,40	5
3	0,52	1,64	3,50	3,50	9,17	2,29	0,10	5
4	1,04	1,28	3,50	3,50	9,32	2,33	0,06	5
5	0,52	3,50	3,50	3,50	11,02	2,76	-0,37	5
6	0,39	1,28	3,50	3,50	8,67	2,17	0,22	5
7	0,52	1,28	3,50	3,50	8,81	2,20	0,19	5
8	0,52	1,28	3,50	3,50	8,81	2,20	0,19	5
9	0,84	1,64	3,50	3,50	9,49	2,37	0,02	5
10	1,64	1,64	3,50	3,50	10,29	2,57	-0,18	5
11	0,84	3,50	3,50	3,50	11,34	2,84	-0,45	5
12	0,52	3,50	3,50	3,50	11,02	2,76	-0,37	5
Suma	8,02	22,68	42,00	42,00	114,71			
Puntos de corte	0,67	1,89	3,50	3,50			N=2,39	

Anexo13. Programa del taller metodológico sobre Instrumentos de medición de la Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud

Objetivo: Presentar el programa del Taller Metodológico.

Título: Instrumentos de medición de la Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud, elemento fundamental para lograr la atención integral de los pacientes en estomatología.

Forma organizativa: Taller metodológico.

Nivel de profesionalización: Básico.

Cantidad de horas. 8 horas.

Dirigido a: Todos los EGI y Especialistas en Prótesis Estomatológica.

Objetivo: Valorar la importancia de los Instrumentos de medición de la Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud en la atención integral de los pacientes en estomatología.

Fundamentos.

En Estomatología, generalmente, la información sobre la salud de los pacientes se obtiene a partir de la anamnesis, el examen físico y las pruebas de laboratorio. La anamnesis no contempla preguntas estandarizadas sobre aspectos cotidianos, físicos, sociales, personales, del bienestar mental o la percepción de salud por parte de los pacientes. Por ello, la información que se obtiene rara vez proporciona datos útiles para establecer conclusiones sobre la Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud.

Para obtener un cuadro más completo del paciente (con datos cuantificables y útiles para establecer el diagnóstico, elegir el tratamiento y evaluar su éxito), es conveniente complementar la información clínica con datos obtenidos de cuestionarios psicométricos que midan la calidad de vida relacionada con la salud bucal. El contraste que en ocasiones se obtiene entre las puntuaciones de estos cuestionarios y los datos biológicos del examen clínico, puede sugerir la presencia de más de un trastorno o el fracaso de los tratamientos empleados.

El manejo de cuestionarios de Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud en la práctica clínica estomatológica, puede facilitar la identificación precoz de los pacientes con síntomas no físicos, por ejemplo, cuando la disfunción psicosocial precede a la disfunción física. Estas medidas ofrecen al clínico información sobre cómo afectan las enfermedades bucodentales al individuo y cómo funcionan las diferentes formas de terapia odontológica. La evaluación funcional que proporciona las mediciones psicosociales, de calidad de vida y salud bucal, puede revelar alteraciones físicas, mentales o emocionales, que pasarían inadvertidas con la evaluación clínica.

En este taller se pretende que los especialistas tenga la posibilidad de conocer los más recientes conceptos sobre Calidad de vida relacionada con la salud y los instrumentos que hacen posible su medición, enfatizando en aquellos de uso estomatológico como requisito indispensable para lograr la atención integral de los pacientes, encargo que le demanda la sociedad a la Estomatología en Cuba.

Contenidos:

Calidad de vida relacionada con salud.

Calidad de vida relacionada con el componente bucal de la Salud.

La medida de la salud.

Instrumentos para medir Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud.

Instrumento para medir Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud en los pacientes desdentados.

Utilidad de los Instrumentos para medir Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud.

Orientaciones metodológicas.

Para el comienzo del taller se realizan las siguientes preguntas relacionadas con la Calidad de vida relacionada con salud:

- ¿Qué se entiende por calidad de vida relacionada con salud?
- ¿Podemos medir la calidad de vida relacionada con salud?

A partir del debate se orienta el objetivo del taller y se ofrece la definición de Calidad de Vida relacionada con salud.

Luego se pregunta:

- ¿Qué influencia tiene el componente bucal de la salud en la salud general de los individuos?
- ¿Cómo perciben los individuos sus problemas de salud bucal?

A partir del debate se define qué se entiende por Calidad de vida relacionada con el componente bucal de la salud.

Se realiza la lectura de diferentes tiras de papel con definiciones de formación y se lista en el pizarrón las semejanzas y diferencias entre estas definiciones, desde esta sistematización se construye una definición de lo que vamos a entender como Calidad de vida relacionada con el componente bucal de la Salud.

Se les pregunta entonces; ¿Cómo podemos medir la Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud? ¿Qué elementos ustedes consideran que tienen que recoger los instrumentos para medir Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud?

A partir de las respuestas se ofrecen instrumentos utilizados internacionalmente y el nuevo Instrumento propuesto para medir Calidad de Vida relacionada con el

componente bucal de la Salud en los pacientes desdentados. Se entrenan los especialistas cómo aplicarlo en la práctica de la atención estomatológica integral.

Evaluación: Se realizará a través de la participación de los sujetos en las diferentes interrogantes y se aplicará un test de satisfacción del nuevo Instrumento propuesto para medir Calidad de Vida relacionada con el Componente Bucal de la Salud en los pacientes desdentados.

Bibliografía básica:

Slade GD, ed. Measuring Oral Health and Quality of Life. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology 1997. Disponible en:

<https://www.adelaide.edu.au/arcpoh/downloads/publications/reports/miscellaneous/measuring-oral-health-and-quality-of-life.pdf#page=58>

Cardona-Arias Jaiberth Antonio, Higueta-Gutiérrez Luis Felipe. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2014 Jun [citado 2019 Abr 12] ; 40(2): 175-189. Disponible en:

[http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200003&lng=es.](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200003&lng=es)

Martínez-Triana Raúl, Martínez-Rodríguez Marta, Guerra-Romero Chaelsys, Guerra-González Eva María, Machado-Almeida Teresita, Machín-García Sergio et al . Cuestionario para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de adultos con drepanocitosis. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter [Internet]. 2012 Dic [citado 2019 Abr 12] ; 28(4): 385-397. Disponible en:

[http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892012000400007&lng=es.](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892012000400007&lng=es)

Velásquez Ponce, Lizani, & Gallardo Bastidas, Juan Carlos. (2018). Calidad de vida relacionada a salud oral en pacientes portadores de prótesis total.: clínica UCSG 2014. *Conrado*, 14(61), 161-164. Recuperado en 12 de abril de 2019, de

[http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442018000100025&lng=es&tlng=es.](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442018000100025&lng=es&tlng=es)

Rodríguez Rodríguez Máximo. Aspectos teóricos-metodológicos sobre la evaluación de la calidad de vida de los pacientes rehabilitados con prótesis dentales. Rev Hum Med [Internet]. 2015 Dic [citado 2019 Abr 12] ; 15(3): 603-620. Disponible en:

[http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202015000300013&lng=es.](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202015000300013&lng=es)

Cordero Sánchez Tamara, Amoroto Roig Mayté, Fernández Cervera Miriela. Incorporación del estudio de calidad de vida en ensayos clínicos: recomendaciones para su uso. Rev Cubana Farm [Internet]. 2007 Abr [citado 2019 Abr 12] ; 41(1). Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152007000100009&lng=es.

Rodríguez Fuentes Marcilia, Arpajón Peña Yunier, Herrera López Isis Bárbara. Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis estomatológica. Rev haban cienc méd [Internet]. 2016 Feb [citado 2019 Abr 12] ; 15(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100007&lng=es.

Diaz-Reissner Clarisse Virginia, Casas-García Irma, Roldán-Merino Juan. Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral: Impacto de Diversas Situaciones Clínicas Odontológicas y Factores Socio-Demográficos. Revisión de la Literatura. Int. J. Odontostomat. [Internet]. 2017 Abr [citado 2019 Abr 12] ; 11(1): 31-39. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2017000100005&lng=es.

Anexo14. Test de satisfacción de IADOV aplicado a los especialistas encuestados

Objetivo: Determinar la satisfacción grupal con el nuevo Instrumento de evaluación de Calidad de Vida en pacientes desdentados.

Estimado Profesor: al contestar esta encuesta podrá dar a conocer su nivel de satisfacción con el Instrumento para medir Calidad de Vida relacionado con el componente bucal de la Salud que se propone. Se espera su sinceridad y se le agradece su colaboración en esta investigación.

1. ¿Considera usted apropiado el diagnóstico integral de los pacientes con pérdida dentaria sin la aplicación de un instrumento que mida la autopercepción de su Calidad de Vida relacionado con el componente bucal de la Salud?

Sí ____ No ____ No sé ____

2. ¿Cuál es su opinión sobre los contenidos del Instrumento para medir Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud propuesto?

___ Me gusta mucho

___ Me gusta más de lo que me disgusta

___ Me da lo mismo

___ Me disgusta más de lo que me gusta

___ No me gusta nada

___ No sé qué decir

3. ¿Considera usted que las dimensiones del Instrumento para medir Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud propuestas evalúan todo el constructo?

Si ____ No ____ No sé ____

4. ¿Qué opinión tiene sobre la forma de evaluación establecida para el Instrumento propuesto?

5. ¿Qué elementos agregaría o eliminaría del Instrumento para medir Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la salud propuesto?
-

Anexo 15. Cuadro lógico de ladov

Objetivo: Ofrecer el Cuadro lógico de ladov para determinar el Índice de Satisfacción Grupal.

Cuadro lógico de ladov

¿Cuál es su opinión sobre los contenidos del Instrumento para medir calidad de vida relacionada con el componente bucal de la salud propuesto?	¿Considera usted apropiado el diagnóstico integral de los pacientes con pérdida dentaria sin la aplicación de un instrumento que mida la autopercepción de su calidad de vida relacionado con el componente bucal de la salud?								
	No			No se			Sí		
	¿Considera usted que las dimensiones del Instrumento para medir calidad de vida relacionada con el componente bucal de la salud propuestas evalúan todo el constructo?								
	Sí	No se	No	Sí	No se	No	Sí	No se	No
Me gusta mucho	1	2	6	2	2	6	6	6	6
Me gusta más de los que me disgusta	2	2	3	2	3	3	6	3	6
Me da lo mismo	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Me disgusta más de los que me gusta	6	3	6	3	4	4	3	4	4
No me gusta nada	6	6	6	6	4	4	6	4	5
No sé qué decir	2	3	6	3	3	3	6	3	4

Anexo 16. Consentimiento informado de los pacientes de la prueba piloto

Objetivo: Obtener el consentimiento informado de los pacientes para participar en la investigación.

Estimado paciente,

En la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana se desarrolla un proyecto de investigación con el objetivo de diseñar un Instrumento para evaluar Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud en pacientes desdentados. Se le proporcionará información y se le invitará a ser parte de ella. 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 documento.

De su participación en el estudio:

Responderá un cuestionario que se relaciona con la autopercepción de la salud bucal. 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.

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento, y de haber podido aclarar todas sus dudas, puede, si lo desea, firmar el acta de Consentimiento Informado del Proyecto.

Acta 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. 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.

Nombre y apellidos del paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Sección a llenar por el Investigador Principal

Se ha explicado al Sr(a)_____ la naturaleza de la investigación, y los riesgos y beneficios que implica su participación. Se ha contestado a las preguntas y preguntado si tiene alguna duda. Acepto que conozco la normativa vigente proporcionada por el Comité Ético de la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, para realizar la investigación con seres humanos y me apego a ella.

Nombre del Investigador Principal: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo 17. Instrumento de Evaluación de Calidad de Vida en pacientes desdentados (ICVD)

Objetivo: Ofrecer las características de la versión final del ICVD.

Instrumento de evaluación de Calidad de Vida en pacientes desdentados ICVD

Dimensiones	N 1	CN 2	AV 3	CS 4	S 5
Rendimiento funcional					
1. ¿Ha tenido dificultad para masticar algún tipo de alimento por problemas con sus dientes o prótesis?					
2. ¿Ha tenido dificultades para sentir el sabor de los alimentos?					
3. ¿Ha tenido dificultades para pronunciar claramente todas las palabras al hablar?					
4. ¿Ha tenido molestias dolorosas en la boca que le hayan impedido comer, hablar o sonreír?					
Incapacidad psicosocial					
5. ¿Ha dejado de relacionarse con otras personas por problemas con sus dientes o prótesis?					
6. ¿Ha dejado de comer frente a otras personas por problemas con sus dientes o prótesis?					
7. ¿Ha dejado de realizar actividades habituales por problemas con sus dientes o prótesis?					
8. ¿Se ha sentido estresado o deprimido por problemas con sus dientes o prótesis?					
Percepción estética					
9. ¿Ha notado que su apariencia se ha visto afectada por problemas con sus dientes o prótesis?					
10. ¿Ha evitado sonreír por problemas con la apariencia de sus dientes o prótesis?					
11. ¿Se ha avergonzado por la apariencia de sus dientes o prótesis?					
12. ¿Se ha sentido infeliz por la apariencia de sus dientes o prótesis?					

N: nunca, CN: casi nunca, AV: algunas veces, CS: casi siempre, S: Siempre

Operacionalización de las dimensiones del Instrumento

1. Rendimiento Funcional: Se refiere a las alteraciones de las funciones físicas del sistema estomatognático, como masticar, degustar, pronunciar palabras (preguntas 1,2,3,4).
2. Incapacidad psicosocial: Se refiere a las alteraciones de las funciones sociales y psicológicas del sistema estomatognático, como disfrutar la compañía de otras personas, realizar actividades habituales, o estar preocupado por los problemas bucales(preguntas 5,6,7,8).
3. Percepción estética: Se refiere a las alteraciones de las funciones estéticas del sistema estomatognático, como la autoestima por la apariencia de los dientes (preguntas 9,10, 11,12).

INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

Generalidades

Se aconseja la aplicación de todas las preguntas de forma autoadministrada, aunque si en algún caso se modifica debe quedar reflejado porque puede introducir cambios en las propiedades métricas del Instrumento. Dado que algunos pacientes están imposibilitados de responder el ICVD, debe evaluarse la respuesta del cuidador, como método para medir la CVRCBS en individuos sin posibilidad de comunicación.

Participación de los profesionales

La aplicación del Instrumento se debe considerar como complemento de la Historia Clínica para lograr el diagnóstico integral del paciente. Lo anterior supone un proceso de información previo sobre las características del Instrumento y de sus objetivos.

El proceso de información y respuesta a las dudas del paciente será responsabilidad del profesional a cargo de aplicar el Instrumento.

Aspectos claves

El Instrumento debe ser aplicado por un profesional. Que explicará al paciente como debe ser llenado el cuestionario y qué objetivos se persigue con el mismo, así como que los datos obtenidos solo serán utilizados con fines diagnósticos, docentes e investigativos.

Proceso de aplicación

Primer paso: se deberá explicar al paciente en que consiste el Instrumento y establecer un tiempo de recordación que no exceda los 12 meses, que debe estar reflejado en el documento impreso.

Segundo paso: aplicación del Instrumento: Se recomienda que el lugar donde se realice la entrevista y se contesta el Instrumento, sea cómodo y que no genere distracciones externas al encuestado.

Forma de llenado del Instrumento

Las instrucciones para los encuestados deben indicar el período de tiempo deseado sin exceder los 12 meses (p. ej., durante los últimos 12 meses, durante el último mes, etc.). El encuestado estimará la frecuencia de los problemas al utilizar la escala Likert y marcará con una equis (X) la alternativa de la respuesta que el prefiera.

Forma de obtención del puntaje

El Instrumento está preparado para ser evaluado cuantitativamente. Las respuestas a las preguntas que abordan cada uno de los aspectos pueden ser calculados en subescalas separadas para cada dimensión del Instrumento, o en su conjunto todas las preguntas.

Para la entrada de datos, las respuestas se codifican como 1 (nunca), 2 (casi nunca), 3 (ocasionalmente), 4 (casi siempre) o 5 (siempre), en la que 5 representa la peor situación y 1 la ausencia del problema en el aspecto evaluado.

La calificación se obtendrá por medio del método aditivo. Se sumará el código de cada respuesta para obtener una calificación para cada dimensión y para el Instrumento completo, de tal forma que cada dimensión tomará valores entre 4-16 puntos y el Instrumento general tomará valores entre 12 y 60 puntos.

Interpretación de los resultados

A mayor puntuación total del Instrumento, más bajo es el nivel de percepción de la Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud en pacientes con la pérdida dentaria. La calificación se asume como sigue:

12-27 --- buena calidad de vida, 28-43 --- calidad de vida regular, 44-60 --- mala calidad de vida.

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LA AUTORA

Proyecto de Investigación

Impacto de la rehabilitación protésica estomatológica en la calidad de vida del adulto mayor. Facultad de Estomatología Raúl Gonzalez Sánchez. Aprobado por el Consejo Científico de la Facultad de Estomatología en el año 2014.

Tesis en opción al Título de Máster en Odontogeriatría

Impacto de la pérdida dentaria en la calidad de vida del adulto mayor. 2015-2016.

Presentación en eventos

1. Jornada 114 Aniversario de la Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez. **Trabajo presentado:** Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores PPPA. Facultad de Estomatología 2013.
 2. Jornada Científica Internacional 116 Aniversario de la Facultad de Estomatología 19-11-2016. **Trabajo presentado:** Impacto de la pérdida dentaria en la calidad de vida del adulto mayor.
 3. XLV Concurso Premio Anual de Salud 2017 en la modalidad de Tesis de Maestría. **Trabajo presentado:** Impacto de la pérdida dentaria en la calidad de vida del adulto mayor 2015-2016.
 4. XIV Seminario Internacional Longevidad. 06-06-2017. **Trabajo presentado:** Impacto de la pérdida dentaria en la calidad de vida del adulto mayor. Facultad de Estomatología 2015-2016.
 5. Jornada científica Internacional 117 Aniversario de la Facultad de Estomatología 01-12-2017. **Trabajos presentados:**
 - Calidad de vida en el adulto mayor con prótesis implantorretenida de carga inmediata.
 - Impacto de la pérdida dentaria en la calidad de vida de los adultos mayores.
 6. VII Simposio. Encuentro Internacional de Estomatología Latinoamericana. 2017. **Trabajo presentado:** Impacto de la pérdida dentaria en localización de vida del adulto. Facultad de Estomatología 2015-2016.
 7. XV Seminario internacional de longevidad. 16-20 abril 2018. **Trabajos presentados:**
 - Rehabilitación protésica estomatológica y calidad de vida en los adultos mayores.
 - Auto percepción de salud bucal en el adulto mayor con prótesis implantomucosoportada.
-

8. Congreso Internacional Cuba salud .2018 **Trabajos presentados:**

- Influencia del edentulismo en la calidad de vida del adulto mayor.
- El adulto mayor y su calidad de vida con prótesis sobre implante de carga inmediata.

9. VIII Simposio Nacional. Encuentro Internacional de Estomatología. **Trabajos presentados:**

- Calidad de vida relacionada con salud bucal en el adulto mayor.
- El adulto mayor con prótesis implanto retenida.
- Rehabilitaciones estomatológicas implanto soportada unitaria. Facultad de Estomatología. 2024-2016.

10.II Jornada Nacional de Calidad de Vida. 4 de marzo 2018. **Trabajo presentado:** Calidad de vida relacionada con salud bucal en pacientes de prótesis estomatológica.

11.Jornada científica provincial 118 Aniversario de la Facultad de Estomatología. VIII Jornadas de Cátedras Multidisciplinarias y Honoríficas 2018-2019. 5 de octubre. **Trabajo presentado:** Calidad de vida relacionada con la salud bucal en el adulto mayor.

12.Evento de Actualización Estomatología General Integral. CIMEQ. Nov 2019. **Trabajo presentado:** Calidad de vida relacionada con salud bucal en pacientes rehabilitados con implantes de carga inmediata. Facultad de Estomatología Raúl Gonzalez Sánchez.

13.XLI Congreso FOCAP y el L Congreso Istmeño AOP. febrero 2020. **Trabajo presentado:** Calidad de vida relacionada con salud bucal.

Publicaciones

1. **Zuilen Jiménez Quintana**, Indira García Martínez. Ansiedad y depresión en los pacientes bruxópatas. Facultad de Estomatología.2014-2015. Memorias del Congreso Internacional Estomatología 2015 Disponible en: <http://www.estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/view/521>
 2. Indira García Martínez, **Zuilen Jiménez Quintana**. Caracterización del bruxismo en la población de 19 y más años en la Facultad de Estomatología de la Habana. (2012-2014) 2015 Memorias del Congreso Internacional Estomatología 2015 Disponible en: <http://www.estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/view/660>
 3. Milay Justo Díaz, Luis Hernández, Isis Bárbara López, Clara Sánchez Silot, **Zuilen Jiménez Quintana**. Rehabilitación implanto soportada con
-

carga inmediata en el adulto mayor. Congreso Internacional de Estomatología 2015. ISBN: 978-959-283-141-100.

4. Rodríguez Fuentes M, Arpajón Peña Y, Herrera López IB, Justo Díaz M, **Jiménez Quintana Z**. Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis parcial removible acrílica. Rev Cub Estoma [Internet]. 2016; 53(4): 1-12. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/769/698>
 5. Milay Justo Díaz, **Zuilen Jiménez Quintana**, Marcilia Rodríguez Fuente, Luis Hernández Pedroso. El adulto mayor y su calidad de vida con prótesis sobre implante de carga inmediata. III Convención de Salud.PDF 776 Disponible en: <http://convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/viewPaper/776>
 6. **Zuilen Jiménez Quintana**, Milay Justo Díaz, Susel Quesada Peña, Yaritza Ortiz Palacios. Influencia del edentulismo en la calidad de vida del adulto mayor. III Convención de Salud PDF 528 Disponible en:<http://convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/viewPaper/776>
 7. Justo Díaz M, **Jiménez Quintana Z**, Almagro Urrutia Z, Sánchez Silot C. Calidad de vida en el adulto mayor con prótesis dental implanto retenida de carga inmediata. Medisur [Internet]. 2019; 17(6):[aprox. 9p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4190>
 8. Justo Díaz M, **Jiménez Quintana Z**, Rodríguez Fuente M, Sánchez Silot C, Del Valle Selenenco O, Hernández Pedroso L. Calidad de vida en el adulto mayor con prótesis implanto retenida de carga inmediata. Correo Científico Médico [Internet]. 2019 23(4): [aprox. 10p.].Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3377>
 9. **Jiménez Quintana Z**, Grau León IB, Justo Díaz M, Quesada Peña S, Rodríguez Soto A. Diseño y validación de Instrumento para medir Calidad de Vida en pacientes desdentados. Estomatología 2020 [Internet]. 2020 [aprox. 12p.].Disponible en: <http://www.estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/735>
 10. **Jiménez Quintana Z**, Grau León IB, Justo Díaz M, Quesada Peña S, Ortiz Palacios Y. Impacto de la pérdida dentaria en la Calidad de vida del adulto mayor. Estomatología 2020 [Internet]. 2020 [aprox. 12p.].Disponible en: <http://www.estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/589>
-

Cursos Impartidos

Taller metodológico sobre Instrumentos de medición de la Calidad de Vida relacionada con el componente bucal de la Salud.

Tutoría de trabajos de terminación de residencia

1. Influencia de la rehabilitación con prótesis parcial en la calidad de vida de los adultos mayores. Facultad de Estomatología. 2016-2018. Residente Dra. Isvia Marrero Madan.
 2. Calidad de vida de los adultos mayores rehabilitados con prótesis total. Facultad de Estomatología. 2016-2018. Residente Dr. Rafael Maresma Frómeta.
 3. Impacto de la rehabilitación protésica estomatológica implantosoportada sobre la calidad de vida de adultos mayores. Facultad de Estomatología. 2017-2019. Residente Dra. Wilma Marín Páez.
 4. Impacto en la calidad de vida en pacientes rehabilitados con prótesis fija del sector anterosuperior. Facultad de Estomatología. 2017-2019. Residente Dr. Víctor Manuel Sarduy Navarro.
 5. Calidad de Vida en pacientes con 40 años y más, que presenten Trastornos Temporomandibulares. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez" 2018-2020. Residente Dr. Ismael Escalona Pérez.
-