

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**



**“MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DURANTE
Y POST TRATAMIENTO ORTODÓNICO EN LA ESPECIALIDAD
DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR TRATADOS EN LA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE
TACNA EN LOS AÑOS 2010, 2011 y 2012”**

Tesis para optar el título profesional de :

CIRUJANO DENTISTA

Presentado por:

Orellana Llerena, Luis Enrique

Asesor :

C.D Rios Llanca, Leandra

TACNA- PERÚ

2012

DEDICATORIA.-

A mi madre Julieta; a mis abuelos; Matías; a toda mi familia porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

AGRADECIMIENTO.-

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

*A mis seres queridos **Julieta; Olga; Miguel; Matías** por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.*

Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles.

“MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DURANTE Y POST TRATAMIENTO ORTODÓNCICO EN LA ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR TRATADOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN LOS AÑOS 2010, 2011 y 2012”

RESUMEN

Objetivo: Determinar la calidad de vida en pacientes durante y post tratamiento ortodóncico en la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada de Tacna en los años 2010, 2011 y 2012.

Material y método: Es un estudio observacional, analítico, de corte transversal, prospectivo. La población considerada fueron los pacientes atendidos por la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia maxilar, procediendo a emplear una encuesta dentro de la cual se consideró el Perfil de impacto de salud oral (OHIP-49, por su sigla en inglés) a una muestra de 80 personas de un total de 265 habitantes.

Resultados: En el estudio, de los grupos de percepción, el de percepción Buena es el de mayor frecuencia con el 60% del total de encuestados. **Conclusión:** La iniciativa propuesta por esta investigación es informar de manera adecuada al paciente sobre el dolor físico, siendo la principal molestia en el tratamiento ortodóncico y demostrarle en cada control un cambio estético y funcional, el cual necesitaba, siendo muy importante para mejorar la calidad de vida.

Palabras claves: Calidad de vida, ortodoncia y ortopedia maxilar, impacto en salud oral, OHIP.

“ MEASURING THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS DURING AND POST ORTHODONTIC TREATMENT IN THE ORTHODONTIC AND ORTHOPEDIC MAXILLARY SPECIALITY AND TREATED IN ORTHODONTIC DENTAL CLINIC OF THE PRIVATE UNIVERSITY OF TACNA IN THE YEARS 2010, 2011 AND 2012”

ABSTRACT

Objective: Determine the quality of life in patients during and post orthodontic treatment in the orthodontic and orthopedic maxillary speciality and treated in orthodontic dental clinic of the private university of Tacna in the years 2010, 2011 and 2012. **Material and method:** Was carried out an observational , analitic study, cross-sectional, prospective. The population considered were patients seen by the specialty of Orthodontics and Orthopedics maxillary, proceeding to use a survey in which it was considered the profile of oral health impact (OHIP-49) to a sample of 80 people from a total of 265 resident. **Results:** In the study, of the groups of perception, that of Good perception is that of more frequency with 60% of the total of having interviewed. **Conclusion:** The initiative proposed by this research is adequately inform the patient about the physical pain, the main trouble in orthodontic treatment and each control show a change in aesthetic and functional, which needed and is very important to improve the quality of life .

Key words: Quality of life, orthodontic and orthopedic maxillary, oral health impact, OHIP.

ÍNDICE.-

Introducción	7
Capítulo I. Problema de investigación	
1.1 Fundamentación del problema.....	9
1.2 Formulación del problema.....	11
1.3 Objetivos de la investigación.....	11
1.4 Justificación.....	12
1.5 Definición de términos.....	13
Capítulo II. Revisión bibliográfica	
2.1 Antecedentes de la investigación.....	14
2.2 Marco teórico.....	20
2.2.1 Calidad de vida.....	20
2.2.2 Oclusión y maloclusiones.....	26
2.2.3 Diagnostico.....	36
2.2.4 Ortodoncia	37
Capítulo III. Variables y definiciones operacionales	
3.1 Operacionalización de variables.....	40
Capítulo IV. Metodología de la investigación	
4.1 Diseño.....	42
4.2 Ámbito de estudio.....	42
4.3 Población y muestra.....	42
4.4 Criterios de inclusión.....	42
4.5 Criterios de exclusión.....	43

Capítulo V. Procedimientos de análisis de datos.....	44
Resultados.....	45
Discusión.....	69
Conclusiones.....	72
Recomendaciones.....	74
Bibliografía.....	76
Anexos.....	80

INTRODUCCIÓN

El individuo es un ser social por su propia naturaleza con necesidades físicas, intelectuales, espirituales, económicas y emocionales; la mayoría de las personas entiende de manera distinta las necesidades que tiene y la prioridad en cada caso.

Se ha dicho que la calidad de vida relacionada a la salud bucal es el impacto de las alteraciones bucales en aspectos de la vida diaria que son importantes para las personas, con esos impactos siendo de la magnitud suficiente en términos de severidad, frecuencia o duración, para afectar la percepción del individuo de su vida general.¹

La imagen de uno ante los demás determina como se concibe uno mismo, cuando en realidad esto debería ser a la inversa. La mayor parte de las personas hacen una diferencia entre lo que son y lo que no son de manera inconsciente y se manifiestan con una conducta distinta en su ambiente laboral y tienen un comportamiento diferente en lo social, es poco común encontrar a personas que mantienen un equilibrio entre lo que son como personas y su comportamiento laboral y social.²

¹Locker D, Allen F. What do measures of “oral health-related quality of life” measure? Community Dent Oral Epidemiol 2007;35(6):401-411

²Kushnir D, Shlomo P, Zusman SP, Robinson PG. Validation of a Hebrew version of the Oral Health Impact Profile 14. J Public Health Dent 2004;64(2):71-5.

Sonreír es uno de los hábitos más saludables que podemos llevar a cabo. Cuando sonreímos segregamos endorfinas, responsables de la sensación de bienestar, placer y euforia, a la vez que ponemos en movimiento centenares de músculos de nuestra cara. Además, siempre es agradable ser recibido por alguien que sonríe ya que con ese gesto se trasmite calma y comodidad. De ahí la importancia de tener una boca sana, unos dientes bien alineados y en correcto estado de los que sentirnos orgullosos al sonreír

CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del Problema

Hoy en día los dientes sanos y alineados junto a una sonrisa atractiva, juegan un importante rol social y son un atributo para toda la vida. representan juventud, dinamismo y éxito, mayor autoestima y seguridad y son una especie de carta de presentación óptica que crea una mejor impresión inicial al conocer nuevas personas.

Por otra parte, los dientes desalineados y poco atractivos pueden generar personalidades cohibidas y tímidas e incluso contribuir a depresiones en aquellas personas predispuestas a esta condición.

A su vez existen muchos adultos que sufren de maloclusiones, ya que en el pasado los tratamientos de ortodoncia no estaban al alcance de muchos o bien no se realizaban en la forma correcta.

La autoestima no mejorará durante el tratamiento de ortodoncia, aunque si lo hará de forma significativa al acabarlo. Los adolescentes que finalizan el tratamiento de ortodoncia muestran unos índices de autoestima similares a los que tienen un perfil correcto y normoclusión.³

³ Jung MH. Evaluación de los efectos de la maloclusión y el tratamiento de ortodoncia en la autoestima. Am J Orthodontofacialorthop. 2010; 138(2); 160-6.

Si bien realmente el más alto porcentaje de consultas espontáneas al ortodoncista es realizado por motivaciones de tipo estético, las remisiones por parte de odontólogos de distintas disciplinas, desde el general hasta los especialistas, es cada día mayor en el afán de preservar el equilibrio oclusal del paciente y contribuir a una armonía de estética y salud.⁴

En nuestra sociedad actual existe una preocupación é interés creciente por la estética en general y particularmente por la estética dental, generándose un temor al rechazo social por las variaciones en la estética de los dientes, principalmente en aquellos que son visibles al hablar o sonreír, lo cual pueden constituir un factor importante para la autoestima y autoconfianza de los adolescentes⁵

Para Fernández, Hernández y Siegrist⁶, la Calidad de vida relacionada a salud debería comprender a lo menos la percepción que la persona tiene del impacto que ha provocado la enfermedad o su tratamiento sobre su sentimiento de bienestar y la capacidad de actuación. Estas dimensiones básicas deben ser analizadas tanto en los dominios físico, emocional y social.

⁴Peñaranda P. Psicología Odontológica, Interdisciplinaridad entre la Psicología y la Odontología, Universidad Central de Venezuela, Ediciones de la Biblioteca. Caracas; 2000.

⁵Alves Cardoso, Rielson José.“Estética Dental, NuevaGeneración”. Editorial Artes Médicas Latinoamericanas, Brasil 2003.

⁶Fernández JA, Hernández R, Siegrist J. El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica. Atención Primaria 2001.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuál es la calidad de vida en pacientes durante y post tratamiento ortodoncico en la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada de Tacna en los años 2010, 2011 y 2012?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de vida en pacientes durante y post tratamiento ortodónico en la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada de Tacna en los años 2010, 2011 y 2012

1.3.2. Objetivos Específicos

1.3.2.1. Determinar la asociación de los niveles de calidad de vida según variables clínicas en pacientes durante y post tratamiento de ortodoncia en la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia maxilar en la UPT en el año 2010, 2011 y 2012.

1.3.2.2. Determinar la asociación de los niveles de calidad de vida según variables sociodemográficas en pacientes durante y post tratamiento ortodónico en la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia maxilar en la UPT en el año 2010, 2011 y 2012.

1.4 Justificación

Debido a la demanda de querer mejorar la estética de su sonrisa, pacientes optan por un tratamiento que conlleva usar aparatos en boca, durante un tiempo determinado, para así tener un bienestar social.

Es necesario evaluar la calidad de vida en pacientes que reciben tratamiento ortodóncico, y de esta manera percibir como influye en general tener una mejora tanto estética, emocional y funcional.

El instrumento para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral es el Perfil de Impacto de Salud Oral (Oral Health Impact Profile o OHIP), su importancia radica en que permite medir cómo influyen las enfermedades orales en el impacto social de sentirse bien y así poder saber en que nivel de calidad de vida se encuentra dicha persona y tener una visión de cómo se siente en cuanto a su salud oral.

1.5 Definición de términos

1.5.1 Tratamiento ortodóncico:

El objeto de trabajo de la ortodoncia es el estudio, diagnóstico y tratamiento de las anomalías dentomaxilofaciales, con base en el uso y control que el clínico establece mediante diferentes aparatos fijos y removibles.⁷

1.5.2 Calidad de vida :

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud incorpora esencialmente la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollarlos instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable, y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud.⁸

1.5.3 Ortopedia maxilar :

La ciencia que comprende un conjunto de medios terapéuticos que concurren esencialmente en la utilización de las fuerzas o movimientos que se originan durante la ejecución de los actos fisiológicos como la masticación, deglución, respiración, fonación y ajuste facial, a fin de obtener el equilibrio morfofuncional de las estructuras del sistema estomatognático.⁹

⁷ Uribe R, Gonzalo. Ortodoncia “ Teoría y clínica” 2da edición 2010.

⁸Patrick D, Erickson P. Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation.Oxford University Press.New York; 1993.

⁹ Otero M, Hugo ; Otero M, Jaime:” La ortopedia maxilar”. Publicación auspiciada por la Soc. Peruana de Ortop. Func. De los maxilares .

CAPÍTULO II REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 Antecedentes de la Investigación

S; Locker D; Muirhead V; Tompson B; Streiner DL.¿El bienestar psicológico influye en la salud oral relacionada con la calidad de vida reportada en niños que reciben tratamiento de ortodoncia? 2011. Marzo. Canada El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados de OHRQOL en ortodoncia mientras se controlaban las características psicológicas individuales. Postulamos que los niños con un mejor bienestar psicológico experimentan menos efectos negativos en OHRQOL, independientemente de su estado en el tratamiento de ortodoncia. Métodos: Ciento dieciocho niños (74 en tratamiento y 44 en la lista de espera), con edades entre 11 a 14 años, en busca de tratamiento en las clínicas de ortodoncia de la Universidad de Toronto, participaron en este estudio. El cuestionario de percepción del niño (CPQ11-14, que es un instrumento para medir calidad de vida relacionado a la salud bucal en niños) y la subescala del cuestionario de salud infantil se administra al inicio del estudio y en el seguimiento. Cambios oclusales fueron evaluados utilizando el índice de estética dental. Un grupo de comparación en lista de espera se utiliza para dar cuenta de los efectos relacionados al envejecimiento. Resultados: Aunque los sujetos en tratamiento fueron significativamente mejores en puntuaciones en relación al OHRQOL en el seguimiento, los resultados fueron significativamente modificados por el estado del PTP de cada sujeto ($P < 0,01$).

Además, el análisis multivariado mostró que el bienestar psicológico contribuyó significativamente a la varianza en las puntuaciones CPQ11-14 (26%). En contraste, la cantidad de varianza explicada por el estado de tratamiento por sí solo era relativamente pequeño (9%). Conclusiones: Los resultados de este estudio apoyan el postulado del rol del mediador del bienestar psicológico en la evaluación del OHRQOL en niños sometidos a un tratamiento de ortodoncia. Por otro lado, los niños con bajo bienestar psicológico, que no recibieron un tratamiento de ortodoncia, experimentaron peor OHRQOL en comparación con los que recibieron tratamiento. Esto sugiere que los niños con bienestar psicológico bajo pueden beneficiarse de un tratamiento de ortodoncia. Sin embargo, se necesita un trabajo más amplio, con muestras más grandes y más largos seguimientos, para confirmar este hallazgo y para mejorar nuestra comprensión de cómo otros factores psicológicos se relacionan con el OHRQOL de los pacientes.¹⁰

Taylor KR; Kiyak A; Huang GJ; Greenlee GM; Jolley CJ; King GJ. Efectos de la maloclusión su tratamiento en la calidad de vida de los adolescentes 2009 Sep; Washington. La relación entre la maloclusión y la calidad de vida (QoL) es compleja y no bien entendida. El objetivo de este estudio fue determinar si la maloclusión y su tratamiento influyen en un adolescente en general en relación con la salud oral y la calidad de vida. Métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal, de diseño con una componente longitudinal. Los datos clínicos y auto reportados fueron recolectados de 293 participantes de 11 a 14.

¹⁰S; Locker D; Muirhead V; Tompson B; Streiner DL. El bienestar psicológico influye en la calidad de vida en relación con la salud oral en niños que reciben tratamiento de ortodoncia. Marzo. Canada. 2011. Am J Orthod Dentofacial Orthop. ;139(3):369-77. doi: 10.1016/j.ajodo.2009.05.034.

Los niños fueron reclutados de clínicas dentales de ortodoncia y pediatría de la Universidad de Washington y una clínica de salud comunitaria en Seattle. Los participantes fueron clasificados en grupos de ortodoncia preinterceptiva (n = 93), ortodoncia postinterceptiva (n = 44), y la comparación de ambas (n = 156). Se evaluaron la estética dental y oclusión con el Índice de Complejidad, Resultado, y Necesidad. Se completaron tres cuestionarios de calidad de vida: la calidad de vida de la Juventud para evaluar la calidad de vida en general, y la calidad relacionada a la salud oral en niños para evaluar la calidad de vida oral en general, la salud, y las expectativas del tratamiento y experiencias para evaluar las expectativas de los participantes de los cambios en los aspectos específicos de sus vidas. Las pruebas no paramétricas se utilizaron para todos los análisis. Resultados: En general de salud, la calidad de vida en general y oral fueron altas en esta población. Los instrumentos se correlacionaron de forma que cuando la calidad de vida por vía oral mejora en la salud, también lo hizo en general la calidad de vida. No se encontraron diferencias en estas mediciones entre la universidad y clínicas de salud comunitarias. Tampoco hubo diferencias entre los 3 grupos de estudio sobre la calidad de vida en general y de la calidad de vida y la salud bucal. Hubo poco efecto de la complejidad de la maloclusión en cualquier medida de la calidad de vida. Tanto los participantes sin ortodoncia y postortodónticos esperan mejoras en su salud, la función oral, apariencia y el bienestar social después del tratamiento ortodóntico, las experiencias de la muestra de postinterceptiva después del tratamiento fueron consistentes con sus expectativas previas al tratamiento en todos los ámbitos.

Conclusiones: La maloclusión y el tratamiento de ortodoncia no parecen afectar a la salud general o por vía oral la calidad de vida en un grado medible, a pesar de las pruebas subjetivas y objetivas para mejorar la apariencia, la función oral, la salud y el bienestar social.¹¹

Mandall NA; Matthew S; Fox D; Wright J; Conboy FM; O'Brien KD La predicción de cumplimiento y terminación del tratamiento de ortodoncia: ¿Son las medidas de la calidad de vida importantes? Feb. Mexico. 2008 .El principal objetivo de la presente investigación fue evaluar si existe una asociación entre la finalización del tratamiento de ortodoncia y la calidad de vida, es decir, la edad, sexo, estatus socio-económico, tipo de aparato y la necesidad de un tratamiento de ortodoncia. El objetivo secundario fue evaluar si el cumplimiento de un tratamiento de ortodoncia (citas perdidas y roturas de alambres o brackets) se asoció con la edad, sexo, estatus socio-económico, o el tipo de bracket. Este fue un estudio multicéntrico observacional longitudinal llevado a cabo en 144 pacientes (65 hombres y 79 mujeres) entre 10-19 años. Se recogieron datos bases: edad del paciente, sexo, estatus socio-económico, el índice de necesidad de tratamiento ortodóncico , y el tipo de aparato. La calidad de vida de la información, incluidos la puntuación de impacto subjetivo de los valores de utilidad de la ortodoncia y estética oral , también fueron recogidos al inicio del tratamiento. La medida principal del resultado fue si un paciente completó el tratamiento. El cumplimiento se evaluó mediante el registro del número de citas fallidas y roturas de brackets.

¹¹Taylor KR; Kiyak A; Huang GJ; Greenlee GM; Jolley CJ; King GJ. Efectos de la maloclusión y su tratamiento en la calidad de vida de los adolescentes. Sep. Washington. 2009. Am J Orthod Dentofacial Orthop. Sep;136(3):382-92. doi: 10.1016/j.ajodo.2008.04.022.

El análisis de regresión múltiple se utilizó para investigar la asociación entre las variables independientes y dependientes. Ninguna de las variables de referencia, incluyendo medidas de calidad de vida, se asociaron con un tratamiento de los pacientes por completar, o el cumplimiento del tratamiento ($P > 0,05$). Por lo tanto, de calidad de vida no se añaden a nuestro conocimiento de que se puede completar, o cooperar con el tratamiento ortodóncico. Además, ni la edad, sexo, estatus socio-económico ni la necesidad de tratamiento clínico fueron útiles para ayudar a un médico para elegir potencial de cooperación de los pacientes.¹²

Shaw WC; Richmond S; Kenealy PM; Kingdon A; Worthington H .Un estudio de 20 años sobre cohorte sobre el aprovechamiento de un tratamiento de ortodoncia: resultado psicológico. Aug. Mexico. 2007 El objetivo de este estudio fue comparar el estado dental y psicosocial de las personas que recibieron o no recibieron el tratamiento de ortodoncia en la adolescencia. Métodos: Se utilizó un diseño prospectivo de cohorte longitudinal. Un equipo multidisciplinario de investigación evaluaron a 1018 participantes, con edades entre 11 a 12 años, en 1981. Fueron llevadas a cabo evaluaciones exhaustivas de la salud dental y el bienestar psicosocial, se obtuvieron fotografías faciales y dentales y moldes de yeso de la dentadura fueron clasificadas para el atractivo y la necesidad de tratamiento previo.

¹²Mandall NA; Matthew S; Fox D; Wright J; Conboy FM; O'Brien KD La predicción de cumplimiento y terminación del tratamiento de ortodoncia: Son las medidas de la calidad de vida importantes?. Feb. Mexico. 2008. Eur J Orthod. Feb;30(1):40-5. Epub 2007 Oct 30.

No se hicieron recomendaciones sobre el tratamiento de ortodoncia , y un enfoque observacional fue adoptada. En el tercer seguimiento, 337 sujetos (30-31 años) fueron examinados en el 2001. Se utilizó ANOVA de una sola vía para explorar las diferencias entre los 4 grupos (con necesidad / sin necesidad, con tratamiento / sin tratamiento). Resultados: Los cambios en el porcentaje en el índice de complejidad, los resultados y las puntuaciones de la necesidad para los cuatro grupos fueron con necesidad/sin tratamiento (12.7%), sin necesidad/con tratamiento (-17.1%), con necesidad/con tratamiento (31%) y sin necesidad/con tratamiento (-11.4%). Los participantes con una necesidad previa para el tratamiento de ortodoncia como los niños que obtuvieron el tratamiento tenían una mejor alineación de los dientes y satisfacción. Sin embargo, cuando la autoestima al inicio del estudio fue controlado, el tratamiento de ortodoncia obtuvo poco impacto positivo en la salud psicológica y la calidad de vida en la edad adulta. Conclusiones: La falta de un tratamiento de ortodoncia cuando hay necesidad no provocó trastornos psicológicos en la edad adulta.¹³

¹³Shaw WC; Richmond S; Kenealy PM; Kingdon A; Worthington H .Un estudio de 20 años sobre cohorte sobre el aprovechamiento de un tratamiento de ortodoncia: resultado psicológico. Aug. Mexico. 2007. Am J Orthod Dentofacial Orthop. Aug;132(2):146-57.

2.2Marco teórico

2.2.1CALIDAD DE VIDA:

2.2.1.1 Concepto.-

El concepto está directamente asociado al de bienestar, el cual ha sido objeto de una atención permanente en los temas de del desarrollo social, económico y cultural que busca un equilibrio entre la cantidad de seres humanos y los recursos disponibles y la protección del medio ambiente. Debe tener en cuenta al tomar decisiones los derechos del hombre y la sociedad a reclamar una vida digna con libertad y felicidad.

Este concepto tiene una interpretación muy diferente cuando lo emplean hombres cuyas necesidades vitales están satisfechas, como en el caso de quienes viven en los países ricos y altamente industrializados. Diferentes a los hombres cuya principal preocupación es como satisfacer sus necesidades básicas de: alimentación, vivienda, vestido, salud y educación.¹⁴

Calidad de vida contiene dos dimensiones principales. Una es la evaluación del nivel de vida basada en indicadores “objetivos”; y la percepción individual de esta situación, a menudo equiparada con el término de bienestar.

¹⁴Nussbaum. C. Martha, La calidad de vida, India,1998.

La calidad de vida es un concepto multidimensional e incluye aspectos del bienestar y de las políticas sociales: materiales y no materiales, objetivos y subjetivos, individuales y colectivos.¹⁵

2.2.1.2 Calidad de vida individual

Se define en términos como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo.

Según la OMS, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno".

La calidad de vida de un individuo se determina a través de:

- cuántas y cuáles son las necesidades que tiene o no satisfechas y en qué grado
- cuántas y cuáles de sus aspiraciones personales son factibles de ser realizadas.

¹⁵Rossella Palomba. Calidad de vida: Conceptos y medidas. Diciembre. India. 2011

Podemos clasificar las necesidades de las personas en cuatro tipos: educación, vivienda, ingresos, etc.

- Intelectuales: aprendizaje, desarrollo y crecimiento personal, etc.
- Emocionales - sociales: relaciones, salud emocional, uso del tiempo libre, etc...
- Espirituales: auto-realización, renovación personal, sentido de trascendencia,

La calidad de vida abarca todas y cada una de estas áreas. Incluye las decisiones diarias de una persona en cada una, sus emociones respecto a las situaciones que vive y su ideal de futuro en cada dimensión. Está muy relacionada con la búsqueda del sentido que tiene nuestra vida, el cual depende de los valores, la pertenencia a una comunidad y la claridad de las metas propuestas.

2.2.1.3. Calidad de vida grupal

Es un concepto relativo que depende de cada grupo social y de lo que éste defina como su situación ideal de bienestar por su acceso a un conjunto de bienes y servicios, así como al ejercicio de sus derechos y al respeto de sus valores.¹⁶

¹⁶Velarde-Jurado Elizabeth, MC. Evaluación de la calidad de vida. Salud Publica Mex 2002.

2.2.1.4 . Calidad de vida social

Es la capacidad que posee el grupo social ocupante de satisfacer sus necesidades con los recursos disponibles en un espacio natural dado. Abarca los elementos necesarios para alcanzar una vida humana decente.

Para analizar la calidad de vida de una sociedad se debe considerar imprescindible el establecimiento de un estándar colectivo, que únicamente es válido para el momento y contexto específico de su establecimiento”.

Calidad de Vida es un concepto relativo que depende de cada grupo social y de lo que éste defina como su situación ideal de bienestar.¹⁷

2.2.1.5. Calidad de vida y medio ambiente

Es necesario delinear patrones de vida en los que los medios y formas de producción y consumo tengan una repercusión mínimas en el entorno, intentando, que éste conserve en el tiempo la capacidad de restaurarse de la incidencia de factores antrópicos (los producidos por el hombre) y también naturales (resilencia, o sea la capacidad de recuperación).

¹⁷Moreno A, Méndez P, Mancillas MA, Gutiérrez R. Calidad de vida en ciudades mexicanas. 2008

Por lo tanto hay que producir bienes y servicios sin agotar recursos naturales, alterar el medio y contaminar, tanto en el proceso de producción como en el de consumo (desechos). Aspirar a la calidad de vida, y al bienestar sostenible, interpone la racionalización del consumo, lo cual conduce a replantear el desarrollo.

La racionalización y la humanización del consumo apuntarían hacia la satisfacción de las necesidades básicas biológicas y culturales de todos los sectores sociales en cuanto se relaciona con los desafíos y objetivos ambientales y, por tanto, los ajustes deberían encaminarse principalmente a proteger y estimular la producción de los bienes y servicios destinados esencialmente a la satisfacción de necesidades reales y aspiraciones razonables. Esto significa la eliminación o el desestimulo, en la medida de lo posible de bienes superfluos y suntuarios; asimismo, a garantizar la buena calidad de los productos, su duración y sus posibilidades de mantenimiento y reparación; con medios y formas de producción que implementan tecnologías limpias. El mercado debe ser elástico, operante y retributivo con relación a productos certificados con etiquetas verdes.

2.2.1.6 Calidad de vida y evaluación

La calidad de vida es una percepción subjetiva, más que un indicador objetivo. Es decir, en la evaluación de la calidad de vida, influye más la psicología que la economía o lo que es lo mismo un criterio interior que uno exterior, un enfoque más coherente y global, que exprese un mejor equilibrio entre el bienestar material y la felicidad interior.

Si bien es cierto que los bienes materiales proporcionan seguridad, satisfacción y abundancia, no deben asumirse como indicadores absolutos en cuanto a la calidad de vida. No hay una correlación directa entre ingresos económicos y felicidad. Algunos psicólogos hablan del "lado oscuro de la riqueza", haciendo referencia a que el estilo de vida consumista plantea conflictos de metas, al centrarnos en metas extrínsecas (como la fama, el atractivo físico, o el dinero) desatendiendo las metas "intrínsecas" (la superación, los sentimientos positivos, el tiempo personal, la salud, la paz interior, etc.)¹⁸

2.2.1.6.1 OHIP- 49

Perfil de Impacto de Salud Oral (Oral Health Impact Profile o OHIP), que mide como influyen las enfermedades orales en el impacto social de sentirse bien. El desarrollo ,confiabilidad y validez de este índice fue descrito en el año 1994 por Slade y Spencer.

Consiste en 49 preguntas que capturan las siete dimensiones formuladas en el modelo teórico de salud oral de Locker: limitación de la función, dolor físico, aflicción psicológica, incapacidad física, incapacidad social y discapacidad. Para facilitar la evaluación de la severidad del impacto, cada pregunta tiene un peso derivado de la técnica de comparación pareada de Thurstone.

¹⁸P. González, M. Bousoño, M. González. Evaluación de calidad de vida .Psiquiatría. Vol. V. Núm. 6. 1993.

Las respuestas a las preguntas que abordan cada uno de estos aspectos pueden ser calculadas en subescalas separadas para cada dimensión del impacto social del OHIP, o en su conjunto todas las preguntas. Un ejemplo de una pregunta del OHIP es: ¿Ha tenido usted que interrumpir sus comidas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis? Para su cuantificación se usa un formato de tipo Likert (0 = nunca, 1 = rara vez, 2 = a veces, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo, 5 = siempre). En estudios epidemiológicos que han utilizado el OHIP se ha encontrado que los dientes perdidos, la caries no tratada, la pérdida de la inserción periodontal y las barreras para el cuidado dental, están asociadas con un incremento en el impacto sobre el bienestar y la calidad de vida.

2.2.2 OCLUSIÓN Y MALOCLUSIONES

Oclusión es la relación de ambas arcadas, es decir la superior con la inferior. Cualquier alteración en estas arcadas, es decir en la disposición de los dientes en su propia arcada, así como cualquier desviación, recibe el nombre de maloclusión.¹⁹

Según el Diccionario Odontológico de Marcelo Friedenthal: “maloclusión” es una condición patológica caracterizada por no darse la relación normal de las piezas dentarias con las demás en el mismo arco y con las del arco antagonista.

¹⁹UstrellTorrent, Josep, Ortodoncia, 2da Edición, España 2002

Estas anomalías de espacio y posición presentan como variedades principales la disto oclusión, mesio oclusión, vestibulo oclusión, linguooclusión, hiperoclusión e hipooclusión. La maloclusión ocupa el tercer lugar en los trastornos bucales, después de la caries y la enfermedad periodontal.

En opinión de José Mayoral y Guillermo Mayoral las maloclusiones o anomalías de la oclusión dentaria son sólo anomalías de espacio, son alteraciones de la oclusión dentaria. Entendiendo la oclusión dentaria como la posición recíproca en que quedan los dientes de un arco respecto a los del otro cuando se cierran, desarrollando la mayor fuerza.

En general las maloclusiones pueden afectar a cuatro sistemas tisulares: dientes, huesos, músculos y nervios. En algunos casos, sólo los dientes son irregulares; la relación maxilar puede ser buena y la función muscular y neural normal. En otros casos los dientes pueden estar bien alineados, pero puede existir una relación maxilar anormal, de tal forma que los dientes no hagan contacto correcto durante la función. Pero también la maloclusión puede afectar a los cuatro sistemas con malposiciones individuales de dientes, relación anormal de los maxilares y función muscular y neural anormal. A estos dos últimos sistemas se les llama también sistema neuromuscular.

2.2.2.1 ETIOLOGIA DE LAS MALOCLUSIONES

La clasificación según Graber divide los factores etiológicos en intrínsecos y extrínsecos. Aunque existan algunas desventajas en esta clasificación, es el más fácil de emplear y el más didáctico.²⁰

A. Factores extrínsecos:

Son factores actuando a distancia, muchas veces durante la formación del individuo, y que por tanto son difícilmente controlables por el ortodoncista, excepto los hábitos bucales. En estos casos, la contención debe ser prolongada llegando a ser permanente.

- a. Herencia (influencia racial; tipo facial hereditario; influencia hereditaria en el patrón de crecimiento y desarrollo).
- b. Molestias o deformidades congénitas (labio leporino; parálisis cerebral; tortícolis; disostosis cleidocraneana; sífilis congénita).
- c. Medio Ambiente (influencia prenatal y postnatal).
- d. Ambiente metabólico y enfermedades predisponente.
- e. Problemas dietéticos (raquitismo; escorbuto; beriberi).
- f. Hábitos y presiones anormales.
- g. Postura
- h. Accidentes y traumatismos

²⁰Grabe. Vanarsdall, Ortodoncia “Principios y técnicas actuales”, Cuarta Edición, Madrid 2006.

B. Factores intrínsecos

Son más directamente relacionados a la cavidad bucal y perfectamente controlables por el odontólogo. Estos deben ser detectados y eliminados para que la corrección sea mantenida y no existan recidivas.

- a. Anomalías de número (supernumerarios, agenesias)
- b. Anomalías de tamaño (macrodoncia, microdientes)
- c. Anomalías de forma (dientes conoides, cúspides extras, geminación, fusión, molares en forma de frambuesa, dientes de Hutchinson)
- d. Frenillos labiales y bridas mucosas
- e. Pérdida prematura de dientes deciduos
- f. Retención prolongada de dientes deciduos
- g. Erupción tardía de dientes permanentes
- h. Vía de erupción anormal
- i. Anquilosis
- j. Caries dental

2.2.2.2TIPOS DE MALOCLUSIONES:

La clasificación de las maloclusiones, que implica las relaciones entre el esqueleto los maxilares y la cara no es nueva y ha sido intentada frecuentemente, existiendo diversas clasificaciones que se han propuesto a lo largo de la historia de la ortodoncia.

A. Clasificación según el elemento afectado y su localización:

a.1 DISPLASIAS DENTARIAS:

Es una maloclusión dentaria que se da cuando los dientes individuales en uno o ambos maxilares se encuentran en relación anormal entre sí. Sólo el sistema dentario está afectado. Esta afección puede limitarse a un par de dientes o puede afectar a la mayor parte de los dientes existentes. La relación entre los maxilares se considera normal, el equilibrio facial es casi siempre bueno y la función muscular es normal²¹.

a.2 DISPLASIAS ESQUELÉTICAS:

Esta maloclusión se fundamenta en la importancia de la relación antero - posterior de los maxilares entre sí y con la base del cráneo. La relación de estos dos con la base craneal ejercen una gran influencia sobre los objetivos y tratamiento ortodóntico. Pocos casos de maloclusión son problemas exclusivamente esqueléticos.

²¹Grabe. Vanarsdall, Ortodoncia “Principios y Técnicas Actuales”, Cuarta Edición, Madrid 2006.

a.3DISPLASIAS ESQUELETODENTARIAS:

En esta categoría se encuentran aquellos dientes solos o en grupos en situación de malposición en donde existe, además, una relación anormal entre el maxilar superior y el maxilar inferior, y entre ambos con la base del cráneo.

Estas displasias son las más complicadas y afectan a los cuatro sistemas tisulares, es decir: dientes, hueso, músculos y nervios.

a.4MALOCLUSIONES EN POSICIÓN MESIODISTAL:

Normalmente cada diente superior (excepto el último) ocluye con dos dientes inferiores: con su homólogo y con el que le sigue a partir de la línea media del arco. La maloclusión en dirección mesiodistal ocurre cuando el diente o los dientes del arco anómalo están más cerca o más lejos de la línea del arco de lo que corresponde con los dientes opuestos. Estas maloclusiones se denominan: mesio o distoclusión, según sea la posición de los dientes en la oclusión.

a.5MALOCLUSIONES EN DIRECCIÓN VESTIBULO-LINGUAL:

Normalmente en dirección vestibulolingual se observa que las caras vestibulares de los dientes superiores están por fuera de las caras vestibulares de los inferiores, de tal modo que los caninos e incisivos superiores ocultan el tercio superior de las coronas de sus homólogos inferiores. Si hay mala oclusión, los dientes estarán colocados por dentro o por fuera del sitio que les corresponde con relación a sus opuestos normales.

B. Clasificación según Angle:

b.1CLASE I (Neutroclusión):

La maloclusión clase I está asociada a una relación esquelético máxilomandibular normal; la discrepancia se encuentra entre los dientes y el tamaño de la mandíbula del individuo .Así como en una oclusión ideal, en la maloclusión clase I las cúspides mesiobucales de los primeros molares superiores permanentes ocluyen en el surco bucal de los primeros molares inferiores permanentes.²²

²²Vellini Ferreira, Flavio. Ortodoncia “ Diagnóstico y planificación clínica”. 2da edición. Capitulo 5. 2004.

b.2CLASE II (Distoclusión):

Poseen dos divisiones o tipos:

b.2.1CLASE II, División 1:

Se dice que existe una maloclusión clase II división 1 cuando el primer molar inferior permanente se encuentra distal a su contraparte superior. Esta distoclusión puede ser resultado de una mandíbula retrógnata, de un maxilar que se encuentra demasiado hacia delante, o una combinación de ambos. Además de la discrepancia esquelética anteroposterior, los arcos pueden estar apiñados, y también puede presentar una mordida abierta anterior. Debido a la sobreposición horizontal (sobremordida horizontal) del segmento anterior de los arcos de la maloclusión clase II, los inferiores anteriores pueden estar en sobreerupción hacia el paladar.

b.2.2CLASE II División 2:

Esta maloclusión también presenta una distoclusión, y su forma típica está caracterizada por una sobremordida vertical anterior profunda, los incisivos centrales superiores tienen inclinación lingual y los incisivos laterales superiores están inclinados labialmente (vestibular) y una curva de Spee exagerada en el arco mandibular con poco o nada de apiñamiento.

b.3CLASE III (Mesioclusión):

Una maloclusión clase III esquelética o verdadera es causada por sobrecrecimiento de la mandíbula creando una mesioclusión y consecuentemente una mordida cruzada anterior. En algunos casos el problema se complica más cuando existe un maxilar insuficiente o retraído. Otras características son la inclinación labial de los incisivos superiores y la inclinación lingual de los incisivos inferiores, además, existe labio superior hipertónico, mientras que el inferior es hipofuncional.

2.2.2.3 TIPOS DE HÁBITOS

Los Hábitos, de presión van a inferir en el crecimiento normal y la función de los músculos craneofacial. Y pueden ser:²³

1) HÁBITO DE RESPIRACIÓN BUCAL

Las causas para una mala respiración bucal puede ser adenoides, cornetes inflamados. Las dos características del paciente con el hábito de respiración bucal son: Un rostro alargado, ojeras profundas, los labios entre abiertos y los ojos caídos. Frecuentemente tienen una deglución atípica.

²³Vellini Ferreira, Flavio. Ortodoncia “ Diagnóstico y planificación clínica”. 2da edición. Capitulo 13. 2004.

2) HÁBITO DE SUCCIÓN

El hábito se da con la succión del pulgar provocando una mordida abierta anterior va a provocar que el arco superior e inferior sean angostos. La persistencia del hábito de succión después de los tres años y medio va a aumentar la deformación de la oclusión para corregirlos se utiliza una rejilla lingual.

3) HÁBITOS DE POSTURA

Es cuando la persona apoya su rostro sobre la mano. La maloclusión va a ser unilateral y se va a ubicar en el maxilar superior. Para la corrección del hábito se utiliza una placa Hawley con una rejilla vestibular en el lado que el paciente se apoya con su mano.

4) HÁBITO DE ONICOFAGIA

Es cuando la persona se come las uñas, este hábito, no va a causar problemas de oclusión si no va a producir una presión en el eje de los dientes.

5) DEGLUCIÓN ATÍPICA

Sus causas son el desequilibrio del control nervioso, amígdalas dentarias tempranas y diastemas, desnutrición, factores simbióticos, hábitos alimenticios inadecuados en la primera infancia.

2.2.3 DIAGNÓSTICO

Para tener éxito en el estudio de un diagnóstico en ortodoncia se debe seguir algunos pasos en forma sistemática y ordenada.

- A) Un examen clínico sistemático.- consiste en una apreciación general del paciente, ver su temperatura, textura, pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria.
- B) Confección de modelos de estudio.- Los modelos de estudio son registros que van a reproducir la oclusión de un paciente. Son muy importantes para el diagnóstico y plan de tratamiento ya que se va a estudiar las maloclusiones de los arcos dentarios.
- C) Examen radiográfico.- El estudio radiográfico nos va a servir para un buen diagnóstico para eso se necesita radiografías principales, radiografías panorámica, Bite-wing, cefalométricas.

- D) Análisis cefalométricos. Es para estudiar el crecimiento facial, con esta técnica cefalometrica se va a comparar y expresar las relaciones craneofaciales. Incluye:
 - Análisis de esqueleto facial
 - Análisis de los dientes
 - Análisis de los tejidos blandos

- E) Sección de fotos.- Las Fotos pueden ser intraorales y extraorales. Las fotos también sirven de gran ayuda para un buen diagnóstico.²⁴

²⁴Grabe. Vanarsdall, Ortodoncia “Principios y técnicas actuales”, Tercera Edición, Madrid 2006.

2.2.4 ORTODONCIA:

Es una especialidad cuya demarcación viene fundamentalmente determinada por la orientación terapéutica: es la ciencia estomatológica que estudia y atiende el desarrollo de la oclusión y su corrección por medio de aparatos mecánicos que ejercen fuerzas físicas sobre la dentición y su medio ambiente. Los límites de la ortodoncia que la separan de otras especialidades y definen su quehacer, son la oclusión (como objeto en que se centra la acción correctiva) y los medios terapéuticos (las fuerzas mecánicas del que se sirve para llegar a la corrección de los defectos o maloclusión dentaria).²⁵

La ortodoncia tiene el objetivo de: estudiar, prevenir, interceptar, y curar las anomalías de posición de los dientes y sus relaciones maxilofaciales, con el fin de mantener o restaurar las funciones normales del sistema estomatognático.

²⁵Uribe Restrepo, Gonzalo, Ortodoncia Teoría y Clínica, Bogotá 2004.

2.2.4.1 TIPOS DE ORTODONCIA

Según el objetivo pueden ser:²⁶

a) ORTODONCIA PREVENTIVA:

Este tipo de ortodoncia va impedir la maloclusión, va controlar los hábitos (como succión digital, deglución con presión de la lengua) la encontramos en niños con edad de 4 a 6 años.

El ortodoncista debe reconocer la deformación incipiente la causa de la deformación instituir, medidas preventivas. Cuando un niño pierde sus dientes ya sea por caries o accidente de las piezas deciduales van hacer las causas más frecuentes para una maloclusión, para eso se hace la confección de mantenedores de espacio, que también pueden ser protésicos.

b) ORTODONCIA INTERCEPTIVA

Va actuar cuando la maloclusión se esté desarrollando y va a evitar su comportamiento para eso se utiliza aparatos removibles o fijos como recuperador de espacio (silla de montar) o placas activas con tornillo de expansión.

c) ORTODONCIA CORRECTIVA:

²⁶UstrellTorrent, Josep, Ortodoncia, 2da Edición, España 2002

Es cuando la maloclusión ya está avanzada. El desorden oclusal se ha producido y se va a utilizar procedimientos para poder restablecer la normalidad morfológica y funcional.

2.2.4.2. TIPOS DE TRATAMIENTO DE ORTODONCIA

Tratamiento la dentición.- Se van a distinguir tipos de dentición temporal o decidua, dentición mixta (dientes temporales y dientes permanentes) y dientes permanentes.

Tratamiento Según el Objetivo.- Pueden ser tratamiento preventivo, tratamiento interceptivo, tratamiento correctivo.

Tratamiento Según la Localización.- Se distinguen tres tipos de tratamientos:

a) Tratamiento Ortodóntico Convencional.- Va actuar sobre la posición de los dientes. Su intención es fundamental para enderezar los dientes.

b) Tratamiento Ortopédico.- Fundamentalmente va hacer esquelético y de localización maxilofacial. Se va controlar el crecimiento de los maxilares y corregir la maloclusión.

c) Tratamiento Funcional.- Se van a emplear aparatos para la musculatura o va a intervenir a la actividad funcional para mover los cambios de la oclusión.

d) Tratamiento según la extensión.- Pueden ser de carácter local y general. El local va a darse sólo en un segmento sin actuar en el resto de la oclusión, y el general va en ambas arcadas.

CAPÍTULO III. VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES.

3.1. Variables.

1. Variables sociodemográficas: Edad, sexo, grado de educación, condición laboral, estado civil.
2. Variables de percepción del estado de salud oral.

3.2. Operacionalización de variables.-

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIZACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
Servicios básicos	Al examen	Agua Luz Teléfono	Nominal
Tiempo de tratamiento	Historia clínica	13m- 18m 19m- 24m	Nominal
Objetivos de tratamiento	Historia clínica	Preventivo Interceptivo Correctivo	Nominal
Edad	Al examen	>20 años 20 a 29 años 30 a 39 años	Nominal
Sexo	Características sexuales	Masculino Femenino	Nominal
Estado civil		Soltero(a) Casado(a) Conviviente Viudo(a) Divorciado(a)	Nominal
Estudios	Al examen	Primarios Secundarios Profesional Superior	Nominal
Situación laboral	Al examen	Trabaja Jubilado o pensionista Sin trabajo Estudiante Su casa Otra	Nominal
Estado de salud (percepción)	Encuesta OHIP-49	Excelente Muy buena Buena Regular Mala	Nominal
VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIZACIÓN	ESCALA DE

			MEDICIÓN
Calidad de vida	Limitación funcional	Mala Buena Muy buena	Intervalo
Calidad de vida	Dolor físico	Mala Buena Muy buena	Intervalo
Calidad de vida	Molestias psicológicas	Mala Buena Muy buena	Intervalo
Calidad de vida	Incapacidad física	Mala Buena Muy buena	Intervalo
Calidad de vida	Incapacidad psicológica	Mala Buena Muy buena	Intervalo
Calidad de vida	Incapacidad social	Mala Buena Muy buena	Intervalo
Calidad de vida	Obstáculos	Mala Buena Muy buena	Intervalo

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

4.1 Diseño.- Es un estudio observacional, analítico, de corte transversal, prospectivo.

4.2 Ámbito de estudio.- Pacientes atendidos en la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia maxilar en la Universidad Privada de Tacna en los años 2010, 2011 y 2012

4.3 Población y muestra.-De acuerdo a la información brindada por la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia maxilar el número de pacientes que fueron atendidos mediante tratamiento de ortodoncia es de 265. Realizando el procedimiento para el cálculo de la muestra, teniendo un error máximo del 5% y un nivel de confianza de 95%, requerimos una muestra de 80 pacientes.

$$\frac{\sqrt{z^2 \times p (1-p)}}{d^2(N-1) + z^2 p (1-p)}$$

$$n = 80$$

4.4 Criterios de inclusión.-

- Pacientes durante y con post tratamiento ortodóncico atendidos en la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar de la Universidad Privada de Tacna entre los años 2010 a 2012.
- Pacientes que voluntariamente aceptaron el consentimiento informado para participar en este estudio.

4.5 Criterios exclusión.-

- Pacientes que voluntariamente no aceptaron ser encuestados a participar en este estudio.

CAPÍTULO V. PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS.

La recolección de datos se procedió luego de acabadas las encuestas, y fueran debidamente verificadas. Los datos se ingresaron en el estadístico SPSS y se utilizó los estadísticos necesarios según evaluación del apoyo estadístico.

Este instrumento incorpora las influencias negativas sobre la salud y es una escala de tipo Likert 0-4, cuyas opciones de respuesta pueden ir desde "nunca" hasta "muy frecuentemente", e incluye 49 preguntas (OHIP-49). Se basa en la experiencia del paciente enfocando la frecuencia del impacto negativo diario de las condiciones bucales sobre a vida en general. Se tienen en cuenta siete dimensiones diferentes: la limitación funcional (9 preguntas), el dolor físico (9), el discomfort psicológico (5), la deficiencia física (9), incapacidad psicológica (6), incapacidad social (5) y la desventaja en la vida (6). Tal como en el modelo de la OMS, los impactos son organizados de forma lineal y pasando desde una dimensión biológica a una dimensión de comportamiento y después social. Usando esta escala, se llegó a la conclusión de que la halitosis es de las patologías orales que provoca mayor impacto negativo.

De esta manera pudimos leer los resultados sabiendo que cuanto menos sea el puntaje después de la encuesta mayor será el nivel de calidad de vida y viceversa; así poder cuantificar el nivel de calidad de vida relacionada a la salud oral después de un tratamiento de ortodóncico en la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar en la UPT en el año 2010, 2011 y 2012.

RESULTADOS

TABLA N° 1

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES DURANTE Y
POST TRATAMIENTO ORTODÓNICO EN LA ESPECIALIDAD DE
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA
DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA, EN EL AÑO 2010, 2011 Y 2012**

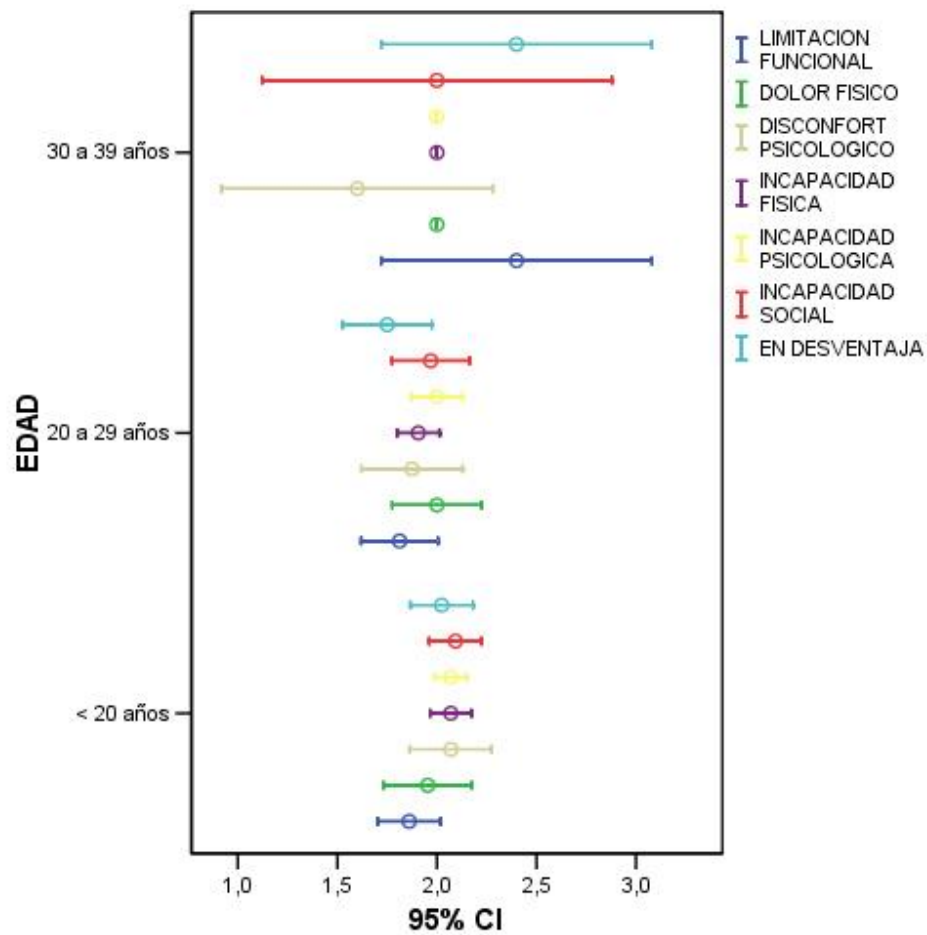
		n	%
EDAD	< 20 años	43	53.8%
	20 a 29 años	32	40.0%
	30 a 39 años	5	6.3%
	Total	80	100.0%
SEXO	Masculino	29	36.3%
	Femenino	51	63.8%
	Total	80	100.0%
ESTADO CIVIL	Soltero	74	92.5%
	Casado	4	5.0%
	Conviviente	2	2.5%
	Viudo	0	0.0%
	Divorciado	0	0.0%
	Total	80	100.0%
ESTUDIOS COMPLETADOS	Primarios	21	26.3%
	Secundarios	36	45.0%
	Profesional	7	8.8%
	Superior	16	20.0%
	Total	80	100.0%
SITUACIÓN LABORAL	Trabaja	25	31.3%
	Jubilado	0	0.0%
	Sin trabajo	0	0.0%
	Estudiante	54	67.5%
	Su casa	1	1.3%
	Otro	0	0.0%
	Total	80	100.0%

FUENTE: Encuesta sobre calidad de vida en pacientes durante y post tratamiento ortodónico OHIP- 49 en los años 2010, 2011 y 2012.

En referencia a las características sociodemográficas de la población encuestada, en cuanto a la edad, pacientes menores de 20 años tienen la mayor frecuencia con 53.8% del total. Pacientes de sexo femenino tienen la mayor frecuencia con 63.8%. Pacientes solteros presentan la mayor frecuencia con 92.5%. Con referencia al grado de instrucción, el nivel secundario con 45% es el de mayor presentación. Y la situación laboral, los pacientes que son estudiantes se presentan con mayor frecuencia con 67.5%.

GRÁFICO Nro. 1

RELACIÓN DE LAS DIMENSIONES DEL OHIP-49 SEGÚN LA EDAD DE PACIENTES DURANTE Y POST TRATAMIENTO ORTODÓNICO EN LA ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA, EN EL AÑO 2010, 2011 Y 2012

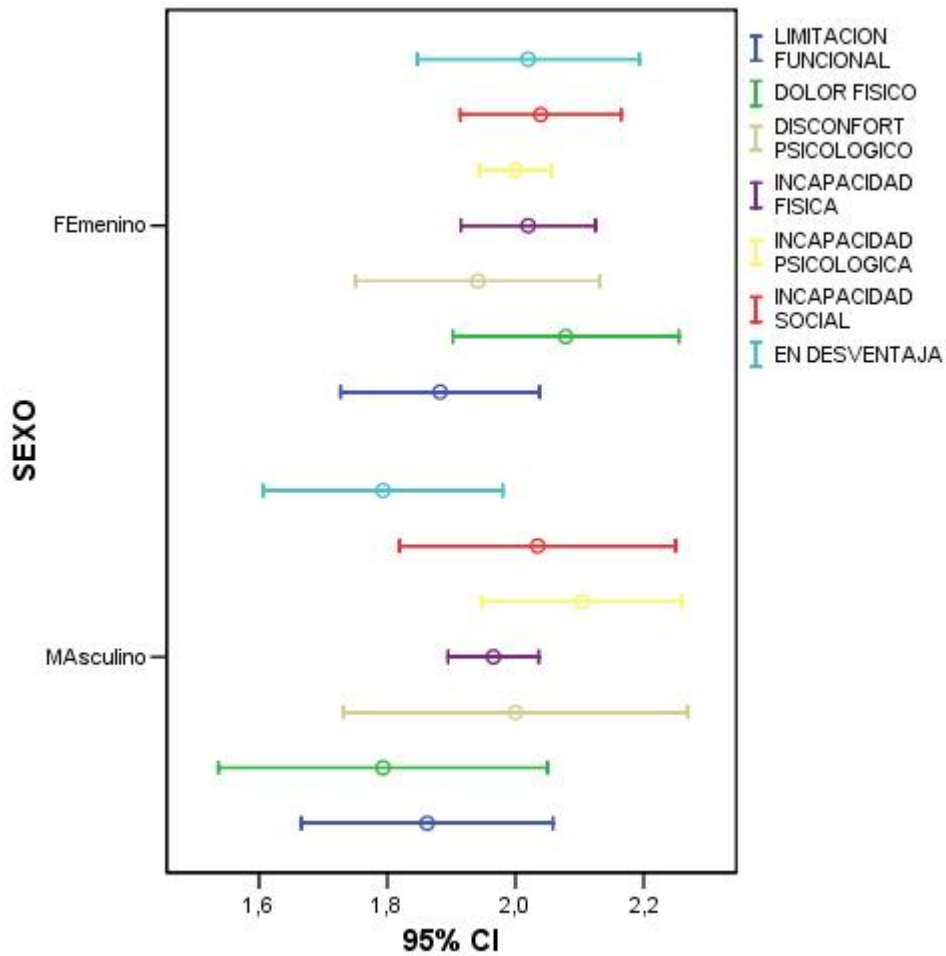


FUENTE: Encuesta sobre calidad de vida en pacientes durante y post tratamiento ortodónico OHIP- 49 en los años 2010, 2011 y 2012.

El gráfico nos muestra la relación de edad de los pacientes encuestados con las dimensiones del OHIP-49 con un intervalo de 95% de confianza podemos afirmar que en pacientes menores de 20 años las dimensiones más comprometidas son disconfort psicológico, incapacidad física, incapacidad social e incapacidad psicológica. En pacientes con un intervalo de edad de 20 a 29 años las dimensiones comprometidas son dolor físico, incapacidad psicológica e incapacidad social. Por último en pacientes con un intervalo de edad de 30 a 39 años las dimensiones comprometidas son limitación funcional y en desventaja

GRÁFICO Nro. 2

RELACIÓN DE LAS DIMENSIONES DEL OHIP-49 SEGÚN EL SEXO DE PACIENTES DURANTE Y POST TRATAMIENTO ORTODÓNICO EN LA ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA, EN EL AÑO 2010, 2011 Y 2012

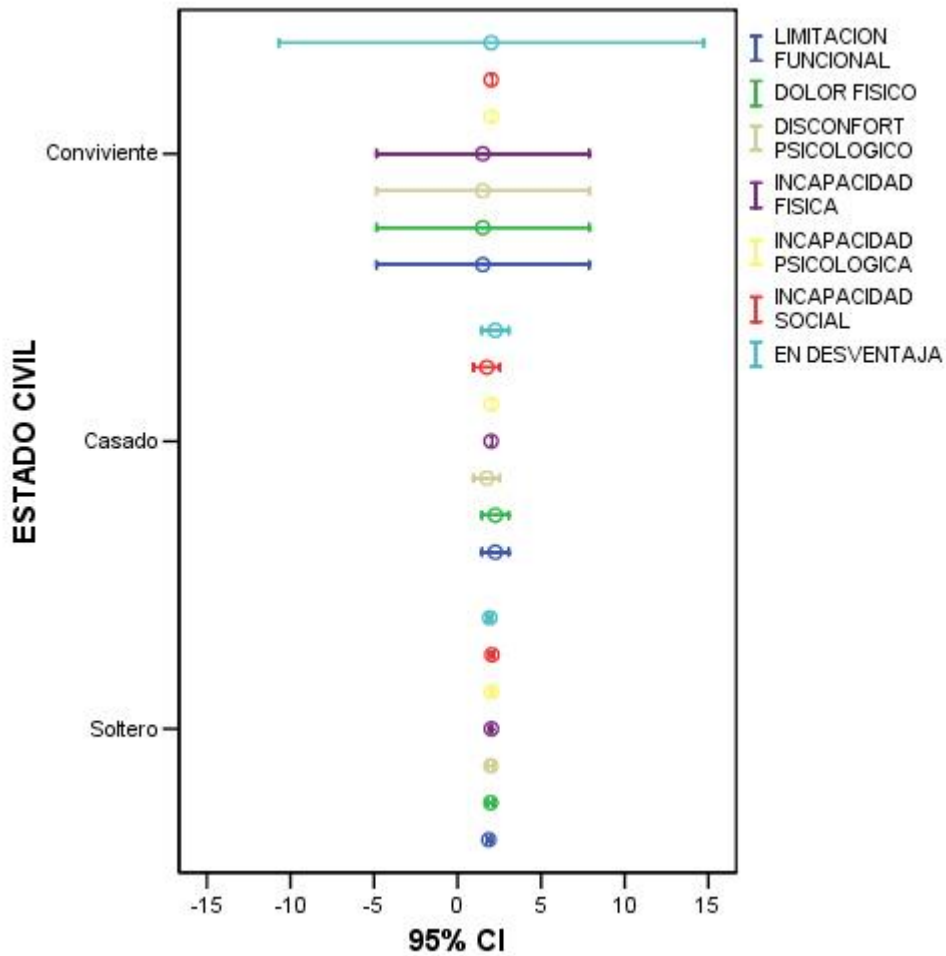


FUENTE: Encuesta sobre calidad de vida en pacientes durante y post tratamiento ortodónico OHIP- 49 en los años 2010, 2011 y 2012.

El gráfico nos muestra la relación de sexo de los pacientes encuestados, con las dimensiones del OHIP-49 con un intervalo de 95% de confianza podemos afirmar que en el masculino predominan las dimensiones de incapacidad psicológica y social, y en el sexo femenino predomina la dimensión de dolor físico.

GRÁFICO Nro. 3

RELACIÓN DE LAS DIMENSIONES DEL OHIP-49 SEGÚN EL ESTADO CIVIL DE PACIENTES DURANTE Y POST TRATAMIENTO ORTODÓNICO EN LA ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA Y ORTODONCIA EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA, EN EL AÑO 2010, 2011 Y 2012

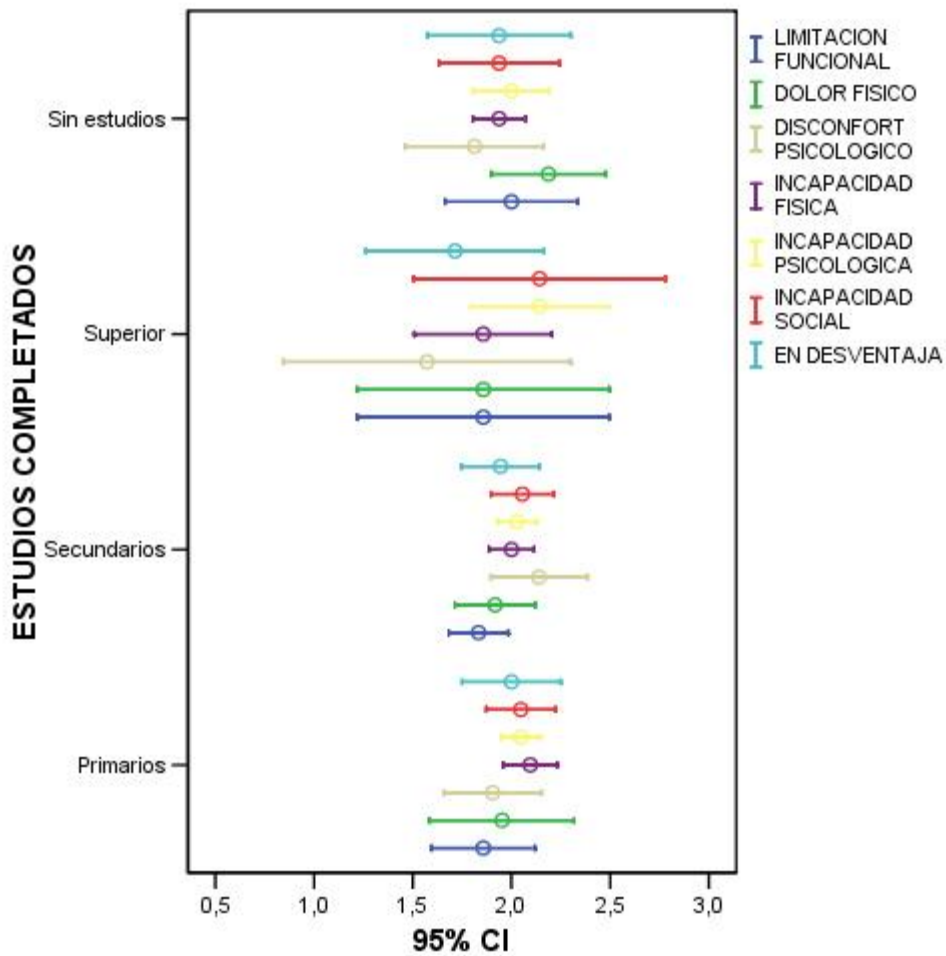


FUENTE: Encuesta sobre calidad de vida en pacientes durante y post tratamiento ortodoncico en la especialidad de ortodoncia y ortopedia maxilar de la clínica de la UPT en los años 2010, 2011 y 2012.

El grafico nos muestra la relación de sexo de los pacientes encuestados, con las dimensiones del OHIP-49 con un intervalo de 95% de confianza podemos afirmar que el estado civil soltero, casado y conviviente las dimensiones son bastante similares.

GRÁFICO Nro. 4

RELACIÓN DE LAS DIMENSIONES DEL OHIP-49 SEGÚN ESTUDIOS COMPLETADOS DE PACIENTES DURANTE Y POST TRATAMIENTO ORTODÓNICO EN LA ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA, EN EL AÑO 2010, 2011 Y 2012

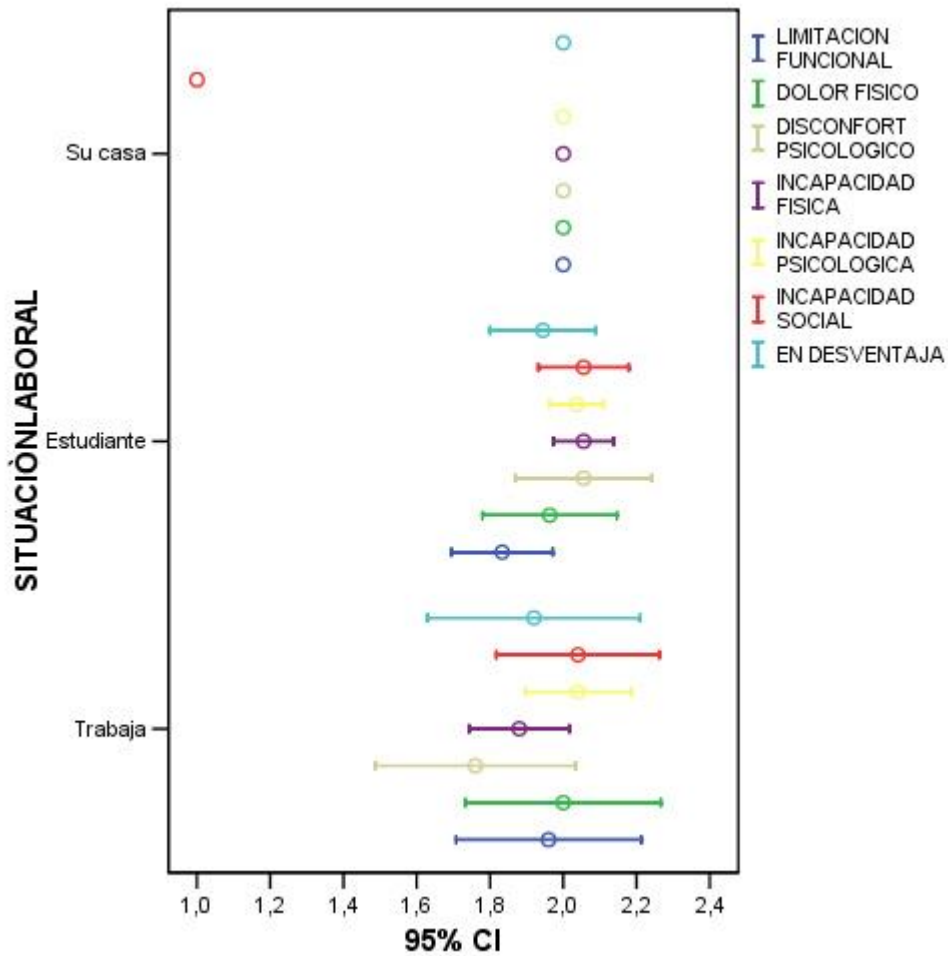


FUENTE: Encuesta sobre calidad de vida en pacientes durante y post tratamiento ortodónico OHIP- 49 en los años 2010, 2011 y 2012.

El gráfico nos muestra la relación de sexo de los pacientes encuestados, con las dimensiones del OHIP-49 con un intervalo de 95% de confianza podemos afirmar que en pacientes sin estudios la dimensión con mayor frecuencia es el dolor físico, en pacientes con estudio superior la dimensión con mayor frecuencia es la incapacidad social, y pacientes con estudios primarios y secundarios hay una similitud en cuantos a sus dimensiones.

GRÁFICO Nro. 5

RELACIÓN DE LAS DIMENSIONES DEL OHIP-49 SEGÚN SITUACIÓN LABORAL DE PACIENTES DURANTE Y POST TRATAMIENTO ORTODÓNCICO EN LA ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA, EN EL AÑO 2010, 2011 Y 2012



FUENTE: Encuesta sobre calidad de vida en pacientes durante y post tratamiento ortodóncico OHIP- 49 en los años 2010, 2011 y 2012.

El gráfico nos muestra la relación de sexo de los pacientes encuestados, con las dimensiones del OHIP-49 con un intervalo de 95% de confianza podemos afirmar que en pacientes dedicados a su casa presentan similitud en las dimensiones a excepción de la incapacidad social que es de menor frecuencia. Pacientes estudiantes presentan con mayor frecuencia las dimensiones de incapacidad física, incapacidad psicológica e incapacidad social, así como también el discomfort psicológico. Pacientes que trabajan presentan con mayor frecuencia las dimensiones de incapacidad psicológica e incapacidad social.

TABLA N° 2

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DURANTE Y POST TRATAMIENTO
ORTODÓNCICO EN LA ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA Y
ORTOPEDIA MAXILAR SEGÚN PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN
LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE
TACNA, EN EL AÑO 2010, 2011 Y 2012**

		n	%
CALIDAD VIDA	Mala	20	25.0%
	Buena	48	60.0%
	Muy buena	12	15.0%
	Total	80	100.0%

FUENTE: Encuesta sobre calidad de vida en pacientes durante y post tratamiento ortodóncico OHIP- 49 en los años 2010, 2011 y 2012.

En la presenta tabla podemos evidenciar que del total de pacientes encuestados el 60% pertenece al grupo de percepción buena, seguido por el grupo de percepción mala con 25%, posteriormente encontramos al grupo de percepción muy buena con 15%.

TABLA N° 3

RELACIÓN DE LAS DIMENSIONES DEL OHIP-49 SEGÚN LOS GRUPOS DE PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DURANTE Y POST TRATAMIENTO ORTODÓNCICO EN LA ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA, EN EL AÑO 2010, 2011 Y 2012

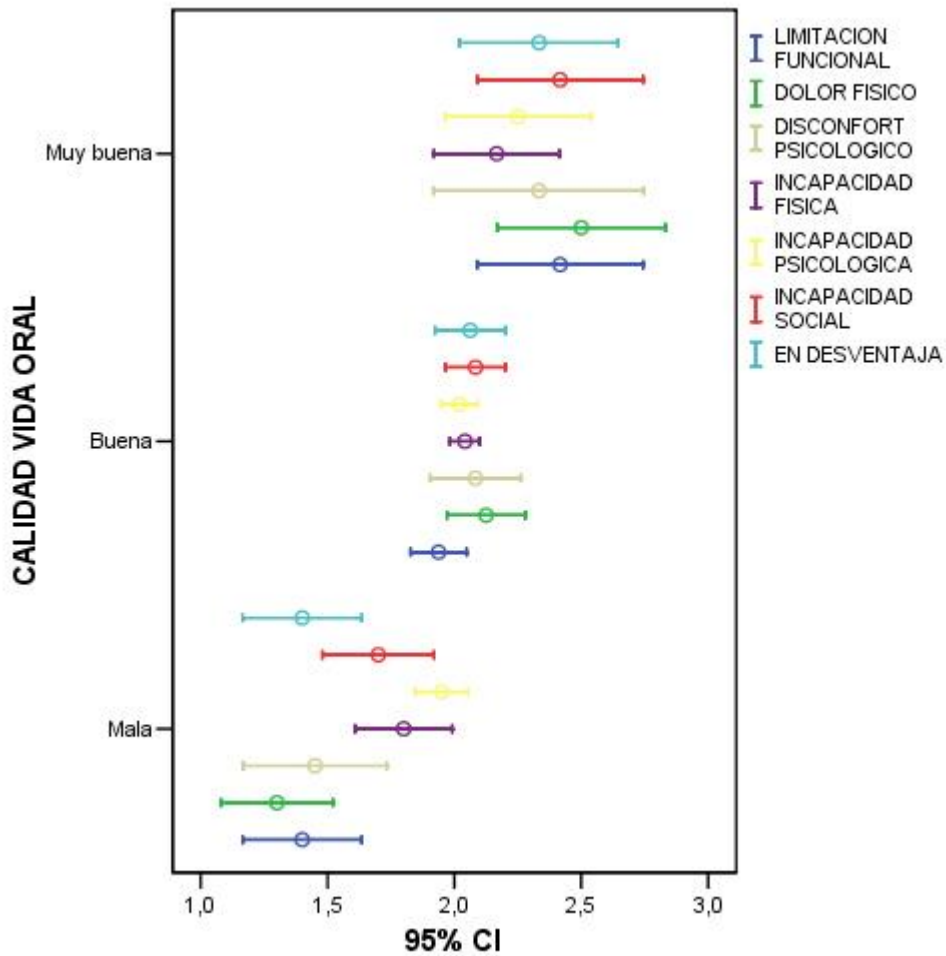
	Mala		Buena		Muy buena		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
LIMITACIÓN FUNCIONAL	17	21.3%	56	70.0%	7	8.8%	80	100.0%
DOLOR FÍSICO	18	22.5%	46	57.5%	16	20.0%	80	100.0%
DISCONFORT PSICOLÓGICO	20	25.0%	43	53.8%	17	21.3%	80	100.0%
INCAPACIDAD FÍSICA	4	5.0%	72	90.0%	4	5.0%	80	100.0%
INCAPACIDAD PSICOLÓGICA	2	2.5%	73	91.3%	5	6.3%	80	100.0%
INCAPACIDAD SOCIAL	8	10.0%	61	76.3%	11	13.8%	80	100.0%
EN DESVENTAJA	16	20.0%	53	66.3%	11	13.8%	80	100.0%

FUENTE: Encuesta sobre calidad de vida en pacientes durante y post tratamiento ortodóncico OHIP- 49 en los años 2010, 2011 y 2012.

En la presente tabla podemos evidenciar que en todas las dimensiones el grupo de percepción de calidad de vida que predomina es buena; teniendo a limitación funcional con 70%, a dolor físico con 57%, a disconfort psicológico con 53.8%, a incapacidad física con 90%, a incapacidad psicológica con 91.3%, a incapacidad social con 76.3% y en desventaja con 66.3%.

GRAFICO Nro. 6

RELACIÓN DE LAS DIMENSIONES DEL OHIP-49 SEGÚN LOS GRUPOS DE PERCEPCIÓN DE PACIENTES DURANTE Y POST TRATAMIENTO ORTODÓNICO EN LA ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA Y ORTOPEdia MAXILAR EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA, EN EL AÑO 2010, 2011 Y 2012

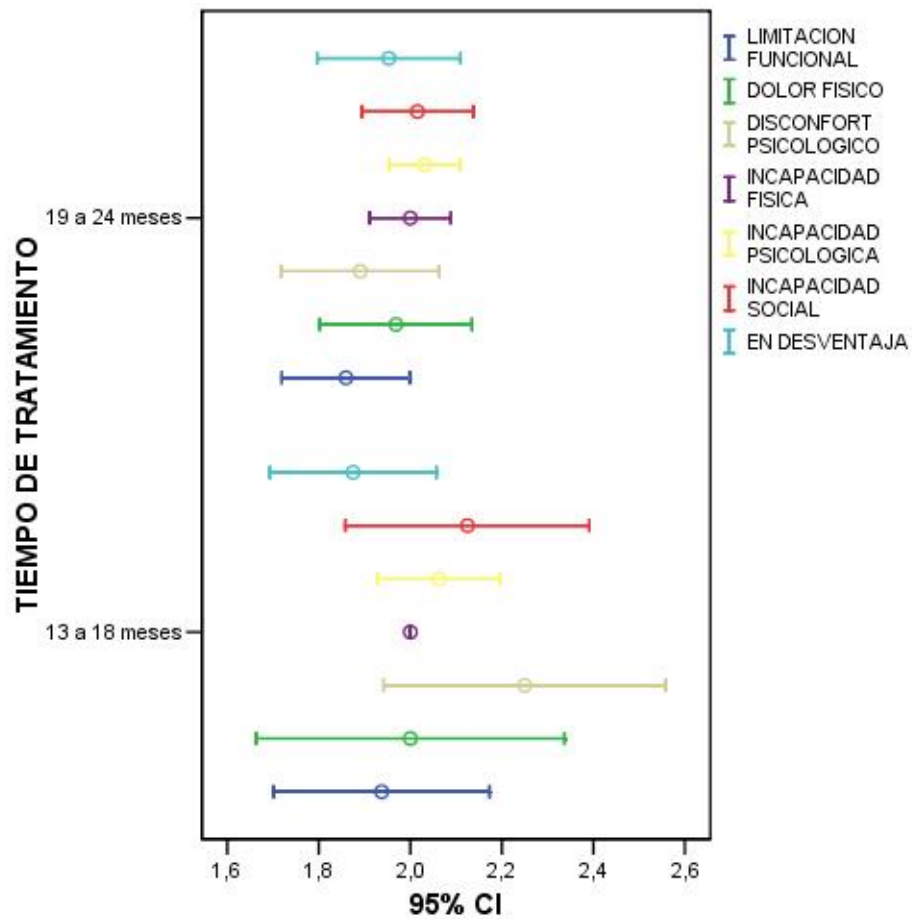


FUENTE: Encuesta sobre calidad de vida en pacientes durante y post tratamiento ortodónico OHIP- 49 en los años 2010, 2011 y 2012.

Con un intervalo de 95% de confianza podemos afirmar que según la percepción de calidad de vida oral y las dimensiones evaluadas del test OHIP-49, podemos afirmar que en el grupo que perciben que su calidad de vida oral es buena las dimensiones más comprometidas son dolor físico y discomfort psicológico. En el grupo que perciben como su calidad de vida muy buena, la dimensión más comprometida es dolor físico. En el grupo que percibe como su calidad de vida mala, la dimensión más comprometida es incapacidad psicológica por lo tanto esos valores se tienen que considerar más en nuestros pacientes

GRAFICO Nro. 7

RELACIÓN DE LAS DIMENSIONES DEL OHIP-49 SEGÚN EL TIEMPO DE TRATAMIENTO DE PACIENTES DURANTE Y POST TRATAMIENTO ORTODÓNICO EN LA ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA Y ORTOPEdia MAXILAR EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA, EN EL AÑO 2010, 2011 Y 2012



FUENTE: Encuesta sobre calidad de vida en pacientes durante y post tratamiento ortodónico OHIP- 49 en los años 2010, 2011 y 2012.

El gráfico nos muestra la relación del tiempo de tratamiento de los pacientes encuestados, con las dimensiones del OHIP-49 con un intervalo de 95% de confianza podemos afirmar que en pacientes con un tiempo de tratamiento de 13 a 18 meses la dimensión con mayor frecuencia es de discomfort psicológico y en menor frecuencia es de limitación funcional y en desventaja. En pacientes con tiempo de tratamiento de 19 a 24 meses la dimensión con menor frecuencia es limitación funcional y discomfort psicológico.

Tabla Nro 4

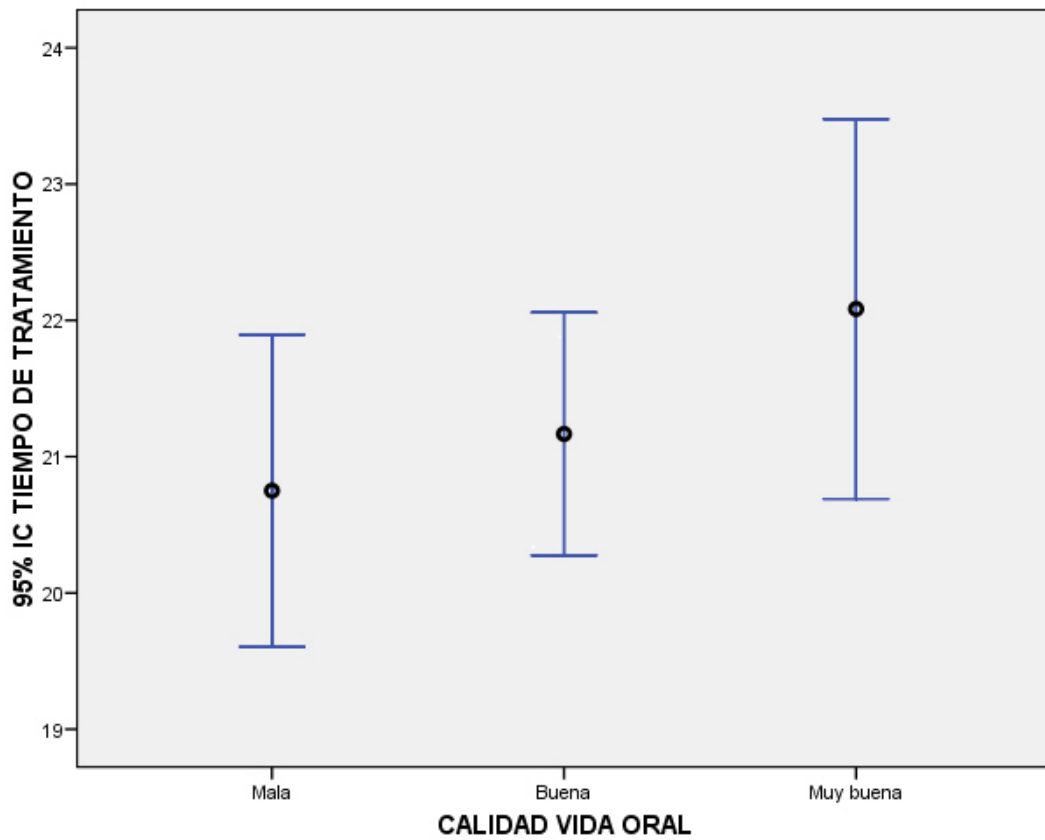
**RELACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN VARIABLES
SOCIODEMOGRAFICAS DE PACIENTES DURANTE Y POST
TRATAMIENTO ORTODÓNCICO EN LA ESPECIALIDAD DE
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR EN LA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA, EN EL
AÑO 2010, 2011 Y 2012**

		CALIDAD DE VIDA								p:
		Mala		Buena		Muy buena		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
EDAD	< 20 años	11	55.0%	24	50.0%	8	66.7%	43	53.8%	0.557
	20 a 29 años	9	45.0%	20	41.7%	3	25.0%	32	40.0%	
	30 a 39 años	0	0.0%	4	8.3%	1	8.3%	5	6.3%	
	Total	20	100.0%	48	100.0%	12	100.0%	80	100.0%	
SEXO	Masculino	11	55.0%	14	29.2%	4	33.3%	29	36.3%	0.127
	Femenino	9	45.0%	34	70.8%	8	66.7%	51	63.8%	
	Total	20	100.0%	48	100.0%	12	100.0%	80	100.0%	
ESTADO CIVIL	Soltero	19	95.0%	43	89.6%	12	100.0%	74	92.5%	0.458
	Casado	0	0.0%	4	8.3%	0	0.0%	4	5.0%	
	Conviviente	1	5.0%	1	2.1%	0	0.0%	2	2.5%	
	Total	20	100.0%	48	100.0%	12	100.0%	80	100.0%	
ESTUDIOS COMPLETADOS	Primarios	7	35.0%	11	22.9%	3	25.0%	21	26.3%	0.728
	Secundarios	8	40.0%	23	47.9%	5	41.7%	36	45.0%	
	Superior	3	15.0%	3	6.3%	1	8.3%	7	8.8%	
	Sin estudios	2	10.0%	11	22.9%	3	25.0%	16	20.0%	
	Total	20	100.0%	48	100.0%	12	100.0%	80	100.0%	
SITUACIÓN LABORAL	Trabaja	7	35.0%	14	29.2%	4	33.3%	25	31.3%	0.929
	Estudiante	13	65.0%	33	68.8%	8	66.7%	54	67.5%	
	Su casa	0	0.0%	1	2.1%	0	0.0%	1	1.3%	
	Total	20	100.0%	48	100.0%	12	100.0%	80	100.0%	

En la presente tabla podemos evidenciar que las variables sociodemograficas no tienen asociación con la calidad de vida, debido al valor “p” en cada una de las variables es mayor del rango normal.

GRAFICO Nro. 8

RELACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL TIEMPO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DURANTE Y POST TRATAMIENTO ORTODÓNCICO EN LA ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA, EN EL AÑO 2010, 2011 Y 2012



En el presente grafico con un intervalo de confianza de 95% podemos decir que a más tiempo de tratamiento, mayor será la calidad de vida.

DISCUSIÓN

En referencia a las características sociodemográficas de la población en estudio, con mayor frecuencia se presentaron el estado soltero con 92.5% del total de encuestados. Así mismo los de grado de instrucción secundario ocuparon el mayor porcentaje con 45%. Referente a la ocupación las personas referían al momento de la encuesta eran estudiantes los cuales fueron de mayor presentación (67.5%). En relación a la edad de esta población fueron principalmente menores de 20 años con 53%. En referencia al sexo se presentó una mayor frecuencia en el sexo femenino con 63.8%, y masculino con 36.3%.. Por otra parte las demás variables sociodemograficas como el estado civil; soltero (92.5%), situación laboral; estudiante (67.5%) y estudios completados; secundaria (45%) no nos indica necesariamente estas variables que son las responsables de una buena calidad de vida. Mandall NA (12) en el año 2008 en un estudio indica que estas variables no son de suma importancia para culminar un tratamiento de ortodoncia y posterior a esto mejorar la calidad de vida.

En el estudio, de los grupos de percepción, el de percepción Buena es el de mayor frecuencia con el 60% del total de encuestados debido a que la salud oral va de la mano con la salud en general; si hay una buena salud oral definitivamente habrá una salud general; es decir un bienestar físico, psicológico y social. Locker D, Allen (10) en el año 2007 concluía que la autoestima no mejorará durante el tratamiento de ortodoncia, aunque si lo hará de forma significativa al acabarlo. Los adolescentes que finalizan el tratamiento de ortodoncia muestran unos índices de autoestima similares a los que tienen un perfil correcto y normoclusión.

En relación a las dimensiones del impacto en la salud oral OHIP se aprecia que en pacientes con una muy buena calidad de vida existe un aspecto negativo, el cual es el dolor físico durante el tratamiento ortodóntico y es el principal factor por lo que los pacientes tienen incomodidad para realizar sus actividades diarias. Taylor KR(11) en el año 2009 demuestra que cuando la calidad de vida oral mejora en la salud, también lo hace en la calidad de vida en general.

Shaw WC (13) en el año 2007 indica que hay expectativas en general de que el tratamiento de ortodoncia mejore la autoestima y el bienestar psicológico pero hay poca evidencia para apoyar este objetivo. En cuanto a las dimensiones del OHIP de nuestro estudio la incapacidad psicológica en una muy buena calidad de vida no es muy frecuente de tal manera que el paciente seguirá con su tratamiento esperando muy buenas expectativas al concluirlo y así mejorar su estética y su función.

CONCLUSIONES

1. Se obtuvo que el 60 % de la población percibe una buena calidad de vida en pacientes durante y post tratamiento ortodóncico en la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada de Tacna en los años 2010, 2011 y 2012

2. Sobre la calidad de vida y las variables sociodemográficas no se encontró asociación en pacientes durante y post tratamiento de ortodoncia en la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia maxilar en la UPT en el año 2010, 2011 y 2012.

3. En relación al tiempo de tratamiento y percepción de calidad de vida no se encontró asociación, pero sí en pacientes durante y post tratamiento ortodóncico en la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia maxilar en la UPT en el año 2010, 2011 y 2012.

RECOMENDACIONES

1. Siendo el dolor físico una desventaja en el tratamiento ortodóncico, incentivar al paciente a que siga un tratamiento para el dolor y concientizarlo sobre las desventajas que implica un tratamiento de ortodoncia.
2. Concientizar a la población que no hay límite de edad para empezar un tratamiento de ortodoncia, y así poder mejorar la estética y función de acuerdo a los requerimientos del paciente
3. Incentivar a nuevos estudios similares al presente con el uso del instrumento OHIP-49

BIBLIOGRAFÍA

1. Locker D, Allen F. What do measures of “oral health-related quality of life” measure? *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35(6):401-411.
2. Kushnir D, Shlomo P, Zusman SP, Robinson PG. Validation of a Hebrew version of the Oral Health Impact Profile 14. *J Public Health Dent* 2004;64(2):71-5.
3. Jung MH. Evaluación de los efectos de la maloclusión y el tratamiento de ortodoncia en la autoestima. *Am J Orthod dentofacialorthop.* 2010; 138(2); 160-6.
4. Peñaranda P. *Psicología Odontológica, Interdisciplinaridad entre la Psicología y la Odontología*, Universidad Central de Venezuela, Ediciones de la Biblioteca. Caracas; 2000.
5. Alves Cardoso, Rielson José. “Estética Dental, Nueva Generación”. Editorial Artes Médicas Latinoamericanas, Brasil 2003.
6. Fernández JA, Hernández R, Siegrist J. El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica. *Atención Primaria* 2001
7. Uribe R, Gonzalo. *Ortodoncia “ Teoría y clínica”* 2da edición 2010.
8. Patrick D, Erickson P. *Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation*. Oxford University Press. New York; 1993.
9. Otero M, Hugo ; Otero M, Jaime:” *La ortopedia maxilar”*. Publicación auspiciada por la Soc. Peruana de Ortop. Func. De los maxilares .

10. S; Locker D; Muirhead V; Tompson B; Streiner DL.El bienestar psicológico influye en la calidad de vida en relación con la salud oral en niños que reciben tratamiento de ortodoncia. . Marzo. Canada. 2011
11. Taylor KR; Kiyak A; Huang GJ; Greenlee GM; Jolley CJ; King GJ. Efectos de la maloclusión y su tratamiento en la calidad de vida de los adolescentes. Sep. Mexico. 2009
12. Mandall NA; Matthew S; Fox D; Wright J; Conboy FM; O'Brien KD La predicción de cumplimiento y terminación del tratamiento de ortodoncia: Son las medidas de la calidad de vida importantes?.Feb. Mexico 2008
13. Shaw WC; Richmond S; Kenealy PM; Kingdon A; Worthington H .Un estudio de 20 años sobre cohorte sobre el aprovechamiento de un tratamiento de ortodoncia: resultado psicológico. Aug. Mexico. 2007
14. Nussbaum. C. Martha, La calidad de vida, India,1998.
15. Rossella Palomba. Calidad de vida: Conceptos y medidas. Diciembre, 2011
16. Velarde-Jurado Elizabet, MC. Evaluación de la calidad de vida. Salud Publica Mex 2002;44:349-361.
17. Moreno A, Méndez P, Mancillas MA, Gutiérrez R. Calidad de vida en ciudades mexicanas. 2008.
18. P. González, M. Bousoño, M. González-(juirús, C. Pérez de Albéniz y J. Bobes. Evaluación de calidad de vida. Psiquiatria. Vol. V. Núm. 6. 1993.
19. Ustrell Torrent, Josep, Ortodoncia, 2da Edición, España 2002
20. Grabe. Vanarsdall, Ortodoncia “Principios y técnicas actuales”, Cuarta Edición, Madrid 2006.
21. Vellini Ferreira, Flavio. Ortodoncia “ Diagnóstico y planificación clínica”. 2da edición. Capitulo 5. 2004.

22. Grabe. Vanarsdall, Ortodoncia “Principios y técnicas actuales”, Tercera Edición, Madrid 2002.
23. Uribe Restrepo, Gonzalo, Ortodoncia Teoría y Clínica, Bogotá 2004..
24. Castrejón-Pérez RC, Borges-Yáñez SA, Irigoyen-Camacho ME. Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. Rev Panam Salud Publica. 2010;27(5):321–9.

ANEXOS

Validado en español por Castrejón-Pérez RC, Borges-Yañez SA, Irigoyen-Camacho en Mexico en el años 2010. Rev Panam Salud Publica. 2010;27(5):321-9

	NUNCA	CASI-NUNCA	OCASIONAL- MENTE	FRECIENTE- MENETE	MUY FRECIENTE- MENTE
LIMITACION FUNCIONAL					
Has tenido dificultades mordiendo algún alimento por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					
¿Has tenido problemas pronunciando alguna palabra por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					
¿Has notado un diente que no se ve bien?					
Has sentido que tu apariencia ha sido afectada por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					
¿Has sentido que tu aliento se ha deteriorado por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					
¿Has sentido que tu sensación de sabor ha empeorado por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					
¿Has retenido alimento en tus dientes o prótesis?					
Has sentido que tu apariencia ha sido afectada por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					
¿Has sentido que tus prótesis no ajustan apropiadamente?					
DOLOR FISICO					
¿Has tenido molestias dolorosas en tu boca?					
¿Has tenido dolor en los maxilares?					
¿Has tenido dolor de cabeza por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					
¿Has tenido dientes sensibles, por ejemplo debido a calor o alimentos o líquidos fríos?					
¿Has tenido dolor de dientes?					
¿Has tenido dolor de encías?					
¿Has encontrado incómodo comer algún alimento por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					
¿Has tenido áreas dolorosas en tu boca?					
¿Has tenido prótesis incómodas?					
DISCOMFORT PSICOLOGICO					
¿Has estado preocupado por problemas dentales?					
¿Has sido consciente de ti mismo por tus dientes, boca o prótesis?					
¿Los problemas dentales te han hecho miserable?					
¿Has sentido discomfort sobre la apariencia de tus dientes, boca o prótesis?					
¿Te has sentido tenso/a por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					

	NUNCA	CASI-NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	MUY FRECUENTEMENTE
INCAPACIDAD FISICA					
¿Ha sido poco clara la forma en que tú hablas por problemas con tus dientes?					
¿La gente ha malentendido algunas de tus palabras por problemas con tus dientes?					
¿Has sentido que hay menos sabor en tus alimentos por problemas con tus dientes?					
¿Has sido incapaz para cepillar tus dientes apropiadamente por problemas con tus dientes?					
¿Has tenido que evitar comer algunos alimentos por problemas con tus dientes?					
¿Tu dieta ha sido insatisfactoria por problemas con tus dientes?					
¿Has sido incapaz de comer?					
¿Has evitado sonreír por problemas con tus dientes?					
¿Has tenido que interrumpir comidas por problemas con tus dientes?					
INCAPACIDAD PSICOLOGICA					
¿Tu sueño ha sido interrumpido por problemas con tus dientes?					
¿Has estado molesto por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					
¿Has encontrado difícil relajarte por problemas con tus dientes?					
¿Te has sentido deprimido por problemas con tus dientes?					
¿Se ha afectado tu concentración por problemas con tus dientes?					
¿Has estado un poco avergonzado por problemas con tus dientes?					
INCAPACIDAD SOCIAL					
¿Has evitado salir por problemas con tus dientes?					
¿Has sido menos tolerante con tu pareja o familia por problemas con tus dientes?					
¿Has tenido problemas relacionándote con otra gente por problemas con tus dientes?					
¿Has estado un poco irritable con otra gente por problemas con tus dientes?					
¿Has tenido dificultades haciendo tu trabajo habitual por problemas con tus dientes?					
EN DESVENTAJA					
¿Has sentido que tu salud general ha empeorado por problemas con tus dientes?					
¿Has sufrido cualquier pérdida financiera por problemas con tus dientes?					
¿Has sido incapaz de disfrutar mucho la compañía de otra gente por problemas con tus dientes?					
¿Has sentido que la vida en general fue menos satisfactoria por problemas con tus dientes?					
¿Has sido totalmente incapaz de funcionar por problemas con tus dientes?					
¿Has sido incapaz de trabajar a tu capacidad total por problemas con tus dientes?					

Anexo 2: Ficha de recolección de datos

Validado por jurado de expertos constituyéndose por el Dr. Victor Arias y la Lic. Sissi Mena en el año 2012 en la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Privada de Tacna.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Nro. de Historia Clínica: _____
2. Edad: _____ años.
3. Sexo: Masculino:_____ Femenino: _____
4. Estado civil: Soltero(a): _____ Casado(a): _____ Conviviente:_____
- Viudo(a): _____ Divorciado(a): _____
5. Estudios Completados: Primarios: _____ Secundarios:_____
- Profesional:_____ Superior: _____ Sin estudios: _____
6. Situación Laboral: Trabaja: _____ Jubilado: _____ Sin trabajo: _____
- Estudiante: _____ Su casa: _____ Otro: _____
7. Que servicios básicos tiene usted?: Agua:_____ Luz:_____ Teléfono:_____
8. Cómo está su salud general? : Excelente: _____ Muy buena: _____
- Buena: _____ Regular: _____ Mala: _____