

**Calidad de vida de los pacientes que presentan rehabilitaciones
implantosoportadas atendidos en las clínicas UNICOC posgrado sede
Bogotá**

AUTORES

Oscar Javier Malagón Ospina
Kevin Leonardo Wilches Niño

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
UNICOC**

**ÁREA DE EDUCACIÓN AVANZADA Y CONTINUADA
POSTGRADO EN PERIODONCIA**

BOGOTÁ, NOVIEMBRE DE 2025

**Calidad de vida de los pacientes que presentan rehabilitaciones
implantosoportadas atendidos en las clínicas UNICOC posgrado sede
Bogotá**

AUTORES

Oscar Javier Malagón Ospina
Kevin Leonardo Wilches Niño

ASESOR CIENTÍFICO

Dr. Sergio Iván Losada Amaya
Odontólogo,
Especialista en periodoncia
Magíster en epidemiología

ASESOR METODOLÓGICO

Dr. Hernán Santiago Garzón Vergara
Odontólogo,
Especialista en Periodoncia
Especialista en pedagogía.
Magíster en bioingeniería.
Candidato a doctor en ingeniería.

ASESOR ESTADISTICO

Camilo Andrés Romo Pérez
Odontólogo, magister en epidemiología

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
UNICOC**

**ÁREA DE EDUCACIÓN AVANZADA Y CONTINUADA
POSTGRADO EN PERIODONCIA**

BOGOTA, NOVIEMBRE DE 2025

PAGINA DE ACEPTACIÓN

El trabajo de grado “**CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES QUE PRESENTAN REHABILITACIONES IMPLANTOSOPORTADAS ATENDIDOS EN LAS CLÍNICAS UNICOC POSGRADO SEDE BOGOTÁ**”. Fue elaborado por Óscar Javier Malagón Ospina y Kevin Leonardo Wilches Niño, como requisito para optar al título de especialista en **periodoncia**.

La sustentación se llevó a cabo 27 de noviembre 2025

Dr. Sergio Iván Losada Amaya
Asesor Científico

Dr. Santiago Garzón
Asesor Metodológico

Dr. Camilo Andrés Romo
Directora Centro de Investigación
Colegio Odontológico – CICO (Bogotá)

Dra. Sandra Elizabeth Aguilera Rojas
Directora de Investigación y Gestión del Conocimiento
Institución Universitaria Colegios de Colombia – UNICOC

DEDICATORIA

Con profunda gratitud y afecto, dedicamos este trabajo a nuestras queridas familias, quienes han sido el sostén inquebrantable a lo largo de este arduo viaje. Su amor infinito, paciencia sin límites y apoyo constante han sido la fuerza vital que nos ha llevado a alcanzar este logro. Cada sacrificio que han hecho y cada gesto de aliento han sido el motor que nos ha impulsado a seguir adelante, incluso en los momentos más desafiantes. Este proyecto es el testimonio de su dedicación incondicional y de los valores que nos han transmitido. Sin su apoyo constante y su amor inalterable, este sueño no habría sido posible. Con todo nuestro corazón, les agradecemos por ser nuestro refugio y nuestra inspiración en cada paso de este camino.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar, con el corazón lleno de gratitud, nuestro más profundo agradecimiento a Dios, quien nos ha dado la fortaleza, la claridad y la luz necesarias para culminar este proyecto. Sin su guía y su presencia constante, este camino no habría sido posible.

A nuestras familias, les debemos todo: su amor incondicional, su paciencia en los momentos difíciles y su apoyo constante fueron el motor que nos impulsó a seguir adelante. Han sido nuestro refugio y nuestra mayor motivación.

A nuestros asesores, les agradecemos sinceramente por compartir con nosotros su conocimiento, su tiempo y su orientación. Su acompañamiento y compromiso enriquecieron cada etapa de este trabajo y nos inspiraron a crecer tanto profesional como personalmente.

Finalmente, agradecemos a los pacientes que participaron en este estudio y a todas las personas que, de una u otra forma, nos brindaron su ayuda, sus palabras de ánimo o simplemente su presencia. Cada uno de ustedes ha sido parte esencial de este logro que hoy celebramos con humildad y gratitud.

Tabla de contenido

1.ASPECTOS TEÓRICO CIENTÍFICOS	11
1.3 PROPÓSITO	15
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS	33
2.2 Objeto de estudio:.....	33
2.3 Material objeto de estudio:	33
3.CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.....	34
3.1 MUESTRA	34
3.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN	34
3.2.1 Criterios de inclusión:	34
3.2.2 Criterios de exclusión:	34
3.3 PROCEDIMIENTO:	35
3.4 OPERACIONES DE LAS VARIABLES	37
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	39
4. RESULTADOS	41
5. DISCUSIÓN.....	61
6.CONCLUSIONES.....	65
7.REDOMENDACIONES	66
8.BIBLIOGRAFÍA.....	68

Tabla de imágenes

Ilustración 1	21
Ilustración 2	26
Ilustración 3	26

Glosario

Calidad de vida: Es un concepto amplio que abarca distintos aspectos del bienestar humano. Se puede definir como el grado en que una persona o grupo disfruta de los aspectos positivos de la vida. (1)

Instrumento de medición de la calidad: Es un conjunto estructurado de ítems, escalas o indicadores que permite recolectar datos válidos y confiables sobre la calidad de un proceso, servicio, producto o experiencia, con el fin de evaluarla, mejorarla o compararla. (1)

Corona implantosoportada: una corona sobre implante es una estructura que se coloca sobre el tornillo de titanio (implante) que ha sido insertado en el hueso maxilar o mandibular. Esta corona actúa como el diente visible y cumple las mismas funciones que un diente natural. (2)

Coronas atornilladas: Se fijan al implante mediante un tornillo de fijación. Son fáciles de desmontar y montar, lo que facilita su mantenimiento y limpieza. (2)

Coronas cementadas: Se adhieren al implante mediante un cemento. Ofrecen una mejor estética y una interfaz más suave entre el implante y la corona. (2)

Corona implanto soportada unitaria: Es una solución dental en la que un solo implante de titanio soporta una corona que reemplaza un diente perdido (2).

Edentulismo: Es la pérdida total o parcial de los dientes definitivos en personas adultas. Esta condición puede afectar tanto la estética como la funcionalidad de la boca, impactando la capacidad de masticar, hablar y la apariencia facial. (3)

Mucositis periimplantaria: Es una inflamación de los tejidos blandos que rodean un implante dental. Es una condición reversible y se considera el equivalente a la gingivitis en los dientes naturales. (4)

Implantes dentales: son tornillos de titanio que se colocan en el hueso de la mandíbula o del maxilar para sustituir la raíz de un diente perdido. Este tornillo actúa como una raíz artificial y soporta una corona dental, que es el diente artificial visible. (5)

Prótesis fija sobre implantes: Es una solución dental permanente diseñada para reemplazar dientes perdidos mediante el uso de implantes que se integran con firmeza en el hueso mandibular o maxilar. (2)

Prótesis mucosoportadas: Son una opción común para reemplazar dientes perdidos, especialmente en pacientes que han perdido todos sus dientes en una arcada. Estas prótesis se apoyan directamente en la mucosa oral, es decir, en las encías y el paladar, sin necesidad de implantes o dientes naturales para su soporte. (2)

Prótesis dentomucosoportada: Es un tipo de prótesis parcial removible que se apoya tanto en los dientes naturales como en la mucosa oral. Este tipo de prótesis es ideal para pacientes que tienen algunos dientes naturales restantes y necesitan una solución para reemplazar los dientes perdidos. (2)

Periimplantitis: Es una infección que afecta los tejidos que rodean un implante dental, causando inflamación y pérdida ósea. Es similar a la periodontitis, pero ocurre alrededor de los implantes dentales en lugar de los dientes naturales. (4)

Sobredentadura: Una sobredentadura es una prótesis dental removible que se apoya sobre implantes dentales. Estos implantes proporcionan anclaje y estabilidad, evitando que la prótesis se mueva o se deslice dentro de la boca.

Tipos de sobredentaduras

- **Sobredentadura con barra Ackerman:** Utiliza una barra metálica que se coloca sobre los implantes y a la que se fija la prótesis. Ofrece una excelente estabilidad (2).

- **Sobredentadura con locators:** Utiliza pequeños elementos protésicos (locators) que se anclan a cada implante. Es fácil de colocar y quitar, y ofrece una buena retención (2).

INTRODUCCIÓN

La salud bucal constituye un pilar esencial del bienestar general, tal como lo establece la Organización Mundial de la Salud (OMS), al influir de manera significativa en la calidad de vida de los individuos. El edentulismo, definido como la pérdida total o parcial de los dientes, representa un importante problema de salud pública con repercusiones tanto funcionales como psicosociales. Esta condición no solo afecta la capacidad de alimentación, fonación y estética facial, sino que también se ha asociado con un mayor riesgo de enfermedades sistémicas como hipertensión, diabetes mellitus y patologías cardiovasculares. A nivel global, la prevalencia de edentulismo en adultos mayores alcanza el 23%, mientras que en América Latina puede llegar hasta el 81,7% en la población geriátrica. En Colombia, aproximadamente el 5,2% de la población presenta edentulismo total, proporción que aumenta de manera progresiva con la edad. (6)

Frente a esta problemática, la rehabilitación oral ha evolucionado de manera sustancial. Tradicionalmente, las prótesis convencionales mucosoportadas o dentomucosoportadas constituían la principal alternativa terapéutica; sin embargo, la introducción de las prótesis implanto-soportadas ha revolucionado el campo de la odontología restauradora. Estas ofrecen ventajas notables en términos de estabilidad, función masticatoria, fonación y estética, contribuyendo de manera significativa a la recuperación del bienestar físico y psicológico de los pacientes. Los implantes dentales han demostrado ser una solución eficaz y predecible, siempre que se realice una adecuada selección del paciente, una planificación quirúrgica y protésica precisa, y un mantenimiento postoperatorio riguroso. (6,7)

No obstante, a pesar de los notables avances en la implantología contemporánea, las enfermedades periimplantarias continúan representando un desafío clínico relevante. La mucositis y la periimplantitis pueden comprometer la longevidad del tratamiento, lo que subraya la importancia del control de factores de riesgo y del seguimiento clínico continuo. En este sentido, la comprensión integral de las complicaciones postoperatorias y la implementación de protocolos de mantenimiento adecuados son esenciales para preservar la salud periimplantaria y garantizar resultados funcionales y estéticos duraderos. (8)

En los últimos años, la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud oral se ha convertido en un componente indispensable de la investigación clínica y la práctica odontológica. Instrumentos validados, como el Oral Health Impact Profile (OHIP-14), permiten medir de forma objetiva el impacto de las rehabilitaciones orales sobre el bienestar del paciente, abarcando dimensiones físicas, psicológicas y sociales. Diversos estudios han evidenciado que los tratamientos implanto-soportados mejoran significativamente la percepción de calidad de vida, al restaurar la función y la autoestima del individuo. (9)

En este contexto, y reconociendo la necesidad de generar evidencia local que refleje los resultados clínicos y subjetivos de la rehabilitación implantológica, el presente estudio tiene como objetivo evaluar la calidad de vida en pacientes con restauraciones implanto-soportadas atendidos en el Posgrado de Rehabilitación Oral de la Universidad UNICOC entre los años 2020 y 2024, mediante la aplicación del instrumento OHIP-14. Este análisis busca aportar información científica que contribuya a optimizar las estrategias terapéuticas, fortalecer la práctica clínica

basada en la evidencia y mejorar de manera integral la calidad de vida de los pacientes rehabilitados con implantes dentales.

1.ASPECTOS TEÓRICO CIENTÍFICOS

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud bucal es un componente esencial del bienestar general, según la OMS, que impacta significativamente la calidad de vida. La pérdida de dientes, conocida como edentulismo, es un problema mundial con implicaciones profundas tanto en la salud física como en la emocional. Esta condición afecta la alimentación, la comunicación y aspectos sociales y psicológicos y se ha vinculado con enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares. (4,10,11)

El edentulismo es especialmente prevalente en personas mayores, con una tasa global del 23% en mayores de 60 años. En América Latina, esta prevalencia es alarmantemente alta, alcanzando hasta el 81,7 % en la población geriátrica. En Colombia, la situación también es preocupante, con un 5,20 % de la población habiendo perdido todos sus dientes, cifra que se incrementa significativamente con la edad. (10)

Ante esta problemática, los implantes dentales han emergido como una solución viable para la rehabilitación oral, proporcionando soporte a prótesis implantosoportadas. Estos implantes no solo restauran la función masticatoria, sino que también mejoran la estética, lo que es crucial para la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, el éxito de los implantes depende de la correcta evaluación y selección de los pacientes, tomando en cuenta factores locales y sistémicos. (11)

A pesar de los beneficios, existe una falta de estudios que evalúen cómo los implantes dentales impactan en la calidad de vida a largo plazo. Para abordar esto, se sugiere el uso de instrumentos como el OHIP-14, que evalúa diversas dimensiones del bienestar, como la limitación funcional, el dolor físico y el malestar psicológico, entre otros. Este enfoque integral permite una mejor comprensión de cómo los implantes mejoran no solo la salud bucal, sino también la calidad de vida en general. (1)

En Colombia, estudios de la Universidad Colegios de Colombia UNICOC han explorado la relación entre la calidad de vida y la salud oral en pacientes con edentulismo, encontrando una correlación directa entre la funcionalidad, la estética y la calidad de vida. Sin embargo, se necesitan más investigaciones para comprender plenamente los efectos de la rehabilitación con implantes en estos pacientes. Esto es crucial para desarrollar mejores estrategias de tratamiento y mejorar el bienestar de los pacientes a largo plazo.

1.2 JUSTIFICACIÓN

El edentulismo es una condición prevalente en la población general y representa un importante problema de salud bucal, debido a su impacto funcional, estético y psicológico. Esta situación clínica, caracterizada por la pérdida total o parcial de los dientes, requiere una atención especializada por parte del odontólogo, cuyo objetivo es restablecer la función masticatoria, fonatoria y la estética mediante diversas estrategias de rehabilitación oral. La ausencia de dientes puede afectar de manera significativa la calidad de vida del paciente, comprometiendo aspectos nutricionales, sociales y emocionales. (12)

Históricamente, la reposición de dientes perdidos se ha abordado mediante la elaboración de prótesis convencionales mucosoportadas, así como de prótesis dentomucosoportadas confeccionadas en estructuras metal-acrílicas. Estas soluciones han sido ampliamente utilizadas durante décadas y, en muchos casos, continúan siendo una opción válida dependiendo de las condiciones clínicas del paciente. (4)

En las últimas décadas, los implantes dentales han emergido como una alternativa eficaz y predecible para el tratamiento del edentulismo, permitiendo una rehabilitación más funcional y estética. La literatura científica ha documentado ampliamente el éxito a largo plazo de los tratamientos implantoportados, siempre y cuando se lleve a cabo un adecuado seguimiento tanto protésico como periodontal. (4,11,13)

No obstante, el éxito del tratamiento implantológico no depende exclusivamente de la colocación quirúrgica o de la calidad del componente protésico, sino también de la prevención, diagnóstico temprano y manejo oportuno de las enfermedades periimplantarias, como la mucositis periimplantaria y la periimplantitis. Estas patologías pueden comprometer la estabilidad del implante y, en consecuencia, poner en riesgo el tratamiento rehabilitador. (5,13,14)

Por lo tanto, es esencial que el profesional tratante tenga un conocimiento profundo sobre el impacto en la calidad de vida asociado al tratamiento con implantes dentales. La vigilancia clínica periódica, el control de factores de riesgo (como la higiene oral deficiente, el tabaquismo o antecedentes de enfermedad periodontal), y la implementación de protocolos de mantenimiento son fundamentales para preservar la salud periimplantaria y garantizar la longevidad del tratamiento, así como para mantener una óptima calidad de vida en el paciente tras la rehabilitación oral. (6,15–17)

1.3 PROPÓSITO

Los estudios centrados en la calidad de vida de pacientes rehabilitados con prótesis implantosoportadas abordan de manera integral el impacto funcional, estético y psicosocial de este tipo de tratamiento. Dichas investigaciones evalúan parámetros clave como la eficiencia masticatoria, la estabilidad oclusal y la adaptación fonética, empleando instrumentos de medición validados que permiten cuantificar la percepción de satisfacción del paciente.

Además, se comparan distintos tipos de prótesis implantosoportadas (fijas y removibles) en función de variables como el confort, los costos asociados, la durabilidad clínica y la necesidad de mantenimiento. Paralelamente, se analiza su influencia en la percepción del tratamiento y en la calidad de vida a corto, mediano y largo plazo.

Estos estudios son fundamentales para optimizar los protocolos de rehabilitación oral con implantes y contribuyen al fortalecimiento de una odontología basada en la evidencia, orientada a mejorar tanto los resultados clínicos como la experiencia global del paciente.

1.4 ANTECEDENTES

La evaluación de la calidad de vida en pacientes rehabilitados con prótesis implantosoportadas ha evolucionado significativamente a lo largo del tiempo, impulsada por avances en la odontología restauradora y la implantología oral. Inicialmente, los estudios sobre rehabilitación oral se centraban exclusivamente en parámetros clínicos, como la estabilidad del implante, la osteointegración y la función masticatoria. Sin embargo, con el desarrollo de modelos de salud basados en el bienestar integral del paciente, se reconoció la necesidad de incluir indicadores psicosociales y subjetivos en la evaluación del éxito del tratamiento. (18–20)

En la década de 1980, la Organización Mundial de la Salud (OMS) introdujo el concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), promoviendo el uso de herramientas estandarizadas para medir el impacto de los tratamientos en el bienestar general de los pacientes. En el ámbito odontológico, este enfoque llevó al desarrollo de instrumentos específicos, como el Oral Health Impact Profile (OHIP) y el Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), diseñados para evaluar cómo las condiciones orales afectan la calidad de vida en distintos grupos poblacionales. (18,19,21–25)

Los primeros estudios sobre calidad de vida en pacientes rehabilitados con implantes dentales surgieron en la década de 1990, con investigaciones que comparaban la satisfacción y la funcionalidad de prótesis convencionales frente a las implantosoportadas. Autores como McGrath y Bedi (2001) y Allen y McMillan

(2003) validaron la utilidad del OHIP-14 en la población rehabilitada, demostrando mejoras significativas en aspectos como la función masticatoria, la estética y la interacción social. (26–28)

A partir de los años 2000, la investigación en este campo se expandió con estudios longitudinales que analizaron el impacto a largo plazo de los implantes dentales. Investigaciones como las de Zitzmann y Marinello (2002) y Pjetursson et al. (2005) destacaron la importancia del mantenimiento periimplantario y su influencia en la estabilidad de la rehabilitación y en la calidad de vida del paciente. (25)

En América Latina, los estudios sobre la calidad de vida de pacientes con prótesis implantosoportadas han cobrado relevancia en la última década, con investigaciones realizadas en Brasil, México y Colombia. En Colombia, universidades como la Universidad Nacional y UNICOC han realizado estudios que evidencian una relación directa entre la rehabilitación implantológica y la mejora de la percepción del bienestar del paciente. (26,27,29)

Actualmente, la evaluación de la calidad de vida en pacientes con prótesis implantosoportadas sigue evolucionando con la incorporación de nuevas tecnologías, como la inteligencia artificial para el análisis de datos y la teleodontología para el seguimiento de los pacientes. No obstante, persiste la necesidad de más estudios clínicos y epidemiológicos que analicen el impacto de los implantes dentales en la calidad de vida a largo plazo, considerando factores biológicos, psicológicos y socioeconómicos. (26)

1.5 MARCO TEÓRICO

Edentulismo

El edentulismo se ha determinado como una discapacidad según la OMS ya que pierde una gran capacidad de masticación, fonación y su apariencia estética, el edentulismo es considerado la pérdida dental de una o más piezas dentales sea cual sea el motivo por cual se perdieron como enfermedad periodontal, fractura dental y/o caries dental. Según estudios realizados en la población de Colombia por medio del ENSAB IV en 2014, se observó un porcentaje considerable de personas que desde sus 15 años ya presentan pérdida dental.

La pérdida dental prematura puede afectar la vida del individuo, generando malposiciones dentales que pueden influir en la buena higiene dental y en la aparición rápida y progresiva de enfermedades; afecta también los tejidos de soporte de algunos dientes e incluso puede llegar a provocar afectaciones a nivel de la ATM. (10)

Rehabilitación implantoportada

Tipos de rehabilitación sobre implantes dentales

A lo largo del tiempo, la rehabilitación con implantes dentales ha pasado por una notable evolución. En sus inicios, se recurría a prótesis acrílicas para sustituir los dientes ausentes, una alternativa que, aunque básica, marcó el comienzo de esta importante terapia. Con el paso de los años, esta técnica ha ido perfeccionándose,

incorporando materiales y diseños que no solo mejoran la estética y la función, sino que también facilitan al paciente mantener una adecuada higiene oral, siempre teniendo en cuenta sus necesidades y condiciones particulares. (3,30,31)

Sobredentadura: Este tratamiento se indica en aquellos casos donde el hueso disponible es reducido y el reborde alveolar presenta una altura o grosor limitados. Se aplica con mayor frecuencia en la mandíbula, mediante la colocación de dos implantes que actúan como base de soporte y retención para una prótesis acrílica convencional. Esta prótesis se adapta posteriormente mediante un sistema de anclaje que mejora significativamente su estabilidad y fijación en comparación con una prótesis tradicional. Entre sus ventajas, destaca el aumento en la retención y la comodidad durante la función masticatoria. No obstante, su principal limitación radica en que sigue siendo una prótesis removible; sin embargo, muchos pacientes refieren que este tipo de diseño facilita la higiene oral y el mantenimiento diario. (3,32)

Corona unitaria sobre implantes: Esta terapéutica se realizará sobre un implante único (cónico, cilíndrico o cónico-cilíndrico). Se puede realizar de forma cementada como una corona convencional o atornillada. En la literatura se reporta que las coronas cementadas pueden ocasionar un riesgo considerable en las enfermedades periimplantares como la mucositis y la periimplantitis. (32)

Prótesis parcial fija implantoportada: Igual que la corona unitaria se realizará cementada o atornillada, la diferencia es que acá se usaran ciertos implantes para rehabilitar más de dientes, por ejemplo 2 implantes para rehabilitar 3 dientes.

Prótesis híbrida: Este tipo de prótesis se caracteriza por reemplazar no solo las piezas dentales ausentes, sino también parte del tejido gingival perdido, ofreciendo una restauración completa tanto en función como en estética. A diferencia de las sobredentaduras (se retiran con facilidad y se apoyan parcialmente sobre la mucosa oral), esta prótesis fija se ancla directamente a los implantes dentales, brindando una sensación mucho más natural y estable para el paciente. Generalmente, está soportada por cuatro o más implantes estratégicamente distribuidos en el hueso, lo que permite una excelente distribución de las cargas masticatorias y una mayor durabilidad del tratamiento. Dentro de esta categoría se incluye la reconocida técnica All-on-Four, que consiste en la colocación de cuatro implantes en posiciones específicas: dos en la parte anterior, colocados de forma vertical, y dos en la zona posterior, inclinados para aprovechar al máximo el hueso disponible y evitar estructuras anatómicas críticas. Esta rehabilitación fija atornillada ofrece importantes beneficios, como una recuperación más rápida de la función masticatoria, una estética armoniosa y una sensación de seguridad al hablar o sonreír. Además, al estar firmemente sujeta a los implantes, elimina la incomodidad o movilidad que suelen presentar las prótesis removibles, mejorando de forma significativa la calidad de vida del paciente. (3,33)

Implantes dentales y calidad de vida

Los implantes dentales han demostrado tener un impacto positivo y directo en la calidad de vida de los pacientes. Diversas investigaciones han evidenciado que las prótesis convencionales pueden limitar la capacidad de masticar ciertos alimentos, especialmente aquellos que requieren una fuerza considerable para ser triturados, como manzanas, zanahorias, frutas fibrosas o algunos vegetales crudos. Esta dificultad también se extiende al consumo de carnes duras o fibrosas, lo que puede generar molestias al masticar y, en muchos casos, dificultar la deglución. Un ensayo clínico aleatorizado realizado por (35), evaluó las diferencias nutricionales entre pacientes portadores de dentaduras completas y aquellos con sobredentaduras implantosoportadas, en una población de adultos mayores entre 65 y 75 años. Durante los seis meses de seguimiento, se observaron mejoras significativas en el grupo con sobredentaduras, no solo en la facilidad para ingerir alimentos, sino también en parámetros físicos y metabólicos. Entre los cambios más relevantes se registraron aumentos de peso, elevación en los niveles de albúmina sérica y una mejor respuesta nutricional general. Estos resultados son importantes, ya que una mejor nutrición se asocia con una menor incidencia de enfermedades sistémicas como diabetes e hipertensión, además de contribuir a la reducción del riesgo de mortalidad en este grupo poblacional. De manera similar, (19) reportaron hallazgos concordantes, destacando que las rehabilitaciones implantosoportadas no solo mejoran la función masticatoria, sino que también inciden positivamente en la salud general y en la calidad de vida de los pacientes. (11,12,15)

Calidad de vida

Uso predominante y fundamentos conceptuales sólidos, el OHIP-14 representa la versión abreviada más comúnmente empleada del Oral Health Impact Profile en investigaciones sobre calidad de vida relacionada con la salud bucal, apareciendo en aproximadamente el 26.8 % de los estudios en esta área. Su uso supera ampliamente el de otros instrumentos, como el GOHAI o el OIDP. Este cuestionario se basa en el modelo teórico propuesto por, que adopta como referencia el concepto de discapacidad planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), dotando al instrumento de un marco conceptual consistente y apropiado para evaluar el impacto de la salud oral en múltiples esferas de la vida diaria (8-15, 19, 20)

La validez y fiabilidad del OHIP-14 han sido ampliamente demostradas. En investigaciones realizadas con pacientes oncológicos de cabeza y cuello, el instrumento mostró una alta consistencia interna (alfa de Cronbach cercana a 0.98) y una estructura factorial estable que explica aproximadamente el 79.7 % de la varianza, con indicadores adecuados de ajuste del modelo ($CFI \approx 0.97$; $TLI \approx 0.94$). Asimismo, en poblaciones generales de atención odontológica, como en Escocia, el cuestionario fue validado con excelentes resultados, destacándose su validez de

constructo, su confiabilidad en la repetición de la medición (test-retest) y su capacidad para diferenciar entre individuos con y sin enfermedades orales. (10, 15)

Presenta ventajas frente a otros instrumentos, comparaciones realizadas, por ejemplo en Reino Unido, entre el OHIP-14 y el OIDP, evidencian que el OHIP-14 posee ventajas significativas, incluyendo una mayor validez, de criterio y convergente, además de ofrecer una estructura más accesible para el análisis estadístico. Aunque ambos instrumentos presentan una correlación positiva considerable ($r \approx 0.78$), el OHIP-14 mostró un rendimiento superior en términos globales. (1).

La capacidad para detectar cambios clínicos y utilidad en seguimiento. Los estudios longitudinales han confirmado que el OHIP-14 es sensible a los cambios en el estado de salud bucal del paciente tras intervenciones clínicas, como las extracciones dentales, lo que se refleja en variaciones relevantes en períodos de tiempo cortos. Esta característica lo convierte en una herramienta eficaz para evaluar el efecto terapéutico desde la perspectiva del paciente. Además, su uso se ha extendido a contextos como la implantología, donde ha demostrado su utilidad al correlacionar parámetros clínicos periimplantarios (como placa, sangrado y profundidad de sondaje) con la percepción subjetiva del paciente sobre su calidad de vida (1).

OHRQoL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. A partir de esta concepción integral, la salud oral se entiende hoy como un componente multidimensional del bienestar general, en el que no solo se valora la prevención o el tratamiento de enfermedades, sino también el impacto que diversos factores tienen sobre la calidad de vida de las personas. En este contexto, la salud bucal se analiza desde un enfoque biopsicosocial, el cual considera no solo los aspectos clínicos y funcionales, sino también el bienestar emocional, la interacción social y la percepción individual del paciente frente a su salud. Este modelo permite comprender que la experiencia de salud oral va más allá de la ausencia de dolor o patología: incluye la forma en que el paciente se siente, se comunica, se alimenta y se relaciona socialmente. Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral implica, por tanto, reconocer las expectativas, necesidades y estándares personales de cada paciente. Estos elementos son fundamentales para brindar un tratamiento verdaderamente integral, que no solo restaure la función y la estética, sino que también contribuya al bienestar físico, psicológico y social del individuo.

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL) ha adquirido una gran relevancia tanto en el ámbito teórico como en la práctica clínica. Tal como señala (14), “las cuestiones de calidad de vida están ahora en la vanguardia de las políticas de salud pública”, lo que refleja la creciente comprensión de que la salud bucal no puede evaluarse únicamente desde parámetros biológicos o clínicos.

La investigación en OHRQoL ha demostrado múltiples aplicaciones en diferentes contextos, permitiendo valorar de manera más integral el impacto de los tratamientos odontológicos sobre la vida diaria de los pacientes. Estos estudios se han desarrollado en diversas poblaciones, proporcionando evidencia sólida que respalda su utilidad como herramienta complementaria para evaluar resultados terapéuticos y bienestar general. (1)

Su importancia radica en que el OHRQoL no se limita a identificar la presencia o ausencia de enfermedad, sino que abarca un enfoque más amplio que integra el bienestar físico, psicológico y social del individuo. De este modo, permite comprender si las intervenciones clínicas realmente contribuyen a mejorar la comodidad, la funcionalidad y la satisfacción general del paciente en su vida cotidiana.(15)

Sabiendo la importancia y la relevancia que tiene el OHRQoL sobre el análisis y estudio de la calidad de vida en la persona, esta herramienta se ha utilizado en pro de evaluar diferentes tipos de tratamientos que pueden llegar a ser aplicado a todos los pacientes. El OHRQoL evaluó de manera previa le enfermedad, comúnmente se realiza con encuestas como el OHIP (The Health Impact Profile) con su derivación OHIP-14. (1,15)

El cuestionario OHIP-49 se ha utilizado en diferentes estudios de calidad de vida, se suele realizar con una escala de Likert que permite que las personas encuestadas tengan opciones de respuesta y puedan ser acordes a la experiencia vivida. Muchos estudios han preferido su derivación OHIP-14, ya que de manera

más corta pueden de igual y forman mantener una respuesta adecuada por cada encuestados.

OHIP-SP

El Oral Health Impact Profile (OHIP) es un instrumento ampliamente utilizado para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral. Fue desarrollado por Slade y Spencer en 1994, en su versión original de 49 ítems (OHIP-49), basada en el modelo de discapacidad de la OMS, adaptado por, (23) en 2005, que considera el impacto progresivo de las enfermedades bucales desde la limitación funcional hasta la desventaja social. (1)

Debido a la extensión del OHIP-49, se creó una versión abreviada de 14 ítems, conocida como OHIP-14, que mantiene sus propiedades psicométricas y mejora su aplicabilidad clínica. Su adaptación al español se denomina OHIP-SP. (1)

El OHIP-14 evalúa siete dimensiones: **limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social y desventaja social**, mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (0 = nunca, 4 = muy frecuentemente), con una puntuación total de 0 a 56. Puntajes más altos indican una mayor afectación de la calidad de vida oral. (1)

Diversas investigaciones han respaldado la fiabilidad y consistencia interna del **OHIP-14**, confirmando su utilidad como herramienta de evaluación de la calidad

de vida relacionada con la salud oral. Un estudio desarrollado por,(18) y colaboradores en una población española demostró una alta consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach superior a 0,85 (1).

Además, se ha considerado una versión más práctica y funcional en comparación con el **OHIP-49**, ya que conserva una excelente capacidad de medición al tiempo que elimina preguntas redundantes o poco relevantes para la mayoría de los pacientes, facilitando su aplicación en entornos clínicos y de investigación. (1)

El OHIP-SP se ha consolidado como una herramienta eficaz para medir el impacto de enfermedades y tratamientos bucales (como caries, periodontitis, edentulismo o rehabilitación con implantes) desde la perspectiva del paciente, lo que favorece una odontología centrada en la calidad de vida y en la toma de decisiones clínicas basadas en evidencia. (1)

OHIP-14

La calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO) es un concepto multidimensional que refleja el impacto de las condiciones orales en el bienestar físico, psicológico y social de los individuos. A medida que se ha consolidado un enfoque centrado en el paciente en la atención odontológica, ha cobrado mayor relevancia la incorporación de instrumentos válidos y confiables que permitan cuantificar dicho impacto desde la perspectiva del paciente.(1)

Uno de los instrumentos más utilizados a nivel internacional para este fin es el Oral Health Impact Profile , en su versión abreviada de 14 ítems, conocida como OHIP-14, desarrollada por Slade en 1997 a partir del instrumento original de 49 ítems. El OHIP-14 evalúa la percepción subjetiva del individuo sobre cómo su estado de salud bucal interfiere con distintos aspectos de su vida diaria. Su diseño se basa en el modelo conceptual de necesidad social de Locker, a su vez, fundamentado en el modelo de discapacidad de la OMS.

El cuestionario OHIP-14 está compuesto por 14 preguntas distribuidas en siete dimensiones:(1)

1. Limitación funcional

Evalúa las dificultades para hablar, masticar o pronunciar correctamente palabras como consecuencia de problemas dentales, periodontales o protésicos. Esta dimensión analiza cómo la salud oral afecta funciones básicas y esenciales para la comunicación y la alimentación.(1)

Ítems representativos:

- Problemas para pronunciar palabras.
- Alteraciones al comer ciertos alimentos.

2. Dolor físico

Mide la presencia de molestias o dolor en la boca o dientes que pueden interferir en la vida cotidiana del paciente. Esta dimensión es crucial para identificar el sufrimiento físico directamente relacionado con la salud bucal.(1)

Ítems representativos:

- Dolor bucal o dental frecuente.
- Molestias al ingerir alimentos por dolor.

3. Malestar psicológico

Refleja el impacto emocional causado por los problemas orales, como la ansiedad, la preocupación o la inseguridad relacionadas con el estado de la boca. Es una dimensión que conecta la salud bucal con el bienestar mental.(1)

Ítems representativos:

- Sentirse tenso o ansioso por el estado de la boca.
- Preocupación constante por problemas dentales.

4. Discapacidad física

Se refiere a las consecuencias prácticas o limitaciones funcionales prolongadas derivadas de afecciones orales, como la incapacidad para comer bien, la pérdida de apetito o la necesidad de modificar hábitos alimentarios.(1)

Ítems representativos:

- Modificación del tipo o de la cantidad de la comida debido a problemas bucales.
- Dificultades prolongadas para realizar actividades cotidianas.

5. Discapacidad psicológica

Evalúa los efectos negativos persistentes en la autoestima, la percepción de la imagen personal y la sensación de fracaso o inferioridad derivados del estado de salud bucodental.(1)

Ítems representativos:

- Sentirse inseguro o inferior por la apariencia dental.
- Vergüenza o pérdida de confianza al hablar o sonreír.

6. Discapacidad social

Analiza el impacto de los problemas bucales en las relaciones sociales, incluyendo el aislamiento, la dificultad para interactuar y la evasión de reuniones o situaciones sociales por temor a ser juzgado.(1)

Ítems representativos:

- Evitar alimentos o reuniones sociales por problemas orales.
- Sentirse excluido o poco atractivo socialmente.

7. Desventaja social

Evalúa si la condición oral ha tenido un impacto más amplio en la calidad de vida general, como la sensación de no poder llevar una vida plena, productiva o satisfactoria. Refleja el efecto acumulativo y profundo de los problemas orales.(1)

Ítems representativos:

- Sentirse incapaz de desempeñar roles sociales normales.
- Sensación de que los problemas bucales afectan la vida en general.

Cada ítem se responde mediante una escala de frecuencia tipo Likert de 5 puntos: 0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = ocasionalmente, 3 = con frecuencia, 4 = muy frecuentemente.

La puntuación total se obtiene al sumar las respuestas, alcanzando un rango de 0

a 56 puntos, donde una mayor puntuación indica un mayor impacto negativo en la calidad de vida.(1)

El OHIP-14 ha demostrado propiedades psicométricas adecuadas en diversos contextos culturales y poblacionales, incluidas adaptaciones al español y validaciones en poblaciones latinoamericanas. Su aplicabilidad en estudios clínicos y epidemiológicos lo ha convertido en una herramienta valiosa para evaluar el efecto de diferentes tratamientos odontológicos —como la rehabilitación protésica, los tratamientos periodontales, la implantología y la ortodoncia— sobre la percepción de bienestar del paciente.(1)

El uso del OHIP-14 en investigación permite, además, establecer comparaciones entre grupos de pacientes, monitorear cambios en la calidad de vida tras intervenciones clínicas, y fortalecer una odontología basada en la evidencia y centrada en el paciente. Por tanto, la incorporación de este instrumento en protocolos clínicos y académicos contribuye de manera significativa a mejorar la comprensión del impacto real de las condiciones y tratamientos bucales en la vida cotidiana de las personas.(1)

1.6 OBJETIVOS

Objetivo general:

Evaluar la calidad de vida en pacientes con restauraciones implanto-soportadas del posgrado de UNICOC del 2020 al 2024 mediante el instrumento OHIP-14

Objetivos específicos:

1. Establecer el perfil sociodemográfico de los pacientes que han recibido restauraciones implanto-asistidas en clínicas UNICOC en los años 2020-2024.
2. Comparar las dimensiones del cuestionario OHIP-14 (limitaciones funcionales, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad funcional, incapacidad psicológica, incapacidad social y discapacidad) para identificar los dominios más afectados en la calidad de vida de los pacientes rehabilitados con implantes.

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS**2.1 Tipo estudio:**

Estudio corte transversal descriptivo-comparativo.

2.2 Objeto de estudio:

Pacientes con prótesis implantosoportadas que han asistido al posgrado de periodoncia y prostodoncia en clínicas de UNICOC sede Bogotá desde 2020-2024.

2.3 Material objeto de estudio:

Calidad de vida en pacientes con prótesis implantosoportadas.

2.4 Unidad de observación:

Figura 1. Instrumento OHIP-14

Responda a cada una de las siguientes preguntas, señalando con un tache la opción que corresponde a la frecuencia con que se sucede:

- 0 = Nunca
- 1 = Casi nunca
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Muy frecuentemente

Preguntas	Respuestas				
1. ¿Ha notado usted que su encía está inflamada y no se ve bien?	0	1	2	3	4
2. ¿Ha tenido usted dificultad para masticar por movilidad y cambio de posición de sus dientes?	0	1	2	3	4
3. ¿Ha sentido usted dolor en su encía?	0	1	2	3	4
4. ¿Han estado sensibles sus dientes al frío, a lo caliente, con los dulce o al masticar?	0	1	2	3	4
5. ¿Se ha sentido usted preocupado por mal sabor de boca?	0	1	2	3	4
6. ¿Se ha sentido usted incómodo por mal olor de boca?	0	1	2	3	4
7. ¿Ha sido inadecuada su higiene bucal a causa del sangrado de encía durante el cepillado?	0	1	2	3	4
8. ¿Ha evitado masticar con todos sus dientes por ausencia de piezas, por acumulación y/o empaquetamiento de alimento?	0	1	2	3	4
9. ¿Se ha sentido usted triste por el estado de salud de sus dientes y encía?	0	1	2	3	4
10. ¿Ha sentido usted vergüenza por la apariencia de sus dientes y encía?	0	1	2	3	4
11. ¿Se le ha dificultado alguna actividad diaria, a causa del estado de sus dientes y la enfermedad de su encía?	0	1	2	3	4
12. ¿Ha evitado relacionarse con otras personas por el estado de sus dientes y la enfermedad de su encía?	0	1	2	3	4
13. ¿Ha sido afectada su salud general como consecuencia de su salud bucal?	0	1	2	3	4
14. ¿Ha sido afectada su economía por su estado de salud bucal, debido al costo de la atención dental?	0	1	2	3	4

Ilustración 1

3.CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

3.1 MUESTRA

Cálculo de la muestra según la fórmula:

Todas las historias de pacientes atendidos en pregrado de la Facultad de Odontología UNICOC sede Bogotá

Tamaño de muestra: $n = 136$

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

Pacientes que presentan tratamiento de prótesis implantosoportadas rehabilitados con posterioridad a 6 meses.

3.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.2.1 Criterios de inclusión:

1. Pacientes con historia clínica de tratamiento con rehabilitación oral sobre implantes en el posgrado de prostodoncia, que terminaron su tratamiento de rehabilitación en los últimos 6 meses de UNICOC, sede Bogotá, entre 2020 y 2024.

3.2.2 Criterios de exclusión:

1. Paciente con diagnóstico de enfermedades mentales y medicación correspondiente.
2. Paciente que no se haya realizado el implante y la rehabilitación en las clínicas UNICOC.
3. Paciente cuya respuesta no sea autónoma y requiera cuidador.

4. Paciente con historia de pérdida de implantes por enfermedad periimplantaria, que no haya concluido su proceso de rehabilitación en las clínicas de UNICOC.
5. Paciente que haya sido diagnosticado de una enfermedad sistémica posterior a la rehabilitación.

3.3 PROCEDIMIENTO:

1. Se establecieron criterios claros para determinar qué pacientes serían aceptados en el estudio (por ejemplo, edad, estrato socio económico, nivel educativo, diagnóstico previo sistémico, entre otras).
2. Se definió el número de pacientes que se evaluaría, garantizando que el tamaño de la muestra fuera estadísticamente adecuado para obtener resultados significativos.
3. Se detalló la estructura de la encuesta OHIP-14, compuesta por 14 ítems agrupados en siete dimensiones: limitaciones funcionales, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social y minusvalía.
4. Se capacitó al equipo de investigación o a los encuestadores en la correcta aplicación del OHIP-14, incluyendo la forma de interactuar con los pacientes, formular las preguntas y registrar adecuadamente las respuestas.

5. Se seleccionaron y convocaron los pacientes que formarían parte del estudio.
6. Se aplicó la encuesta en un ambiente tranquilo y cómodo para el paciente, preferiblemente dentro de la consulta o en un área destinada específicamente para la recolección de datos.
7. Antes de iniciar, se explicó brevemente al paciente el funcionamiento del cuestionario OHIP-14 y el tipo de respuestas esperadas, basadas en una escala Likert de cinco puntos (0 = Nunca, 4 = Muy a menudo).
8. El investigador se aseguró de registrar las respuestas de forma clara y precisa, ya fuera en formato digital o en papel.
9. Se realizó un proceso de verificación para confirmar que los datos se hubieran registrado correctamente y que no existieran errores durante la recolección.
10. Una vez recolectados los datos, estos se codificaron y tabularon para su posterior análisis. Las respuestas de la escala Likert se sumaron para obtener un puntaje global que reflejara el impacto en la calidad de vida del paciente.
11. Se ejecutaron análisis estadísticos descriptivos e inferenciales con el fin de interpretar los resultados obtenidos a partir del OHIP-14.
12. Se aplicaron procedimientos destinados a minimizar posibles sesgos en la recolección y el análisis de los datos, como la calibración entre los distintos encuestadores.

13.Finalmente, se analizó cómo los puntajes obtenidos en el OHIP-14 reflejaban el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los pacientes.

3.4 OPERACIONES DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	ESCALA DE MEDICION
Limitación funcional	Limitación en la apertura	Dependientes	0: nunca 1: casi nunca 2: Ocasionalmente 3: bastante a menudo 4:muy a menudo	Ordinal
Dolor físico	Dolor en reposo y/o durante la masticación	Dependientes	0: nunca 1: casi nunca 2: Ocasionalmente 3: bastante a menudo 4:muy a menudo	Ordinal
Malestar psicológico	No estar conforme con sus dientes	Dependientes	0: nunca 1: casi nunca 2: Ocasionalmente 3: bastante a menudo 4:muy a menudo	Ordinal
Incapacidad física	No poder realizar función masticatoria	Dependientes	0: nunca 1: casi nunca 2: Ocasionalmente 3: bastante a menudo 4:muy a menudo	Ordinal
Incapacidad psicológica	Afecta las emociones del individuo	Dependientes	0: nunca 1: casi nunca 2: Ocasionalmente 3: bastante a menudo 4:muy a menudo	Ordinal
Incapacidad social	No poder interactuar con las demás personas	Dependientes	0: nunca 1: casi nunca 2: Ocasionalmente 3: bastante a menudo 4:muy a menudo	Ordinal
Desventaja social	No poder realizar trabajos	Dependientes	0: nunca 1: casi nunca 2: Ocasionalmente 3: bastante a menudo 4:muy a menudo	Ordinal
Diagnostico periodontal	Clasificación clínica del estado de salud o enfermedad del periodonto,	Independiente	Periodontitis franca 0 Periodontitis estadio I localizada grado A 1	Ordinal

	determinada mediante parámetros como pérdida de inserción clínica, profundidad de sondaje, sangrado al sondear, presencia de cálculo y movilidad dental. Se basa en la clasificación de enfermedades periodontales vigente (AAP/EFP 2018).		Periodontitis estadio I generalizada Grado A 2 Periodontitis estadio II localizada grado A 3 Periodontitis estadio II generalizada grado A 4 Periodontitis estadio II localizada grado B 5 Periodontitis estadio II Generalizada grado B 6 Periodontitis estadio III generalizada grado A 7 Periodontitis estadio III localizada grado A 8 Periodontitis estadio III localizada grado B 9 Periodontitis estadio III generalizada grado B 10 Periodontitis estadio III localizada grado C 11 Periodontitis estadio IV generalizada grado A 12 Periodontitis estadio IV generalizada grado B 13 Periodontitis estadio IV generalizada grado C 14 Periodontitis estadio IV localizada grado B 15 Periodontitis estadio I generalizada grado B 16 Periodontitis estadio IV localizada grado C 17 Gingivitis inducida por biopelícula en un periodonto reducido generalizada sin historia de periodontitis 18	
--	---	--	---	--

			Salud gingival en un periodonto reducido sin historia de periodontitis 19 No aplica 20	
Condición sistémica	Estado general de salud del paciente determinado por la presencia o ausencia de enfermedades sistémicas diagnosticadas médicamente.	Independiente	Sano 0 Diabetes 1 Hipertension 2 Otros 3	Ordinal
Sexo	Características sexuales que distingue fisiológicamente hombres de Masculino mujeres	Independiente	1: Masculino 0: Femenino	Dicotómica
Estrato social	Clasificación oficial que ubica a los hogares en grupos según las condiciones físicas de la vivienda y del entorno, con el fin de asignar subsídios y tarifas diferenciadas en Colombia.	Independiente	1:Estrato 1 2:Estrato 2 3:Estrato 3 4:Estrato 4 0: no reporta	Ordinal
Escolaridad	El sistema educativo colombiano lo conforman: la educación inicial, la educación	Independiente	0: Primaria 1: Bachillerato 2: Profesional 3:Posgrado 4: No reporta	Ordinal

	preescolar, la educación básica (primaria cinco grados y secundaria cuatro grados), la educación media (dos grados y culmina con el título de bachiller) y la educación superior.			
--	--	--	--	--

Ilustración 2

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Según el Artículo 11 de la Resolución No 008430 de 1993, un estudio transversal se considera una investigación sin riesgo, ya que no se realizan intervenciones biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales sobre los involucrados en el estudio.

Los datos serán manejados de acuerdo con las normas de protección de datos: Habeas Data Ley 1266 de 2008, Ley Estatutaria 1581 de 2012, Ley 2157 de 2021, para garantizar la protección y confidencialidad de los datos personales. En ese orden de ideas, se debe obtener el consentimiento expreso y previo del titular de los datos para la recolección, almacenamiento o uso de su información. Los datos personales solo pueden ser recolectados y tratados con fines específicos, explícitos y legítimos, y solo deben utilizarse para los propósitos para los cuales fueron recolectados, y se garantizará la seguridad de la información y se evitará su pérdida, alteración, acceso no autorizado o divulgación indebida. Se utilizarán técnicas de anonimización o pseudonimización para proteger la identidad de los titulares y reducir los riesgos asociados a la exposición de información personal sensible. De igual forma, se deben registrar las bases de datos ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC), el ente encargado de supervisar y garantizar el cumplimiento de la normativa de protección de datos.

3.6 ANÁLISIS ESTADISTICO

- Los datos obtenidos fueron analizados utilizando la prueba Pruebas de normalidad:
 - Shapiro-Wilk,
 - Kolmogorov-Smirnov,
 - Anderson-Darling.

- Prueba de homogeneidad de varianzas:
 - Prueba de Levene.
- Prueba comparativa de medias:
 - Prueba T de Student para muestras independientes.

4. RESULTADOS

Análisis descriptivo de la variable Edad

Descriptivas	
	Edad
N	126
Media	56,127

Desviación estándar	11,165
Mínimo	27
Máximo	83

La muestra estuvo conformada por 126 participantes, con una edad promedio de 56,1 años (DE=11,2). Esto indica que la mayoría de los sujetos se concentró en edades adultas y adultas mayores. El rango de edad osciló entre los 27 años como mínimo y los 83 años como máximo, lo que evidencia una amplia dispersión en la distribución etaria.

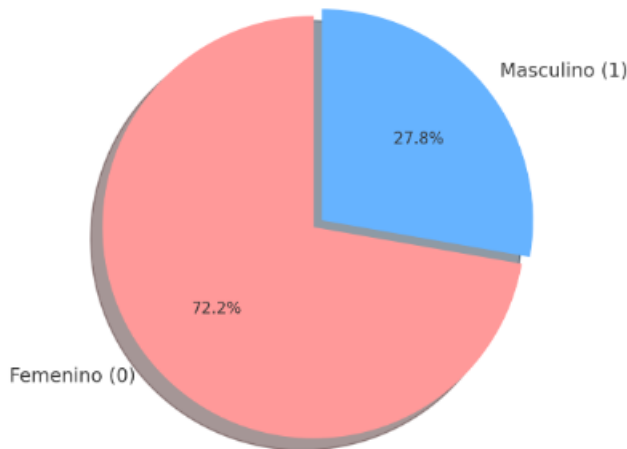
La desviación estándar de 11,16 años refleja una variabilidad moderada respecto a la media; es decir, aunque la edad promedio se sitúa en la sexta década de vida, hay participantes tanto en edades más jóvenes (adultos jóvenes) como en edades avanzadas (adultos mayores).

Este comportamiento de la variable sugiere que el estudio incluye una población heterogénea en cuanto a edad, lo cual puede tener implicaciones en la percepción y en los resultados de calidad de vida, dado que esta dimensión suele variar a lo largo del ciclo vital.

Análisis descriptivo de la variable de sexo

Frecuencias de Sexo		
Sexo	Frecuencias	% del Total
Femenino	91	72,2 %
Masculino	35	27,8 %

Distribución de la variable sexo en la muestra



En la muestra analizada se contó con un total de 126 participantes, de los cuales 91 correspondieron al sexo femenino (72,2%) y 35 al sexo masculino (27,8%). El sexo femenino fue el predominante en la muestra, representando casi tres cuartas partes de los sujetos evaluados (72,2 %). La distribución obtenida evidencia una sobrerrepresentación del sexo femenino en la muestra. Este predominio puede deberse a factores contextuales de la población de estudio, al tipo de muestra seleccionada o a la mayor disposición de las mujeres a participar en el estudio (lo cual suele reportarse en investigaciones similares).

En términos metodológicos, es necesario tener precaución al interpretar los hallazgos, ya que la desproporción entre sexos podría limitar la posibilidad de realizar análisis comparativos con suficiente potencia estadística entre ambos grupos.

Análisis descriptivo de la variable Estrato social

Frecuencias de Estrato social

Estrato social	Frecuencias	% del Total
1	3	2,4 %
2	58	46,0 %
3	52	41,3 %
4	13	10,3 %

En cuanto al estrato social, se encontró que la mayoría de los participantes pertenecen a los estratos 2 (46,0 %) y 3 (41,3 %), mientras que los extremos de la escala, estrato 1 (2,4 %) y estrato 4 (10,3 %), tuvieron una representación menor. Esto indica que la población estudiada se ubica principalmente en contextos socioeconómicos intermedios. El estrato social es un determinante importante de la calidad de vida, ya que influye directamente en el acceso a los servicios de salud, la frecuencia de asistencia odontológica y la posibilidad de acceder a tratamientos especializados. Los sujetos de estratos medios suelen tener un acceso limitado pero existente, lo cual puede repercutir en una calidad de vida percibida aceptable, aunque condicionada por barreras económicas. En contraste, los estratos bajos tienden a presentar mayores restricciones, lo que impacta negativamente en su calidad de vida, mientras que los estratos altos, aunque con mayor acceso, estuvieron poco representados en este estudio.

Análisis descriptivo de la variable Escolaridad

Frecuencias de Escolaridad

Escolaridad	Frecuencias	% del Total
Sin estudios	8	6,3 %
Bachiller	66	52,4 %
Profesional	52	41,3 %

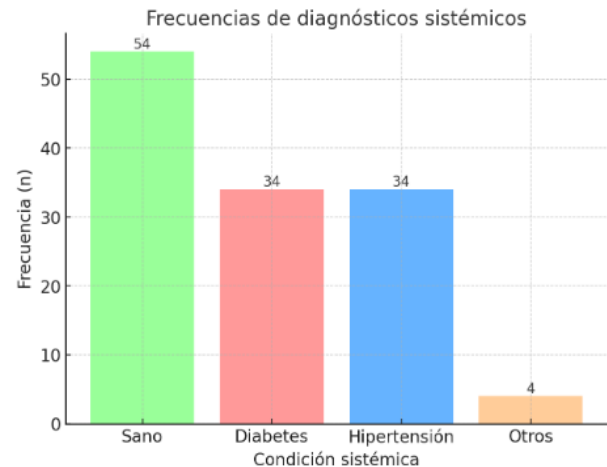
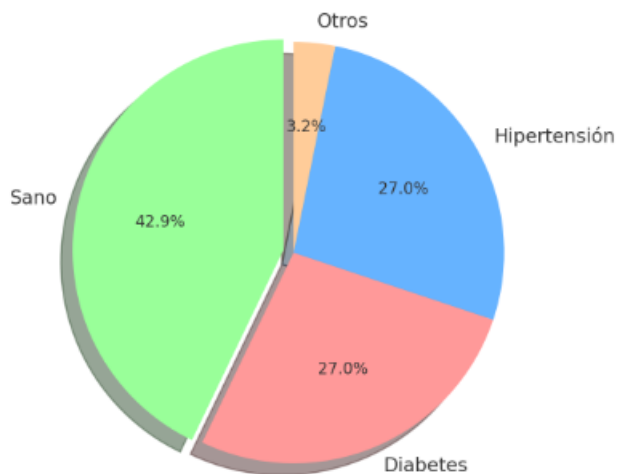
Tabla: Tabla de variables de escolaridad código 0 corresponde sin estudios, código 1 estudios hasta bachiller y código 2 estudio de educación superior (profesional). Respecto al nivel educativo, más de la mitad de los participantes reportó estudios de secundaria (52,4 %), seguido por un 41,3 % en estudios profesionales, y un 6,3 % sin escolaridad. Estos resultados muestran que la muestra se compuesta principalmente por individuos con escolaridad básica o intermedia. La educación constituye un factor clave en la percepción de calidad de vida, pues se asocia con una mayor comprensión de la importancia del autocuidado, la prevención y la adherencia a los tratamientos. Los niveles bajos de escolaridad suelen asociarse con menor conocimiento sobre la salud bucal, lo que incrementa la vulnerabilidad ante problemas funcionales y estéticos que afectan el bienestar.

Análisis descriptivo de los diagnostico sistémicos

Frecuencias de Diagnóstico sistémico		
Diagnóstico sistémico	Frecuencias	% del Total
Sano	54	42,9 %

Diabetes Mellitus	34	27,0 %
Hipertensión arterial	34	27,0 %
Otros diagnósticos sistémicos	4	3,2 %

Distribución de diagnósticos sistémicos



La muestra estuvo conformada por 126 participantes, distribuidos según su condición sistémica de la siguiente manera:

- Sanos: 54 personas (42,9%)
- Diabetes: 34 personas (27,0%)
- Hipertensión: 34 personas (27,0%)
- Otros diagnósticos sistémicos: 4 personas (3,2%)

El grupo de participantes sanos constituye el mayor porcentaje de la muestra (42,9 %) y representa casi la mitad de los sujetos estudiados. Tanto diabetes como hipertensión presentan la misma frecuencia (34 casos cada uno), lo que equivale al 27% del total de cada una. Esto sugiere que ambas condiciones tienen un peso similar dentro de la población analizada; el grupo de otros diagnósticos sistémicos es minoritario, con solo 4 casos (3,2 %), lo que lo convierte en un grupo con escasa

representación y que podría limitar la posibilidad de análisis estadísticos específicos para esta categoría.

La distribución de diagnósticos sistémicos muestra un predominio relativo de sujetos sanos (42,9%), sin embargo, la proporción de pacientes con patologías crónicas (54,1%) es considerablemente alta, siendo la diabetes y la hipertensión las enfermedades más prevalentes en proporciones equivalentes. Este hallazgo es consistente con la elevada carga de enfermedades crónicas no transmisibles reportada en la literatura científica y refuerza la necesidad de considerar dichas condiciones como factores potencialmente influyentes en los resultados clínicos del estudio.

Tabla: Análisis descriptivo de los diagnósticos periodontales:

Frecuencias de Diagnostico periodontal		
Diagnostico periodontal	Frecuencias	% del Total
Periodontitis franca	6	4,8 %
Periodontitis estadio I localizada grado A	3	2,4 %
Periodontitis estadio I generalizada Grado A	6	4,8 %
Periodontitis estadio II localizada grado A	7	5,6 %
Periodontitis estadio II	6	4,8 %

generalizada grado A		
Periodontitis estadio II localizada grado B	3	2,4 %
Periodontitis estadio II Generalizada grado B	4	3,2 %
Periodontitis estadio III generalizada grado A	6	4,8 %
Periodontitis estadio III localizada grado A	6	4,8 %
Periodontitis estadio III localizada grado B	4	3,2 %
Periodontitis estadio III generalizada grado B	6	4,8 %
Periodontitis estadio III localizada grado C	6	4,8 %
Periodontitis estadio IV generalizada grado A	6	4,8 %
Periodontitis estadio IV generalizada grado B	5	4,0 %
Periodontitis estadio IV generalizada grado C	6	4,8 %
Periodontitis estadio IV localizada grado B	6	4,8 %

Periododntitis estadio I generalizada grado B	6	4,8 %
Periodontitis estadio IV localizada grado C	12	9,5 %
Gingivitis inducida por biopelícula en un periodonto reducido generalizada sin historia de periodontitis	14	11,1 %
Salud gingival en un periodonto reducido sin historia de periodontitis	8	6,3 %

La distribución de los diagnósticos periodontales en la población evaluada, se observa una clara predominancia de cuadros relacionados con periodontitis en estadios iniciales y moderados, lo cual refleja un patrón clínico frecuente en pacientes adultos que acuden a consulta. En particular, la categoría con mayor representación fue la periodontitis estadio II generalizada grado B, que alcanzó el porcentaje más alto en la muestra. Este hallazgo sugiere que una parte importante de los pacientes presenta un compromiso periodontal moderado, con pérdida de inserción y afectación generalizada, lo cual podría tener un impacto considerable en su percepción de calidad de vida, especialmente en aspectos funcionales y estéticos.

De igual forma, se identificó un número relevante de pacientes con periodontitis estadio II localizada, grado B, lo que indica que, si bien el compromiso no se extiende a toda la dentición, sí existen zonas específicas con daño clínico significativo. La presencia de diagnósticos en grado B es coherente con la edad promedio de la muestra (56 años), ya que estos pacientes suelen mostrar progresión de la enfermedad en relación con factores locales y sistémicos acumulados a lo largo del tiempo.

Por otra parte, también se documentaron casos de periodontitis estadio I, tanto en su forma localizada como en la generalizada, con predominio en grado A. Estos casos reflejan a pacientes en etapas iniciales de la enfermedad, probablemente diagnosticados de manera temprana. Sin embargo, su impacto en la calidad de vida no debe minimizarse, ya que incluso los estadios iniciales pueden generar molestias como sangrado, sensibilidad o preocupación estética.

En contraste, la proporción de pacientes diagnosticados con periodontitis franca (código 0) fue baja, lo que evidencia que la mayoría de la población estudiada ya ha transitado hacia los estadios definidos por la clasificación de diagnósticos periodontales del workshop 2017, con mayor precisión en la categorización del grado y la extensión.

En conjunto, la distribución encontrada indica que la población evaluada se concentra principalmente en estadios II de periodontitis, con grados A y B, tanto localizados como generalizados. Este perfil epidemiológico tiene relevancia directa

para el análisis de la calidad de vida, ya que los pacientes con compromiso periodontal moderado suelen experimentar limitaciones funcionales, preocupación por la pérdida dental y alteraciones en la autopercepción estética, factores que inciden directamente en los dominios de los cuestionarios de calidad de vida oral.

Análisis de la prueba estadística-Prueba de esfericidad de Bartlett

Prueba de Esfericidad de Bartlett		
χ^2	gl	p
69,766	91	0,952
Estadísticas de Fiabilidad de Escala		
	α de Cronbach	ω de McDonald
Escala	-0,045	0,036
Cargas de los Factores		
	Factor	
	1	Unicidad
LF¿Ha notado usted que su encía está inflamada y no se ve bien?		0,998
LF¿Ha tenido usted dificultad para masticar por movilidad y cambio de posición de sus dientes?		0,980
DF¿Ha sentido usted dolor en su encía?		1,000
DF¿Han estado sensibles sus dientes al frío, a lo caliente con los dulce o al masticar?		0,998
MPSI¿Se ha sentido usted preocupado por mal sabor de boca?		0,977
MPSI¿Se ha sentido usted incómodo por mal olor de boca?		0,990
INF¿Ha sido inadecuada su higiene bucal a causa del sangrado de encía durante el cepillado?		0,994
INF¿Ha evitado masticar con todos sus dientes por ausencia de piezas. por acumulación y/o empaquetamiento de alimento?		0,999
INPSI¿Se ha sentido usted triste por el estado de salud de sus dientes y encía?		0,999
INPSI¿Ha sentido usted vergüenza por la apariencia de sus dientes y encía?		0,968

IS¿Se le ha dificultado alguna actividad diaria, a causa del estado de sus dientes y la enfermedad de su encía?		0,995
IS¿Ha evitado relacionarse con otras personas por el estado de sus dientes y la enfermedad de su encía?		0,993
DE¿Ha sido afectada su salud general como consecuencia de su salud bucal?	0,899	0,192
DE¿Ha sido afectada su economía por su estado de salud bucal, debido al costo de la atención dental?		0,922
<i>Nota.</i> El método de extracción 'Residuo mínimo' se usó en combinación con una rotación 'oblimin'		

El valor obtenido fue $\chi^2=9,766$ con 91 grados de libertad y un $p=0,952$.

Esto indica que la matriz de correlaciones no difiere significativamente de una matriz de identidad, es decir, que los ítems no presentan correlaciones lo suficientemente fuertes como para justificar un análisis factorial.

Desde el punto de vista metodológico, el cuestionario empleado en esta investigación no mostró una estructura factorial sólida dentro de la muestra analizada, lo que limita la posibilidad de agrupar sus ítems en factores consistentes y coherentes entre sí. Esta falta de cohesión interna sugiere que el instrumento, al menos en este contexto específico, podría no reflejar una única dimensión subyacente, sino que capta respuestas dispersas que no se agrupan de manera estable.

En el plano clínico, aunque el cuestionario permite obtener información valiosa sobre diferentes dimensiones de la calidad de vida, los resultados evidencian que las respuestas de los pacientes tienden a comportarse de manera independiente más que interrelacionada. Esto implica que aspectos como el dolor, la estética, la función masticatoria o el impacto económico no necesariamente forman parte de un

mismo constructo global en los pacientes rehabilitados con implantes. Por el contrario, parecen ser vivencias separadas, cada una con su propio peso y significado dentro de la experiencia individual del tratamiento.

Estadísticas de fiabilidad:

- Alfa de Cronbach: -0,045
- Omega de McDonald: 0,036

Los valores obtenidos resultaron ser muy bajos e incluso negativos, lo que pone de manifiesto una falta de consistencia interna en el instrumento utilizado. En términos prácticos, esto significa que los ítems del cuestionario no parecen estar midiendo de forma uniforme una misma dimensión latente, sino que cada uno podría estar captando aspectos distintos del fenómeno que se pretende evaluar.

Desde una perspectiva metodológica, este hallazgo cuestiona la validez del cuestionario como una escala unidimensional dentro de esta muestra específica. Es posible que los ítems estén representando dimensiones heterogéneas de la calidad de vida, lo cual resulta comprensible si se considera la complejidad inherente de este constructo. La calidad de vida no se reduce a un solo componente, sino que abarca múltiples dimensiones que interactúan de forma variable entre los individuos.

En este sentido, más que interpretarse como un “fracaso” del instrumento, este resultado debe asumirse como una evidencia de la naturaleza multidimensional de la calidad de vida. Aspectos como el dolor, la función, la estética, las relaciones sociales o la economía no siempre se perciben como partes de una misma experiencia integral, sino como vivencias diferenciadas que los pacientes valoran y experimentan de manera independiente según su situación particular.

Las cargas reportadas en el análisis factorial son extremadamente altas (0,97-1,00 en la mayoría de los ítems), lo que, en principio, indicaría una fuerte relación entre cada ítem y el factor extraído. Sin embargo, al observar los valores de unidad (cerca de 1), se observa que la variabilidad explicada por el modelo es baja, lo que indica que los ítems se comportan de forma independiente entre sí.

Los ítems relacionados con:

- Dolor físico y limitaciones funcionales (ejemplos como dificultad para masticar, dolor de encías, sensibilidad dental)
- Aspectos psicológicos y sociales (vergüenza, tristeza, dificultad para relacionarse)
- Factores económicos y de salud general

Presentan comportamientos heterogéneos, lo que refuerza la idea de que la calidad de vida en esta población no puede reducirse a una sola dimensión, sino que requiere un enfoque multifactorial.

Tablas descriptiva:

Se incluyeron las siguientes dimensiones del cuestionario OHIP-14, analizadas individualmente para explorar las áreas específicas del impacto percibido: LF (Limitaciones funcionales), que evalúa la dificultad para masticar, hablar o realizar funciones básicas; DF (Dolor físico), que mide la presencia de dolor o sensibilidad dental y gingival; MPSI (Malestar psicológico), que analiza la preocupación, ansiedad o incomodidad relacionada con la condición oral; INF (Incapacidad funcional), que valora la limitación para mantener una adecuada higiene o función

masticatoria; INPSI (Incapacidad psicológica), que examina la tristeza, vergüenza o afectación emocional derivada de la estética o función oral; IS (Incapacidad social), que identifica la restricción en las relaciones o actividades sociales debido al estado bucal; DE (Desventaja social), que considera la afectación en la salud general o economía como consecuencia de la condición oral; y CVRSB (puntaje global o percepción subjetiva del paciente), obtenido mediante el cuestionario OHIP-14.

	Limitación funcional	Dolor físico	Malestar psicológico	Incapacidad funcional	Incapacidad psicológica	Incapacidad social	Desventaja social
N	126	126	126	126	126	126	126
Media	4,07	4,11	3,70	3,83	4,20	3,84	4,30
IC 95% de la media límite inferior	3,73	3,77	3,38	3,48	3,85	3,49	4,01
IC 95% de la media límite superior	4,41	4,45	4,02	4,18	4,55	4,19	4,60
Desviación estándar	1,93	1,95	1,80	1,98	2,00	1,99	1,68
Mínimo	0	0	0	0	0	0	0
Máximo	8	8	8	8	8	8	8

W de Shapiro-Wilk	0,97	0,97	0,96	0,96	0,96	0,96	0,96
Valor p de Shapiro-Wilk	0,003	0,004	< 0,001	0,002	0,002	0,002	0,002

Detalles 1

Frecuencias de LF1d			
LF1d	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Mejor CVRSB	73	58 %	58 %
Peor CVRSB	53	42 %	100 %

Detalles 2

Frecuencias de LF2d			
LF2d	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
1	75	60 %	60 %
2	51	40 %	100 %

Detalles 3

Frecuencias de DF1			
DF1	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
1	75	60 %	60 %
2	51	40 %	100 %

Detalles 4

Frecuencias de DF2			
DF2	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
1	80	63 %	63 %
2	46	37 %	100 %

--	--	--	--

Detalles 5

Frecuencias de MPSI1			
MPSI1	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
1	86	68 %	68 %
2	40	32 %	100 %

Detalles 6

Frecuencias de MPSI2			
MPSI2	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
1	86	68 %	68 %
2	40	32 %	100 %

Detalles 7

Frecuencias de INF1			
INF1	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
1	79	63 %	63 %
2	47	37 %	100 %

Detalles 8

Frecuencias de INF2			
INF2	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
1	73	58 %	58 %
2	53	42 %	100 %

Detalles 9

Frecuencias de INPSI1			
INPSI1	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
1	60	48 %	48 %
2	66	52 %	100 %

Detalles 10

Frecuencias de INPSI2			
INPSI2	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
1	76	60 %	60 %
2	50	40 %	100 %

Detalles 11

Frecuencias de IS1			
IS1	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
1	85	67 %	67 %
2	41	33 %	100 %

Detalles 12

Frecuencias de IS2			
IS2	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
1	73	58 %	58 %
2	53	42 %	100 %

Detalles 13

Frecuencias de DE1			
DE1	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
1	70	56 %	56 %
2	56	44 %	100 %

Detalles 14

Frecuencias de DE2			
DE2	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
1	64	51 %	51 %
2	62	49 %	100 %

Un hallazgo metodológico y clínico importante fue la identificación de efectos techo y piso. Se observaron puntajes extremos de 0 y 8 en todas las dimensiones: el efecto piso en pacientes que no reportaron impacto en su calidad de vida, y el efecto techo en quienes experimentaron el máximo impacto. La coexistencia de ambos fenómenos refleja la heterogeneidad de la población: mientras algunos perciben su situación como totalmente resuelta, otros viven con limitaciones significativas. Metodológicamente, esto reduce la sensibilidad del cuestionario, ya que las respuestas en los extremos “aplanan” las diferencias intermedias. Este hallazgo muestra que la calidad de vida no depende solo de la severidad clínica, sino de múltiples factores biopsicosociales (edad, nivel educativo, estrato social, resiliencia psicológica, expectativas de tratamiento).

La prueba de esfericidad de Bartlett arrojó un valor de $\chi^2 = 69,766$ con 91 grados de libertad y $p = 0,952$, lo que indica que la matriz de correlaciones no difiere de una matriz identidad. Esto significa que los ítems del cuestionario no se correlacionan suficientemente entre sí como para justificar un análisis factorial. En otras palabras, los ítems parecen comportarse de manera independiente en esta muestra.

Este hallazgo se refuerza con las estadísticas de fiabilidad, el alfa de Cronbach fue de $-0,045$ y el omega de McDonald de $0,036$, valores negativos o extremadamente bajos que reflejan falta de consistencia interna. En la práctica, esto implica que el cuestionario no funciona como una escala unidimensional en esta población. Los ítems, en lugar de medir un mismo constructo homogéneo, parecen captar aspectos heterogéneos de la calidad de vida.

Si bien las cargas factoriales reportadas fueron muy altas ($0,97-1,00$), los valores de unicidad cercanos a 1 indicaron que la variabilidad explicada por el modelo es baja. Esto sugiere que los ítems guardan poca relación entre sí y, de hecho, funcionan de manera independiente. Los ítems que evaluaban dolor físico, limitaciones funcionales, factores psicológicos, sociales y económicos mostraron comportamientos heterogéneos, reforzando la idea de que la calidad de vida en esta población es multidimensional.

Estos hallazgos tienen diversas implicaciones que vale la pena considerar con detenimiento. Desde el punto de vista metodológico, la falta de consistencia interna

y la ausencia de significancia en la prueba de Bartlett cuestionan la validez del cuestionario como una medida unidimensional. Sin embargo, más que interpretarlo como una limitación del instrumento, debe entenderse como una confirmación de que la calidad de vida es un fenómeno complejo y multifacético. Cada dimensión (ya sea el dolor, la función, la estética o el impacto social y económico) actúa de manera independiente, reflejando distintas experiencias del paciente. Por ello, analizar cada dominio por separado puede ofrecer información más valiosa y específica que limitarse a un puntaje global.

En el ámbito clínico, estos resultados evidencian que no todos los pacientes otorgan la misma importancia a las distintas dimensiones de su salud bucal. Mientras algunos valoran más los aspectos estéticos, otros priorizan la función masticatoria o el efecto que la condición oral tiene en su vida social o en sus finanzas. Este hallazgo resalta la necesidad de personalizar los tratamientos, identificando qué dimensión resulta más significativa para cada individuo y orientando la planificación terapéutica hacia esas prioridades particulares.

Estos resultados se relacionan estrechamente con el denominado efecto techo y piso. La independencia entre los ítems del cuestionario se ve reforzada por la polarización observada en las respuestas: algunos pacientes no perciben impacto alguno en su calidad de vida, mientras que otros reportan un impacto máximo. Esta variabilidad sugiere que la percepción de bienestar oral está profundamente mediada por las experiencias y expectativas personales de cada paciente, y que no puede reducirse a un único patrón de respuesta o interpretación generalizada.

El análisis de normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk arrojó valores de $p < 0,05$ en todas las dimensiones, lo que indica que los datos no siguen una distribución normal. En consecuencia, los análisis comparativos deben realizarse mediante pruebas no paramétricas para asegurar la validez de los hallazgos.

Distribución de frecuencias por dimensiones:

- Limitaciones funcionales (LF1 y LF2): entre el 58% y 60% de los participantes reportaron mejor calidad de vida, mientras que el 40-42% refirió limitaciones. Esto sugiere que, aunque la mayoría mantiene un buen desempeño funcional, existe un grupo relevante que percibe interferencias en actividades básicas, como masticar o hablar.
- Dolor físico (DF1 y DF2): entre el 60% y 63% refirió mejor calidad de vida, frente a un 37-40% que reconoció dolor o molestias. Aunque el dolor no es predominante en la muestra, representa un factor limitante para un tercio de los participantes.
- Malestar psicológico (MPSI1 y MPSI2): el 68% de los encuestados se ubicó en la categoría favorable, mientras que el 32% manifestó afectación. Este dato resalta que, aunque la mayoría logra adaptarse emocionalmente, un tercio de la población presenta un compromiso psicológico que afecta su autoestima y bienestar. La dimensión con menor promedio fue la incapacidad psicológica (INPSI= 3,70), lo cual indica que los pacientes perciben mayor impacto negativo en esta esfera.

- Incapacidad funcional (INF1 e INF2): entre el 58% y el 63% refirieron una mejor calidad de vida, frente a un 37-42% que reportó dificultades, lo que indica que una proporción considerable presenta limitaciones para realizar actividades de la vida diaria.
- Incapacidad psicológica (INPSI1 e INPSI2): este dominio mostró la mayor vulnerabilidad. En la primera medición, el 52% reportó peor calidad de vida frente al 48% en mejor condición. En la segunda, el panorama mejoró: un 60 % en mejor condición y un 40% en peor. Estos resultados confirman que la esfera psicológica es la más frágil y depende de factores como la estética, la autopercepción y la interacción social.
- Incapacidad social (IS1 e IS2): alrededor del 58-67% manifestó no sentirse limitado socialmente por su condición oral, pero entre el 33-42% sí reportó afectaciones. Esto refleja que la salud oral influye en la vida social de un tercio de los participantes.
- Desventaja social (DE1 y DE2): la distribución fue equilibrada, con un 51-56% en mejor condición y un 44-49% en peor calidad de vida. Casi la mitad de los pacientes percibe algún grado de discapacidad asociada a su estado oral, lo que evidencia limitaciones permanentes o de difícil resolución. Por el contrario, la dimensión con mayor media fue la de discapacidad (DE=4,30), lo que sugiere que en este aspecto los pacientes refieren menor afectación.

Tablas 1:

Prueba T para Muestras Independientes, Homogeneity of Variances Tests, Tests of Normality

Prueba T para Muestras Independientes
--

		Estadístico	gl	p	Diferencia de medias	EE de la diferencia
CVRSB	T de Student	-0.464	124.000	0.643	-0.477	1.027

Homogeneity of Variances Tests					
		F	df	df2	p
CVRSB	Levene's	0.028	1	124	0.867
	Variance ratio	1.265	90	34	0.445
Nota. Additional results provided by <i>moretests</i>					

Tests of Normality			
		statistic	p
CVRSB	Shapiro-Wilk	0.991	0.585
	Kolmogorov-Smirnov	0.059	0.771
	Anderson-Darling	0.309	0.554
Nota. Additional results provided by <i>moretests</i>			

En la Tabla 1 se presentan los resultados obtenidos de la prueba t para muestras independientes aplicada a la variable de calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB), medida mediante el instrumento OHIP-14. Previamente se verificaron los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianzas.

Las pruebas de normalidad (Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov y Anderson-Darling) mostraron valores de p mayores a 0,05 (0,585; 0,771 y 0,554, respectivamente), lo que indica que los datos presentan una distribución aproximadamente normal. Del mismo modo, la prueba de Levene evidenció una $p = 0,867$, confirmando la homogeneidad de varianzas entre los grupos comparados.

La prueba t de Student arrojó un valor de $t = -0,464$ con 124 grados de libertad y un nivel de significancia de $p = 0,643$, lo cual demuestra que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos evaluados en los puntajes medios del OHIP-14. La diferencia de medias observada ($-0,477$) y su error estándar ($1,027$) reflejan una variación mínima, sin relevancia clínica. En consecuencia, puede afirmarse que los participantes de ambos grupos perciben un nivel similar de calidad de vida relacionada con su salud bucal, lo que sugiere que las condiciones clínicas o los tratamientos implantosoportados recibidos generan un impacto comparable en su bienestar oral y general.

5. DISCUSIÓN

El presente estudio proporciona una aproximación integral a la calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSB) en pacientes rehabilitados con prótesis implanto-soportadas, utilizando como herramienta de medición el cuestionario Oral Health Impact Profile (OHIP-14). Este instrumento, ampliamente validado en diversos contextos culturales y clínicos, busca evaluar cómo las condiciones orales afectan el bienestar del individuo, abarcando dimensiones físicas, psicológicas y sociales. Tal como lo establece Slade, el OHIP no mide la salud bucal objetiva, sino el impacto percibido que las condiciones orales tienen sobre la vida diaria (1). No obstante, el uso de un instrumento auto-informado implica considerar la naturaleza subjetiva de la experiencia humana y las limitaciones psicométricas inherentes a la medición de constructos complejos como la calidad de vida. (14)

En el presente trabajo, los resultados de los análisis psicométricos (α de Cronbach = -0,045; ω de McDonald = 0,036) y de esfericidad de Bartlett ($p=0,952$) revelan una ausencia de correlación entre los ítems del instrumento, lo que sugiere una falta de consistencia interna y cuestiona la unidimensionalidad teórica del OHIP-14 en esta

población. Dichos hallazgos concuerdan con observaciones de otros estudios latinoamericanos, que advierten que las traducciones y adaptaciones culturales del OHIP pueden alterar su estructura factorial y reducir su fiabilidad si no se realiza un análisis confirmatorio riguroso. (28,29) Por tanto, más que un problema del instrumento en sí, los resultados reflejan la necesidad de ajustes psicométricos contextuales que garanticen que las preguntas sean comprendidas de manera homogénea por los participantes. (24)

Uno de los hallazgos más relevantes del presente estudio fue la presencia marcada de efectos techo y piso en las respuestas. La concentración de valores en los extremos de la escala (ya sea en “nunca” (0) o en “muy frecuentemente” (8)) es un fenómeno que requiere un análisis profundo. Atribuir de manera inmediata este comportamiento a la diversidad de percepciones entre los participantes podría resultar una simplificación metodológica. Si bien es cierto que la heterogeneidad de experiencias personales, niveles educativos, edades y condiciones sistémicas puede influir en cómo los pacientes interpretan y responden el cuestionario, lo realmente relevante en este hallazgo no es la diversidad de los sujetos, sino la magnitud del efecto techo y piso como indicador de un problema de sensibilidad del instrumento o de sesgo de medición derivado del proceso de aplicación. (12, 32)

En términos psicométricos, los efectos techo y piso implican que el instrumento no logra discriminar entre diferentes grados de percepción de calidad de vida, particularmente en los niveles intermedios. Cuando las respuestas se agrupan en los extremos de la escala, el cuestionario pierde capacidad para detectar cambios

sutiles en la percepción del paciente o para reflejar mejoras o deterioros progresivos a lo largo del tiempo. Este fenómeno compromete directamente la validez de constructo y la utilidad clínica del instrumento, ya que limita la posibilidad de interpretar el impacto real de la rehabilitación implantológica sobre la vida del individuo. (30,32)

La literatura reciente sobre validación de instrumentos de calidad de vida enfatiza que los efectos techo y piso deben ser cuidadosamente analizados, ya que pueden tener múltiples orígenes:

1. Limitaciones inherentes del instrumento, como la formulación de ítems redundantes o la ausencia de opciones de respuesta intermedias.
2. Deficiencias en la administración del cuestionario, como una explicación insuficiente al paciente sobre la escala o una lectura inadecuada del formato Likert.
3. Sesgos cognitivos del participante, quien puede tender a extremos por facilidad o desinterés. (28,29).

En este estudio, la magnitud de los efectos techo y piso sugiere que la sensibilidad del OHIP-14 podría no ser óptima para la población evaluada, posiblemente debido a diferencias culturales, semánticas o de comprensión respecto al contexto original del cuestionario. Por ejemplo, ciertos ítems que en otras culturas reflejan afectación emocional (“Se ha sentido avergonzado por su apariencia dental”) pueden no tener el mismo peso subjetivo en esta muestra, lo que induce respuestas concentradas en un extremo sin verdadera variación perceptiva. (26,29) . En este sentido, lo que

se observa no es necesariamente homogeneidad en las experiencias, sino una limitación del instrumento para capturar la diversidad de percepciones.

Por tanto, afirmar que los efectos techo y piso se deben exclusivamente a la diversidad de percepciones sin un análisis complementario resulta inadecuado. Lo correcto metodológicamente es considerar estos efectos como indicadores de un sesgo sistemático de medición (ya sea del instrumento o del entrenamiento de los evaluadores), que debe discutirse abiertamente. Este tipo de sesgo puede generar interpretaciones erróneas, especialmente si los resultados se utilizan para comparar grupos o inferir impacto clínico. (29) En consecuencia, es fundamental incluir este fenómeno dentro de las limitaciones del estudio, resaltando la necesidad de ajustar la herramienta o el proceso de aplicación en futuras investigaciones. (26)

Estos hallazgos refuerzan la idea de que la calidad de vida relacionada con la salud oral no es un constructo lineal ni unidimensional, sino una experiencia multidimensional influenciada por factores biológicos, emocionales, sociales y culturales. (25,26). Así, mientras algunos pacientes pueden reportar un excelente estado funcional pero elevada preocupación estética, otros pueden presentar limitaciones masticatorias con una percepción subjetiva de bienestar aceptable. Esta heterogeneidad de experiencias humanas desafía la capacidad de los cuestionarios genéricos como el OHIP-14 para reflejar la realidad completa del paciente.

En coherencia con lo anterior, Slade sostiene que el verdadero valor del OHIP no radica únicamente en sus puntuaciones globales, sino en la reflexión crítica sobre los patrones de respuesta que permiten comprender cómo la salud bucal afecta la vida diaria (1). Bajo esta perspectiva, los resultados del presente estudio no deben interpretarse como un fallo del instrumento, sino como una oportunidad para revisar su aplicabilidad contextual y mejorar la precisión en la evaluación de la calidad de vida en pacientes rehabilitados con implantes dentales. (25,28)

LIMITACIONES

- Limitaciones del instrumento de medición:
El cuestionario OHIP-14, aunque ampliamente validado a nivel internacional, puede presentar restricciones de sensibilidad en poblaciones con características culturales, lingüísticas o clínicas distintas de aquellas para las que fue diseñado originalmente. La presencia marcada de efectos techo y piso observada en los resultados sugiere una baja capacidad del instrumento para discriminar entre niveles intermedios de percepción de calidad de vida, lo que compromete su sensibilidad y puede afectar la precisión de las conclusiones.
- Sesgo de medición por entrenamiento del encuestador:
La posible falta de uniformidad en la aplicación del cuestionario y la interpretación de las categorías de respuesta por parte de los encuestadores o los pacientes puede haber generado errores sistemáticos de medición. Esto se traduce en respuestas concentradas

en los extremos de la escala, reflejando un sesgo más atribuible al proceso de aplicación que a la experiencia real de los participantes.

- Ausencia de análisis confirmatorio de la estructura factorial:
Si bien se realizaron pruebas de consistencia interna y esfericidad, el estudio no incluyó un análisis factorial confirmatorio (AFC) que permitiera verificar empíricamente la estructura teórica del OHIP-14 en esta población. La falta de este análisis limita la validez de constructo del instrumento y restringe la posibilidad de confirmar su comportamiento psicométrico en el contexto colombiano.
- Tamaño y heterogeneidad de la muestra:
Aunque el estudio incluyó pacientes del Posgrado de Rehabilitación Oral de UNICOC entre 2020 y 2024, la muestra puede no ser representativa de toda la población de pacientes con rehabilitaciones implanto-soportadas en Colombia. La diversidad en edad, nivel educativo, condiciones sistémicas y tipo de prótesis pudo introducir variabilidad no controlada que afectó la correlación entre ítems y, por ende, la interpretación global de la calidad de vida.
- Diseño transversal:
La naturaleza transversal del estudio impide establecer relaciones de causalidad entre la rehabilitación implanto-soportada y los cambios en la calidad de vida. Las percepciones captadas por el OHIP-14 reflejan un momento específico y pueden variar con el tiempo, la adaptación al tratamiento o el estado de salud general del paciente.

- Ausencia de comparación con grupo control o longitudinalidad:
El estudio no contempló un grupo control de pacientes rehabilitados con otros tipos de prótesis (por ejemplo, removibles o mucosoportadas), ni evaluaciones repetidas en el tiempo. Esta ausencia limita la interpretación comparativa del impacto real de los implantes sobre la calidad de vida y la posibilidad de medir cambios evolutivos tras el tratamiento.
- Posible sesgo de deseabilidad social:
Como todo instrumento autoinformado, el OHIP-14 puede verse influenciado por la tendencia de los participantes a responder de manera socialmente aceptable o a minimizar sus problemas de salud oral, lo que podría haber contribuido a la concentración de respuestas en los valores más favorables.

6.CONCLUSIONES

El estudio evidenció que la rehabilitación con prótesis implantosoportadas mejora la calidad de vida de los pacientes, especialmente en las dimensiones funcionales y estéticas. Sin embargo, los resultados del cuestionario OHIP-14 mostraron una baja consistencia interna, lo que sugiere que la percepción de bienestar es multidimensional y varía entre individuos. Las dimensiones más afectadas fueron la incapacidad psicológica y la discapacidad general, relacionadas con aspectos emocionales y económicos. Esto demuestra que el impacto del tratamiento va más allá de la función masticatoria e influye también en la autoestima y la interacción social del paciente, en donde requiere tiempo para el restablecimiento de su autoimagen, aun cuando la rehabilitación se encuentre terminada.

7. REDOMENDACIONES

Se recomienda adaptar y validar el cuestionario OHIP-14 para la población colombiana, con el fin de mejorar su fiabilidad y su aplicabilidad clínica. Es necesario desarrollar estudios longitudinales que evalúen la evolución de la calidad de vida en distintas etapas del tratamiento implantológico. Se sugiere fortalecer los programas de mantenimiento y de educación al paciente, priorizando el control de los factores de riesgo periimplantarios. Además, se debe fomentar la atención interdisciplinaria que integre aspectos psicológicos y sociales. Finalmente, se recomienda continuar la investigación en distintos contextos sociodemográficos para optimizar los protocolos de rehabilitación y mejorar la experiencia del paciente.

8.BIBLIOGRAFÍA

1. León S, Bravo-Cavicchioli D, Correa-Beltrán G, Giacaman RA. Validation of the Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14Sp) in elderly Chileans. *BMC Oral Health*. 2014 Aug 4;14(1).
2. The Glossary of Prosthodontic Terms: Ninth Edition. *J Prosthet Dent*. 2017 May 1;117(5):e1–105.
3. Papaspyridakos P, Chen CJ, Gallucci G, Doukoudakis A, Weber HP, Chronopoulos V. Accuracy of Implant Impressions for Partially and Completely Edentulous Patients: A Systematic Review. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2014 Jul;29(4):836–45.
4. Benic G, Mir-Mari J, Hämmerle C. Loading Protocols for Single-Implant Crowns: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2014 Jan;29(Supplement):222–38.
5. Byrne G. *Fundamentals of Implant Dentistry*. First Edition. Willey Blackwell, editor. 2014
6. Organización mundial de la salud. Salud bucodental [Internet]. OMS; 17 de marzo de 2025 [citado el 02 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.
7. Roccuzzo A, Imber JC, Marruganti C, Salvi GE, Ramieri G, Roccuzzo M. Clinical outcomes of dental implants in patients with and without history of periodontitis: A 20-year prospective study. *J Clin Periodontol*. 2022 Dec 1;49(12):1346–56
8. Abdou ELSyad M, Elgamal M, Mohammed Askar O, Youssef Al-Tonbary G. Patient satisfaction and oral health-related quality of life (OHRQoL) of conventional denture, fixed prosthesis and milled bar overdenture for All-on-4 implant rehabilitation. A crossover study. *Clin Oral Implants Res*. 2019 Nov 1;30(11):1107–17.
9. Spanemberg JC, Cardoso JA, Slob EMGB, López-López J. Quality of life related to oral health and its impact in adults. Vol. 120, *Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery*. Elsevier Masson SAS; 2019. p. 234–9.
10. Vizcaíno K, Armas A. Prevalencia de edentulismo en adultos mayores en América Latina. Revisión de literatura. *Revista Estomatológica Herediana*. 2022 Dec 15;32(4):420–7.
11. Dimitroulis G, Gupta B, Wilson I, Hart C. The atrophic edentulous alveolus. A preliminary study on a new generation of subperiosteal implants. *Oral Maxillofac Surg*. 2023 Mar 1;27(1):69–78.
12. Fernandez-Estevan L, Selva-Otaolaurruchi EJ, Montero J, Sola-Ruiz F. Oral health-related quality of life of implant-supported overdentures versus conventional complete prostheses: Retrospective study of a cohort of edentulous patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2015 Jul 1;20(4):e450–8

13. Shelley AM, Glenny AM, Goodwin M, Brunton P, Horner K. Conventional radiography and cross-sectional imaging when planning dental implants in the anterior edentulous mandible to support an overdenture: A systematic review. Vol. 43, *Dentomaxillofacial Radiology*. 2014.
14. Takemae R, Uemura T, Okamoto H, Matsui T, Yoshida M, Fukazawa S, et al. Changes in mental health and quality of life with dental implants as evaluated by General Health Questionnaire (GHQ) and Health Utilities Index (HUI). *Environ Health Prev Med*. 2012 Nov;17(6):463–73.
15. Schierz O, Baba K, Fueki K. Functional oral health-related quality of life impact: A systematic review in populations with tooth loss. Vol. 48, *Journal of Oral Rehabilitation*. Blackwell Publishing Ltd; 2021. p. 256–70.
16. Alzarea BK. Assessment and evaluation of quality of life (OHRQOL) of patients with dental implants using the oral health impact profile (OHIP-14) - A clinical study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2016 Apr 1;10(4):ZC57–60.
17. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: What, why, how, and future implications. Vol. 90, *Journal of Dental Research*. 2011. p. 1264–70.
18. Buser D, Sennerby L, De Bruyn H. Modern implant dentistry based on osseointegration: 50 years of progress, current trends and open questions. Vol. 73, *Periodontology 2000*. Blackwell Munksgaard; 2017. p. 7–21.
19. Egido Moreno S, Ayuso Montero R, Schemel Suárez M, Roca-Umbert JV, Izquierdo Gómez K, López López J. Evaluation of the quality of life and satisfaction in patients using complete dentures versus mandibular overdentures. Systematic review and meta-analysis. Vol. 7, *Clinical and Experimental Dental Research*. John Wiley and Sons Inc; 2021. p. 231–41.
20. Fong DY, Ho SY, Lam TH. Evaluation of internal reliability in the presence of inconsistent responses. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8(1):27.
21. Adulyanon\ S, Vourapukjaru^ J, Sheiham^ A. Communiify Dentistry and Oral Epidemiology Oral impacts affecting daily performance in a low dentai disease Tiiai population
22. Eitner S, Wichmann M, Schlegel KA, Kollmannsberger JE, Nickenig HJ. Oral health-related quality of life and implant therapy: An evaluation of preoperative, intermediate, and post-treatment assessments of patients and physicians. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. 2012 Jan;40(1):20–3.
23. Gonzalez J. Send Orders of Reprints at reprints@benthamscience.net The Open Dentistry Journal. *Open Dent J*. 2014;8:85–94.
24. Awad MA, Morais JA, Wollin S, Khalil A, Gray-Donald K, Feine JS. Implant overdentures and nutrition: A randomized controlled trial. *J Dent Res*. 2012 Jan;91(1):39–46.

25. Costa BE, Sol I, Momesso NR, Mendes GCB, Magro Filho O, Rodrigues Y dos S, et al. Complex treatment of dentofacial deformity associated with total maxillary edentulism and joint tumor. *CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES*. 2024 Nov 28;17(12):e13093.
26. Alcarde ACB, BTO, FDH, MMC, AGMB, & PAC. A cross-sectional study of oral health-related quality of life of Piracicaba's elderly population. 2010;25:126–31
27. Locker D, Gibson B. Discrepancies between self-ratings of and satisfaction with oral health in two older adult populations. *Community dent oral epidemiol*. 2005; 33 (280-8)
28. Montero-Martín J, Bravo-Pérez M, Albaladejo-Martínez A, Antonio Hernández-Martín L, María Rosel-Gallardo E, Montero Martín J. E44-50. Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* [Internet]. Vol. 14. 2009. Available from: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v14i1/medoralv14i1p44.pdf>
29. Manfredini M, Pellegrini M, Rigoni M, Veronesi V, Beretta M, Maiorana C, et al. Oral health-related quality of life in implant-supported rehabilitations: a prospective single-center observational cohort study. *BMC Oral Health*. 2024 Dec 1;24(1).
30. Coltro MPL, Villarinho EA, Ozkomur A, Shinkai RS. Long-term impact of implant-supported oral rehabilitation on quality of life: a 5 years prospective study. *Aust Dent J*. 2022 Jun 1;67(2):172–7.
31. Buyukhatipoglu IK, Ozdemir M. Evaluation of Quality of Life and Satisfaction in Patients with Implant-Supported Fixed Partial Dentures. *Cumhuriyet Dental Journal*. 2024;27(1):15–20.
32. Rustand K, Aass AM, Sen A, Koldsland OC. Oral health-related quality of life following peri-implantitis surgery: A prospective study. *Clin Oral Implants Res*. 2022 Aug 1;33(8):858–67.
33. Khairnar M, Prasath AR, Seth T, Dhamapurkar S, Raut D. Impact of Full-Mouth Implant Reconstruction on Oral Health-Related Quality of Life of Patients with Highly Atrophied Jaw Bone. *J Pharm Bioallied Sci*. 2025 Jun;17(Suppl 2):S1724–6.

ANEXOS

Instrumento de recolección de datos

Celular/Teléfono	Nombre	Cédula	Sexo/Género	Edad	Estrato social	Escolaridad	Diagnóstico sistémico	Diagnóstico periodontal	¿Ha notado usted que su encía está inflamada y no se ve bien?	¿Ha tenido usted dificultad para masticar por movilidad y cambio de posición de sus dientes?	3. Ha sentido usted dolor en su encía?	¿Han estado sensibles sus dientes al frío, al calor, al dulce o al masticar?	¿Se ha sentido usted preocupado por mal sabor de boca?	¿Se ha sentido usted incómodo por mal olor de boca?	¿Ha sido inadecuado a su higiene bucal a causa del sangrado de encía durante el cepillado?	¿Ha evitado masticar con todos sus dientes por ausencia de piezas. por acumulación y/o empaquetamiento de alimento?	9. ¿Se ha sentido usted triste por el estado de salud de sus dientes y encía?	10. ¿Ha sentido usted vergüenza por la apariencia de sus dientes y encía?	¿Se le ha dificultado alguna actividad diaria, a causa del estado de sus dientes y la enfermedad de su encía?	¿Ha evitado relacionarse con otras personas por el estado de sus dientes y la enfermedad de su encía?	¿Ha sido afectada su salud general como consecuencia de su salud bucal?	¿Ha sido afectada su economía por su estado de salud bucal, debido al costo de la atención dental?

Ilustración 3