

REPÚBLICA DOMINICANA
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**“Calidad de vida relacionada con la salud oral y su asociación con el Índice
Internacional de Riqueza”**

SUSTENTANTE

LIA MARIE CONTRERAS FÉLIZ

22-0317

DOCENTE ESPECIALIZADA

DRA. NINOSKA ABREU

DOCENTE TITULAR

DRA. HELEN RIVERA

2025

Los conceptos emitidos en el presente trabajo final son de la exclusiva responsabilidad de los estudiantes

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	8
OBJETIVOS	9
GENERAL	9
ESPECÍFICOS	9
MARCO TEÓRICO	10
ANTECEDENTES	10
REVISIÓN DE LA LITERATURA	13
CALIDAD DE VIDA	13
MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA	15
CUESTIONARIOS UTILIZADOS PARA MEDIR CALIDAD DE VIDA	17
VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS CUESTIONARIOS MÁS IMPORTANTES	18
CUESTIONARIO OHIP-49	21
CUESTIONARIO OHIP-14	22
CUESTIONARIO OHIP-5	23
USO INTERNACIONAL, ADAPTACIONES LINGÜÍSTICAS Y PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL OHIP-5	25
CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y SALUD BUCAL	27
ÍNDICE INTERNACIONAL DE NIVEL SOCIOECONÓMICO	30
RELACIÓN ENTRE IWI Y CALIDAD DE VIDA ORAL	32
MARCO METODOLÓGICO	34
TIPO DE ESTUDIO	34
POBLACIÓN Y MUESTRA	34
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	34
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	35
CONSIDERACIONES ÉTICAS	37
PROCEDIMIENTO	37
ANÁLISIS DE DATOS	38
RESULTADOS	39
DISCUSIÓN	43
CONCLUSIÓN	46
RECOMENDACIONES	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

1.Introducción

La salud bucal es un componente fundamental de la salud general y del bienestar humano¹. Según la Organización Mundial de la Salud, la salud bucal se entiende como la condición del sistema estomatognático (boca, dientes y estructuras orofaciales) que permite a las personas realizar funciones básicas como comer, hablar y respirar, e incorpora aspectos psicosociales como la confianza en sí mismas, el bienestar general, y la capacidad de trabajar y socializar sin dolor, molestias ni vergüenza².

En las últimas décadas, se ha vuelto más relevante la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL, por sus siglas en inglés), entendida como la percepción subjetiva del impacto que las condiciones bucales ejercen sobre el bienestar físico, psicológico y social de los individuos^{3,4}. A diferencia de los indicadores clínicos tradicionales, los instrumentos de OHRQoL permiten captar las experiencias personales del paciente, integrando dimensiones funcionales, emocionales y sociales que influyen directamente en su calidad de vida⁵.

En este contexto, el cuestionario OHIP-5 (Oral Health Impact Profile, versión abreviada de cinco ítems) se ha consolidado como un instrumento válido, confiable y eficiente para medir la percepción de calidad de vida en salud oral, tanto en estudios poblacionales como clínicos^{4,6}. Su aplicación en la población adulta permite identificar no solo el impacto de las enfermedades bucales, sino también cómo estos problemas se relacionan con las condiciones sociales y económicas en que viven las personas⁵.

Diversas investigaciones han demostrado que factores socioeconómicos como el nivel educativo, los ingresos del hogar, el acceso a servicios odontológicos y la disponibilidad de productos de higiene oral influyen significativamente en la calidad

de vida relacionada con la salud bucal^{1, 7, 8}. Para evaluar este componente socioeconómico, se han desarrollado diferentes aproximaciones; entre ellas destaca el Índice Internacional de Nivel Socioeconómico (IWI, por sus siglas en inglés), un indicador estandarizado y comparable que mide el bienestar material de los hogares mediante características de vivienda, acceso a servicios básicos y posesión de bienes duraderos⁹.

El uso del IWI permite analizar cómo las desigualdades socioeconómicas se asocian con la salud bucal y con la calidad de vida percibida, aportando una perspectiva más amplia sobre los determinantes sociales de la salud. Comprender esta relación en la población dominicana resulta especialmente importante para diseñar estrategias de salud pública orientadas a reducir brechas y ⁹ mejorar el acceso a una atención odontológica equitativa¹⁰.

Por tanto, el objetivo de este estudio piloto es evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos de la República Dominicana mediante el OHIP-5 y analizar su asociación con el nivel socioeconómico medido por el Índice Internacional de Nivel Socioeconómico (IWI).

2.Planteamiento del Problema

La calidad de vida relacionada con la salud oral ha cobrado relevancia como un indicador integral del bienestar general, pues permite evaluar no solo el estado físico, sino también las limitaciones funcionales, emocionales y sociales derivadas de problemas bucales⁴. En la República Dominicana, donde muchas personas enfrentan barreras económicas para acceder a servicios odontológicos y productos de higiene oral, el deterioro de la salud bucal puede repercutir directamente en su vida cotidiana¹¹.

En el país y en el Caribe persiste una escasez de información que documente cómo los adultos perciben el impacto de su salud bucal en su calidad de vida¹². Esta falta de evidencia limita la capacidad de diseñar estrategias de salud efectivas, especialmente para las poblaciones en situación de vulnerabilidad^{10, 13}.

Esta ausencia de datos es preocupante porque la salud bucal constituye un componente esencial del bienestar. Su deterioro puede afectar la autoestima, la alimentación, la comunicación y las relaciones interpersonales¹⁴. Sin información local, los responsables de la salud pública carecen de fundamentos sólidos para asignar recursos adecuadamente y planificar acciones que respondan a las necesidades reales de la población^{1,5}.

La falta de información y de políticas públicas específicas afecta con mayormente a los adultos dominicanos con menor nivel educativo y socioeconómico, quienes presentan mayores dificultades para acceder a servicios odontológicos y, además, tienden a normalizar el dolor, la pérdida dental o las limitaciones funcionales como parte del envejecimiento o de su entorno social^{1, 13}.

Aunque esta situación se observa en todo el territorio nacional, es más marcada en zonas rurales, donde los programas de prevención y educación en salud oral son limitados, y donde el acceso económico a productos básicos como el cepillo y la pasta dental no está garantizado para todos¹¹.

Si bien diversos estudios han demostrado que factores como el bajo nivel educativo, la presencia de caries, la pérdida dentaria y las limitaciones socioeconómicas se asocian directamente con una menor calidad de vida oral^{7, 10, 15, 16}, en la República Dominicana aún no se ha explorado la relación entre la percepción de la salud bucal y un indicador estandarizado de nivel socioeconómico. El International Wealth Index (Índice Internacional de Nivel Socioeconómico, IWI), basado en características de vivienda, acceso a servicios básicos y posesión de bienes, constituye una medida objetiva y comparable del bienestar material en países de ingresos bajos y medios⁹.

El siguiente estudio piloto tiene como propósito evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos dominicanos mediante el cuestionario OHIP-5 y analizar su asociación con el Índice Internacional de Nivel Socioeconómico. Con ello, se busca identificar factores socioeconómicos vinculados a una menor OHRQoL y generar evidencia local que sirva como base para futuras acciones de salud pública.

Este estudio piloto se justifica porque aborda una dimensión poco explorada en el país: cómo las personas perciben su salud bucal y de qué manera esta percepción está influenciada por sus condiciones materiales de vida. A diferencia de otros trabajos centrados exclusivamente en indicadores clínicos, la combinación del OHIP-5 y el IWI permite adoptar un enfoque centrado en el paciente e incorporar simultáneamente los determinantes sociales de la salud. La relevancia de este estudio

consiste en su potencial para evidenciar desigualdades en salud bucal y orientar la priorización de intervenciones hacia los grupos más vulnerables.

La investigación es viable tanto técnica como logísticamente. Los instrumentos principales IWI y OHIP-5 (en sus versiones en inglés y en español) han sido ampliamente validados en diversas poblaciones por su simplicidad, brevedad y confiabilidad^{6, 9, 17, 18}, lo cual facilita su aplicación en campo. El acceso a la población adulta dominicana es factible mediante encuestas disponibles en plataformas en línea en centros comunitarios, barrios y espacios públicos. Además, se cuenta con asesoría metodológica, software estadístico para el análisis y respaldo académico para la ejecución del proyecto. En términos éticos y económicos, el estudio no representa riesgos para los participantes y requiere recursos mínimos, lo que refuerza su factibilidad.

2.1 Preguntas de investigación

1. ¿Cuál es la asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud oral y el Índice Internacional de Nivel Socioeconómico?
2. ¿Qué dimensiones del OHIP-5 (dolor, funcionalidad, limitaciones sociales, etc.) son más impactadas en la muestra estudiada?
3. ¿Existe una relación entre los niveles del Índice Internacional de Nivel Socioeconómico y los puntajes del OHIP-5?

3.Objetivos

3.1 Objetivo general

Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral y su asociación con el nivel socioeconómico medido mediante el Índice Internacional de Nivel Socioeconómico.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar cuáles son las dimensiones del cuestionario OHIP-5 más impactadas en la muestra piloto estudiada.
- Investigar cuál es la percepción general de la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos dominicanos medida mediante el cuestionario OHIP-5.
- Analizar la relación entre los puntajes del OHIP-5 y los niveles del IWI para identificar asociaciones entre condiciones socioeconómicas y calidad de vida oral.

4.Marco Teórico

4.1 Antecedentes

El estudio de la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL) ha experimentado un avance significativo en las últimas décadas. Durante los años ochenta surgió la necesidad de adoptar un enfoque integral que permitiera comprender no sólo las manifestaciones clínicas de las enfermedades orales, sino también su impacto psicológico y social en los individuos. A partir de entonces, la creciente relevancia del concepto de calidad de vida (QOL, por sus siglas en inglés) dentro de la odontología impulsó el desarrollo de diversos instrumentos destinados a evaluar la influencia de la salud bucal sobre el bienestar general¹⁴.

Diversas investigaciones han demostrado que los problemas de salud bucal, como el dolor dental, la pérdida de dientes, las lesiones de caries y las enfermedades periodontales, afectan negativamente la OHRQoL^{12, 15, 16}. Estos efectos pueden observarse desde edades tempranas, y son especialmente severos en contextos de pobreza, baja disponibilidad de productos de higiene oral y limitado acceso a servicios odontológicos^{19, 20}.

En este contexto surgieron los primeros cuestionarios estandarizados para medir la OHRQoL tales como el Oral Health Impact Profile (OHIP-49), desarrollado por Slade y Spencer en 1994, y el Oral Impact on Daily Performance (OIDP), elaborado por Adulyanon et al. en 1996. Aunque fueron diseñados inicialmente para evaluar el estado subjetivo de salud oral, estos instrumentos se convirtieron en herramientas ampliamente utilizadas en la epidemiología oral^{4, 6}.

La necesidad de versiones más breves, de fácil aplicación y adaptadas culturalmente motivó la creación de diferentes formatos del OHIP. La versión original de 49 ítems fue traducida y validada en múltiples idiomas, y posteriormente surgieron versiones abreviadas como el OHIP-14 y el OHIP-5. Este último incluye cinco ítems que abordan dimensiones esenciales de la experiencia oral, como el dolor, la incomodidad al comer, el impacto psicológico, las limitaciones funcionales y la afectación social⁶. Su alta validez, confiabilidad y practicidad lo han posicionado como un instrumento útil en estudios clínicos y epidemiológicos, especialmente aquellos con recursos limitados⁶. Diferentes estudios han validado la versión en inglés del OHIP-5, confirmando su solidez psicométrica y su aplicabilidad en poblaciones diversas⁶. De manera complementaria, otros instrumentos como el COHIP, el POQL y el SOHO-5 se han desarrollado para evaluar la OHRQoL en las poblaciones pediátricas, lo que refleja el creciente interés en incorporar la percepción subjetiva del paciente como parte integral de la evaluación de salud oral^{20, 21, 22, 23}.

En América Latina, también se han realizado esfuerzos por adaptar estas escalas a los contextos locales. Un estudio en Colombia aplicó un cuestionario de calidad de vida oral en niños con labio y/o paladar fisurado y evidenció que, más allá de la afectación clínica, la autopercepción influía de manera determinante en su bienestar emocional y social²⁰.

En adultos, la asociación entre factores socioeconómicos y OHRQoL ha sido ampliamente documentada. Se ha observado que individuos con menor nivel educativo, ingresos reducidos o dificultades para adquirir productos de higiene oral presentan puntajes significativamente más desfavorables en calidad de vida oral^{1, 7}. Asimismo, otros estudios han mostrado que la experiencia de caries y un bajo nivel

socioeconómico se asocian con una peor percepción de salud oral, incluso en contextos con disponibilidad de servicios odontológicos¹⁶.

En este sentido, surgen indicadores globales como el Índice Internacional de Nivel Socioeconómico (IWI), diseñado para medir el bienestar material de los hogares a partir de la posesión de bienes y características de la vivienda y acceso a servicios¹⁷. El IWI ha sido utilizado como un indicador confiable del nivel socioeconómico en estudios internacionales, especialmente en países donde el registro de ingresos es impreciso o no uniforme. Su inclusión en investigaciones de salud permite establecer comparaciones objetivas entre bienestar económico y calidad de vida⁹.

Aunque la relación entre pobreza y salud oral está ampliamente reconocida, no existen estudios que analicen de manera directa la asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud oral y el nivel de riqueza material, particularmente en el Caribe y, de forma específica, en la República Dominicana. Esta ausencia de evidencia limita la formulación de políticas públicas destinadas a reducir las desigualdades en salud bucal¹¹.

4.2 Revisión de la literatura

4.2.1 Calidad de Vida

El concepto de calidad de vida ha evolucionado para abarcar no solo factores objetivos del bienestar humano, sino también dimensiones subjetivas, como la percepción individual del estado de salud, el entorno social y emocional, y la satisfacción general con la vida²⁴. La OMS la define como la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los que se desarrolla, y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares e inquietudes⁴.

Dentro del campo de la salud, esta noción se ha traducido en el término calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL, por sus siglas en inglés), que evalúa cómo las condiciones médicas afectan el bienestar físico, mental y social del individuo⁴. De manera específica, la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL) examina el impacto que las enfermedades y condiciones bucales ejercen sobre las actividades cotidianas, el bienestar psicológico y las relaciones interpersonales⁵.

Tradicionalmente, la evaluación del estado de salud oral del paciente se centraba casi exclusivamente en indicadores clínicos, tales como la presencia de lesiones de caries, la pérdida dentaria o la enfermedad periodontal. Sin embargo, estos parámetros no reflejan de manera adecuada el impacto psicosocial que estas condiciones generan en la vida diaria de las personas⁴. Esta limitación impulsó la necesidad de incorporar instrumentos que incluyeran la perspectiva subjetiva del paciente, permitiendo así una evaluación más completa e integral de su estado de salud²⁵.

Numerosas investigaciones han demostrado que condiciones como el dolor oral, las lesiones de caries no tratadas, la pérdida de dientes y las alteraciones estéticas tienen efectos directos en la calidad de vida, especialmente en poblaciones vulnerables como niños, adultos mayores o personas con recursos económicos limitados^{1, 4, 8, 15}. Estos efectos pueden manifestarse en dificultades para hablar, comer o sonreír, así como en sentimientos de vergüenza, ansiedad o aislamiento social^{4, 8}.

El contexto social y económico también desempeña un papel determinante⁵. Individuos con menores ingresos o con bajo nivel educativo tienden a reportar una peor calidad de vida oral, incluso cuando presentan condiciones clínicas comparables a las de personas con mayor nivel socioeconómico^{1, 5, 7}. Esto evidencia no solo muestra desigualdades en el acceso a los servicios odontológicos, sino también diferencias en la percepción, prioridades y afrontamiento frente a las enfermedades orales⁵.

En este sentido, la calidad de vida se entiende hoy como un concepto multidimensional que combina dimensiones objetivas y subjetivas. En el campo de la salud oral, este enfoque se ha consolidado como una herramienta fundamental para orientar decisiones clínicas, diseñar intervenciones de salud pública y evaluar el impacto real de las enfermedades bucales desde la experiencia del propio paciente^{4, 6, 8}.

4.2.2 Medición de la calidad de vida

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL) requiere el uso de instrumentos específicos que permitan evaluar de manera válida y confiable

el impacto que las condiciones bucales ejercen sobre el bienestar físico, emocional y social de los individuos²⁶. Estas herramientas deben captar de forma integral la experiencia subjetiva del paciente, incorporando no solo los aspectos clínicos, sino también sus percepciones personales sobre su salud bucal²⁵.

Las medidas de calidad de vida en odontología cumplen múltiples funciones dentro de la práctica clínica y la investigación⁴. Entre sus principales usos se encuentran identificar y priorizar problemas, facilitar la comunicación entre el paciente y el profesional, detectar necesidades que no se evidencian clínicamente, apoyar la toma de decisiones compartidas y monitorizar los cambios o respuestas al tratamiento²⁵.

Para que un instrumento de medición sea adecuado, debe cumplir ciertas propiedades psicométricas esenciales, como la validez, la confiabilidad o reproducibilidad, la sensibilidad al cambio, la pertinencia para la población objetivo y aceptabilidad para la población objetivo, y la interpretabilidad²⁵. Estas características aseguran que los datos obtenidos reflejen con precisión el impacto de la salud oral en la vida cotidiana²⁵.

Las herramientas de medición de la OHRQoL pueden agruparse en tres categorías principales: indicadores sociales, autoevaluaciones globales y cuestionarios multidimensionales²⁵. Los indicadores sociales se emplean principalmente en salud pública para cuantificar el efecto de las enfermedades bucales a nivel poblacional mediante variables días de ausencia laboral o escolar. Sin embargo, presentan la limitación de no capturar la percepción individual del bienestar oral, especialmente en personas que no están activas en ámbitos laborales o educativos²⁵.

Ante esas limitaciones, surgió la necesidad de desarrollar instrumentos centrados en el paciente, capaces de medir cómo las condiciones orales afectan la vida diaria más

allá del diagnóstico clínico⁶. En este contexto, los cuestionarios multidimensionales, como el Oral Health Impact Profile (OHIP) y sus versiones abreviadas (OHIP-14 y OHIP-5), se consolidaron como herramientas ampliamente utilizadas para evaluar la OHRQoL⁶. Estos instrumentos permiten valorar el impacto de la salud bucal en dimensiones físicas, psicológicas, funcionales y sociales, reflejando así una visión más completa y humana del bienestar oral^{6, 25}.

Entre ellos, el OHIP es uno de los instrumentos más validados y empleados internacionalmente⁶. Su versión original de 49 ítems fue reducida posteriormente a formatos más breves, como el OHIP-14 y el OHIP-5, que conservan altos niveles de validez y confiabilidad, además de ser más prácticos para estudios poblacionales y de gran escala. El OHIP-5, en particular, está compuesto por cinco ítems que evalúan dimensiones clave del impacto de la salud oral: dolor, incomodidad al comer, dificultades para hablar, preocupación estética y afectación de las relaciones sociales. Su brevedad y capacidad para captar elementos esenciales de la experiencia del paciente lo han posicionado como una herramienta eficiente para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral⁶.

4.2.3 Cuestionarios utilizados para medir calidad de vida

La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQOL) ha evolucionado mediante el desarrollo de diversos instrumentos que buscan capturar el impacto que las condiciones orales tienen en la vida diaria de las personas. Estos cuestionarios han sido adaptados para diferentes grupos etarios y contextos culturales, con el objetivo de garantizar su validez y confiabilidad²⁷.

Entre los instrumentos más ampliamente utilizados se encuentra el Oral Health Impact Profile (OHIP), particularmente sus versiones abreviadas: el OHIP-14 y el OHIP-5, este último diseñado para facilitar su aplicación en estudios de población general debido a su brevedad y buena validez psicométrica⁶. El OHIP-5 en particular, ha sido validado en poblaciones adultas y ha demostrado unidimensionalidad, buena consistencia interna y una correlación significativa con indicadores globales de salud oral^{6, 26}.

En el ámbito pediátrico, se han desarrollado instrumentos específicos que permiten captar la percepción del impacto de la salud oral en niños. El Scale of Oral Health Outcomes for 5-Year-Old Children (SOHO-5), ha demostrado que niños a partir de los cinco años pueden reportar de manera válida como los problemas de salud oral afectan actividades de la vida cotidiana como comer, hablar y jugar²⁸. Este instrumento ha sido adaptado y validado en varios idiomas, incluyendo el portugués y el español^{23, 29}.

Otro instrumento es el Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS), que evalúa el impacto de la salud oral no solo en niños, sino también en la dinámica familiar. Este instrumento ha demostrado buena validez discriminativa y se ha utilizado frecuentemente en estudios comparativos con el SOHO-5^{30, 31}. De igual forma, el Child Oral Health Impact Profile en su versión corta (COHIP-SF19) ha mostrado confiabilidad y validez para evaluar la calidad de vida oral en poblaciones infantiles y adolescentes²¹.

En América Latina, se han utilizado versiones adaptadas de estos instrumentos, lo que ha permitido obtener datos relevantes en poblaciones diversas. Por ejemplo, estudios en Colombia, República Dominicana y Chile han confirmado la utilidad de

SOHO-5 y ECHOHIS para evaluar poblaciones pediátricas con altos índices de caries y limitaciones en el acceso a servicios odontológicos^{20, 32}.

Por último, el Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (POQL) es otro instrumento validado que se ha consolidado en el contexto pediátrico para evaluar la percepción de padres y niños sobre cómo la salud oral afecta la vida cotidiana²².

4.2.4 Ventajas y desventajas de los cuestionarios más importantes

Diversos cuestionarios han sido desarrollados y validados para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQOL), cada uno con características particulares que los hacen adecuados para distintos grupos poblacionales y contextos. El Oral Health Impact Profile (OHIP), en sus versiones abreviadas como el OHIP-14 y el OHIP-5, es uno de los instrumentos más utilizados en adultos. El OHIP-5, específicamente, se destaca por su brevedad, facilidad de aplicación y adecuada validez psicométrica, lo que lo convierte en una herramienta eficaz para estudios poblacionales a gran escala⁶. Sin embargo, sus versiones más largas pueden resultar extensas para ciertos grupos, como personas mayores o con bajo nivel educativo.

Para la población infantil, se han desarrollado cuestionarios específicos que consideran las particularidades del desarrollo cognitivo de los niños. Uno de los más destacados es el Scale of Oral Health Outcomes for 5-Year-Old Children (SOHO-5), el cual ha demostrado buena sensibilidad al cambio clínico y puede ser aplicado tanto al niño como a su cuidador, lo que permite contrastar percepciones^{23, 29}. No obstante, en niños muy pequeños, las respuestas pueden estar influenciadas por su

comprensión limitada, lo cual plantea un reto metodológico. Además, el cuestionario requiere adaptaciones culturales para su uso en diferentes países²³.

El Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) ha sido otro instrumento ampliamente utilizado en investigaciones sobre salud oral en la primera infancia. Este se basa en la percepción de los cuidadores respecto al impacto de la salud oral en los niños, y ha mostrado buena validez para detectar problemas como la caries dental³¹. Sin embargo, al no incorporar la perspectiva directa del niño, puede estar sesgado por la interpretación del adulto.

El Child Oral Health Impact Profile (COHIP-SF19) ha sido empleado en niños mayores y adolescentes. Este instrumento ofrece una evaluación más integral al incluir dimensiones funcionales, emocionales y sociales, y ha demostrado buena confiabilidad y validez en diversas poblaciones²¹. Aun así, su longitud puede dificultar su uso en contextos escolares o comunitarios donde el tiempo de aplicación es limitado.

Por último, el Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (POQL) representa una alternativa confiable para evaluar la percepción de los niños sobre cómo su salud oral afecta su vida cotidiana. Este cuestionario ha sido validado y muestra resultados consistentes en estudios internacionales, aunque su uso aún no está tan difundido en países de habla hispana, lo que exige nuevas validaciones culturales ²².

4.2.5 Cuestionario principal: OHIP-49

El Oral Health Impact Profile en su versión original de 49 ítems (OHIP-49) fue desarrollado por Slade y Spencer en 1994 con el propósito de medir el impacto

funcional, psicológico y social de las enfermedades orales en la calidad de vida de los individuos. Este cuestionario ha sido ampliamente reconocido como uno de los instrumentos más completos y utilizados en el ámbito de la salud pública bucal y la investigación clínica ⁶.

El OHIP-49 está estructurado en siete dimensiones: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social e incapacidad. Cada dimensión se aborda a través de siete ítems (excepto una que contiene ocho), para un total de 49 preguntas. Las respuestas se obtienen mediante una escala tipo Likert de cinco niveles: nunca, casi nunca, de vez en cuando, con frecuencia y muy frecuentemente⁶. Entre sus principales ventajas, destaca su alta validez de contenido y constructo, así como su capacidad para captar cambios sutiles en el estado de salud oral a lo largo del tiempo. También ha demostrado una alta confiabilidad interna y estabilidad temporal, lo que lo convierte en un instrumento robusto y útil tanto en contextos clínicos como epidemiológicos^{1, 6}.

No obstante, su principal desventaja es la extensión del instrumento, lo cual puede representar una carga para los participantes, especialmente en estudios con muestras grandes o en poblaciones con bajo nivel educativo, escasa alfabetización en salud o limitaciones de tiempo. Esta limitación motivó el desarrollo de versiones abreviadas como el OHIP-14 y posteriormente el OHIP-5, diseñadas para conservar la validez del instrumento original reduciendo la carga cognitiva y operativa de su aplicación ⁶.

El OHIP-49 ha sido validado y adaptado a múltiples idiomas y contextos culturales, manteniéndose como una referencia internacional para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud oral. Su uso ha permitido establecer asociaciones entre condiciones clínicas (como caries dental, edentulismo y enfermedad periodontal) y

aspectos psicosociales, económicos y funcionales de la vida diaria, aportando evidencia valiosa para la formulación de políticas públicas y estrategias de intervención ^{1,7}.

4.2.6 Cuestionario OHIP-14

El Oral Health Impact Profile de 14 ítems (OHIP-14) es uno de los instrumentos más utilizados a nivel internacional para evaluar la OHRQoL. Surge como una versión abreviada del OHIP-49 ³, con el fin de ofrecer una medida más ágil, eficiente y aplicable tanto en estudios clínicos como poblacionales ³⁴. Su estructura reduce el número de preguntas, pero conserva la capacidad de capturar el impacto funcional, psicológico y social que los problemas de salud bucal generan en la vida cotidiana de las personas ¹².

El OHIP-14 evalúa siete dimensiones derivadas del modelo teórico original (OHIP-49): limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social, minusvalía ¹².

En estudios epidemiológicos, como el realizado en adultos en el caribe (Santo Domingo, San Juan y Kingston) el OHIP-14 ha demostrado ser un instrumento eficaz para identificar factores asociados a una peor OHRQoL¹². Además, el OHIP-14 ha sido ampliamente evaluado en distintos contextos culturales y clínicos. En el área de la ortodoncia, adaptaciones específicas han permitido explorar como el tratamiento con aparatos fijos puede impactar negativamente la función oral, el dolor, la comodidad psicológica y otras dimensiones relevantes, demostrado una buena validez interna, consistencia y sensibilidad al cambio en poblaciones hispanohablantes ³³.

4.2.7 Cuestionario OHIP-5

El Oral Health Impact Profile en su versión más reducida de cinco ítems, conocido como OHIP-5, es una herramienta abreviada derivada del OHIP-49 y posteriormente del OHIP-14, creada con el objetivo de medir el impacto de la salud oral en la calidad de vida de manera eficiente, sencilla y confiable ⁶. Esta versión condensada mantiene la validez psicométrica del instrumento original, y ha sido ampliamente utilizada en estudios epidemiológicos y de salud pública por su brevedad y facilidad de aplicación ⁶.

El OHIP-5 está compuesto por cinco preguntas que cubren dimensiones fundamentales de la calidad de vida relacionada con la salud oral: dolor oral, malestar psicológico, limitación funcional, discapacidad social e incapacidad. Estas dimensiones fueron seleccionadas tras análisis de reducción de ítems que aseguraron la retención de los aspectos más representativos del OHIP-49, sin comprometer su sensibilidad ni precisión ⁶. Los participantes responden cada ítem usando una escala tipo Likert de cinco puntos que va desde “nunca” hasta “muy a menudo”, lo que permite cuantificar el impacto percibido de las condiciones orales en la vida diaria.

Uno de los mayores aportes del OHIP-5 es su utilidad en estudios poblacionales donde el tiempo o los recursos son limitados. Gracias a su brevedad, puede ser aplicado en contextos comunitarios, en investigaciones de campo, y en encuestas de gran escala sin agotar a los participantes ni comprometer la calidad de los datos recogidos. Además, ha demostrado ser efectivo para identificar disparidades en la calidad de vida oral asociadas a factores socioeconómicos y clínicos, como la presencia de caries, edentulismo o enfermedades periodontales ^{1,7}.

La validación del OHIP-5 en inglés y otras lenguas ha evidenciado su confiabilidad, sensibilidad al cambio y aplicabilidad transversal. Estudios comprobaron su solidez psicométrica en muestras diversas de población general y en contextos clínicos, reafirmando que el OHIP-5 es capaz de discriminar entre diferentes niveles de afectación en la salud oral ⁶.

En el contexto latinoamericano, aunque su uso aún es menos frecuente que otras herramientas, se reconoce su potencial para estandarizar mediciones y facilitar comparaciones entre poblaciones. Su implementación en estudios regionales permitiría una mayor comprensión de los efectos que tiene la salud oral sobre la calidad de vida, especialmente en poblaciones vulnerables donde el acceso a servicios odontológicos puede ser limitado ^{1, 7}.

4.2.8 Uso internacional, adaptaciones lingüísticas y propiedades psicométricas del OHIP-5

El cuestionario OHIP-5 ha ganado amplia aceptación en el ámbito internacional como una herramienta eficaz para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQOL), especialmente en contextos donde se requieren instrumentos breves y fáciles de aplicar. Desde su validación inicial, el OHIP-5 se ha consolidado como una versión abreviada del OHIP-49 capaz de retener aproximadamente el 90% de la información del cuestionario original, con solo cinco ítems que representan las principales dimensiones del bienestar oral: función oral, dolor orofacial, apariencia orofacial y afectación psicosocial ^{6, 35}. El OHIP-5 ha sido utilizado en múltiples países, incluidos Estados Unidos, Alemania, Brasil, India, Irán, China y varios países de Europa, adaptándose con éxito a distintas culturas y sistemas de salud ^{1, 6, 7}.

La validación del OHIP-5 en inglés demostró una estructura unidimensional sólida, adecuada consistencia interna ($\alpha = 0.75$) y una correlación significativa con la autopercepción global de salud oral ($r = 0.46$), lo que confirma su validez de constructo⁶. De manera similar, la versión en español (OHIP-Sp5) mostró una alta confiabilidad ($\alpha = 0.83$) y correlaciones muy fuertes con las versiones largas del cuestionario ($r = 0.95$), validando su uso en poblaciones hispanohablantes y confirmando su equivalencia conceptual y psicométrica¹⁸.

En cuanto a su adaptación lingüística, el OHIP-5 ha sido traducido y validado en múltiples idiomas, entre ellos inglés, alemán, japonés, neerlandés, sueco, portugués, persa y español, siguiendo rigurosos procedimientos de validación que incluyen traducción inversa, revisión por expertos y pruebas piloto en población local^{1,6}. Estos procesos garantizan la equivalencia semántica, conceptual y técnica del instrumento, lo que permite su uso comparativo entre diferentes contextos culturales y sistemas de salud.

Diversos estudios han confirmado las propiedades psicométricas del OHIP-5, destacando su alta confiabilidad interna ($\alpha > 0.80$) y validez de constructo, así como su sensibilidad para detectar cambios clínicos y discriminar entre distintos niveles de severidad de enfermedad oral^{1,7}. En este sentido, investigaciones en distintos países han demostrado que el OHIP-5 es capaz de reflejar con precisión el impacto de las enfermedades bucales en la vida cotidiana, manteniendo una sólida correlación con las versiones más extensas (OHIP-14 y OHIP-49)^{6,18}.

Uno de los aportes teóricos más relevantes respalda el modelo de cuatro dimensiones de la OHRQOL: función oral, dolor orofacial, apariencia orofacial y afectación psicosocial, el cual integra tanto aspectos físicos como emocionales del bienestar oral

^{26, 35}. La dimensión psicosocial comprende factores vinculados con la ansiedad dental, la autoimagen y las relaciones sociales. Se ha observado que los pacientes con ansiedad dental presentan los valores más altos de afectación psicosocial (media = 3.2), mientras que quienes padecen periodontitis muestran los valores más bajos (media = 0.8), lo que evidencia la capacidad del OHIP para distinguir entre distintos niveles de impacto psicológico según el tipo de trastorno oral ³⁵.

La utilidad del OHIP-5 también se ha destacado en investigaciones poblacionales y estudios de salud pública, donde el tiempo de aplicación es un factor crítico. Ha sido empleado para evaluar desigualdades sociales en salud oral, impacto de condiciones específicas como caries dental, edentulismo, y acceso a productos de higiene oral en diversos grupos etarios ^{1, 10}. En América Latina, aunque su uso aún es limitado, estudios recientes han comenzado a incorporar esta herramienta reconociendo su potencial para investigaciones comunitarias y de salud pública ¹⁰.

4.2.9 Condiciones socioeconómicas y salud bucal

Las condiciones socioeconómicas constituyen un componente esencial en la comprensión de la salud oral y su impacto en la calidad de vida. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los determinantes sociales de la salud son “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como los sistemas establecidos para afrontar la enfermedad” ²⁷. Estas condiciones, que incluyen el nivel educativo, el ingreso económico, el empleo y el acceso a servicios de salud, moldean las oportunidades de las personas para mantener una buena salud bucal y general.

La salud oral, al igual que otros aspectos de la salud, está influida por factores estructurales y sociales que generan gradientes de inequidad. Las personas con menores recursos económicos o menor nivel educativo tienden a tener peores indicadores de salud oral, mayor prevalencia de caries, pérdida dental y menor acceso a servicios odontológicos preventivos y restauradores^{1,7}. Estos determinantes actúan de forma directa, al limitar el acceso a atención profesional o productos de higiene oral, e indirecta, al afectar los hábitos, la dieta, y la percepción de la necesidad de cuidado.

Diversos estudios han demostrado que las desigualdades socioeconómicas se traducen en diferencias significativas en la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL). Investigaciones recientes muestran que las personas con bajo nivel socioeconómico presentan hasta un 30 % más de probabilidades de reportar una peor OHRQoL, independientemente del país, la edad o el tipo de instrumento utilizado⁷. Esta tendencia refleja un gradiente social de la salud oral, donde cada nivel descendente de estatus económico se asocia con un deterioro progresivo de la calidad de vida.

Los efectos de las desigualdades sociales también se manifiestan en grupos etarios específicos. En poblaciones de adultos mayores, por ejemplo, la baja escolaridad, el uso de prótesis, la depresión y la presencia de enfermedades periodontales se asocian con una peor percepción de la salud bucal y menor bienestar general¹. En niños y adolescentes, la situación económica de la familia, el nivel educativo de los padres y las condiciones del entorno influyen directamente en la prevalencia de caries, la percepción estética y el bienestar emocional vinculado a la salud oral^{4,11}.

La evidencia acumulada confirma que las condiciones socioeconómicas desfavorables influyen de manera significativa en la percepción de la calidad de vida oral, al limitar el acceso a productos de higiene, atención odontológica o educación preventiva. En América Latina y el Caribe, donde la desigualdad estructural es marcada, los estudios reflejan un patrón claro: las poblaciones más vulnerables presentan una mayor carga de enfermedad bucal y peores resultados de OHRQoL ¹⁰. Este escenario plantea la necesidad de fortalecer las políticas públicas orientadas a reducir las brechas sociales en salud oral y promover un enfoque integral que combine acceso, educación y prevención desde los determinantes sociales.

4.2.10 Índice Internacional de Nivel Socioeconómico

El Índice Internacional de Nivel Socioeconómico (International Wealth Index, IWI) fue desarrollado por Jeroen Smits y Christiaan Steendijk en 2015 como una medida estandarizada para evaluar el nivel socioeconómico de los hogares en países en desarrollo. Su creación respondió a la necesidad de contar con un indicador global de riqueza comparable entre países, especialmente en contextos donde los datos sobre ingresos o gastos no son confiables, incompletos o difíciles de obtener ⁹. A diferencia de los indicadores tradicionales basados en ingreso o consumo, el IWI ofrece una aproximación estructural y estable de la situación económica de los hogares a través de activos tangibles y condiciones de vida.

El índice se construyó a partir de datos de más de 2.1 millones de hogares en 165 países, recopilados por las encuestas demográficas y de salud (DHS), las encuestas

MICS de UNICEF y otras bases de datos internacionales. Su diseño busca capturar el nivel de bienestar material de las familias, considerando que, en muchos países de ingresos medios y bajos, el acceso a bienes y servicios básicos es un mejor indicador de riqueza que el ingreso monetario reportado, el cual puede variar o estar subdeclarado⁹.

El IWI se basa en 12 indicadores de bienes, servicios y características del hogar, seleccionados por su capacidad para reflejar las condiciones de vida materiales de manera transversal y objetiva. Entre las principales variables se incluyen:

- Propiedad de bienes duraderos (televisor, refrigerador, automóvil o motocicleta, teléfono móvil, computadora).
- Características de la vivienda (tipo de piso, material del techo y paredes).
- Acceso a servicios básicos (electricidad, agua potable y saneamiento).
- Disponibilidad de energía y combustibles para cocinar.
- Acceso a medios de transporte y tecnología.

Cada variable recibe un peso estadístico basado en su contribución al bienestar general del hogar, lo que permite obtener un puntaje compuesto estandarizado que va de 0 a 100.

El puntaje del IWI se interpreta en tres niveles. Un nivel bajo (0–40 puntos) indica hogares con privaciones significativas, acceso limitado a bienes básicos y condiciones de vivienda precarias. Un nivel medio (41–70 puntos) representa hogares con acceso parcial a servicios y algunos bienes duraderos, aunque todavía vulnerables a la inestabilidad económica. Finalmente, un nivel alto (71–100 puntos) corresponde a hogares con acceso estable a servicios, bienes tecnológicos, transporte y condiciones de vivienda adecuadas. Esta clasificación permite identificar desigualdades dentro y

entre países, ofreciendo una herramienta útil para la comparación internacional del bienestar económico ⁹.

El IWI ha sido utilizado ampliamente como indicador del nivel socioeconómico en múltiples disciplinas, incluyendo la salud pública, la educación, la demografía y los estudios de desarrollo humano. En el ámbito sanitario, ha demostrado una fuerte correlación con indicadores de salud infantil, nutrición y acceso a servicios médicos ^{1,7}. Asimismo, ha sido empleado en investigaciones sobre calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL), al reflejar de forma fiable las desigualdades materiales que condicionan el acceso a la atención odontológica y a productos de higiene ^{4, 10}.

El uso del Índice Internacional de Nivel Socioeconómico (IWI) resulta especialmente apropiado para este estudio, dado que la República Dominicana presenta limitaciones en la recolección de datos confiables sobre ingresos familiares o gasto individual. El IWI permite superar esta limitación al ofrecer una medida objetiva, estandarizada y comparativa del nivel socioeconómico basada en condiciones materiales observables ⁹. Además, su aplicabilidad internacional facilita la comparación de resultados con investigaciones previas sobre salud oral y calidad de vida en contextos socioeconómicos similares. En consecuencia, el IWI representa una herramienta metodológica de excelencia para evaluar el impacto de las condiciones sociales en la percepción de bienestar oral, alineándose con los enfoques actuales de la Organización Mundial de la Salud sobre los determinantes sociales de la salud.

4.2.11 Relación entre IWI y calidad de vida oral

Diversos estudios internacionales han evidenciado que las desigualdades socioeconómicas influyen significativamente en la percepción del bienestar oral. Investigaciones realizadas en América Latina, Asia y Europa han demostrado que las personas con menor nivel de riqueza o educación presentan mayores niveles de caries, enfermedad periodontal y pérdida dental, lo que se traduce en peores resultados de OHRQoL ^{1, 4, 7}. En contextos de bajos ingresos, las limitaciones económicas dificultan la atención oportuna de problemas bucales, provocando dolor, dificultades funcionales y afectaciones psicosociales que repercuten en los puntajes del OHIP-5.

En países en desarrollo, el uso de indicadores como el IWI permite comprender mejor las disparidades sociales en salud oral, dado que refleja el nivel real de bienestar material más allá de los ingresos declarados ⁹. Los resultados de investigaciones recientes en América Latina y el Caribe muestran que la caries dental y el edentulismo son más prevalentes entre los grupos de menor riqueza, quienes también reportan los niveles más bajos de calidad de vida oral ^{10,11}.

De acuerdo con la evidencia disponible, se puede deducir que, a menor nivel socioeconómico, menor calidad de vida relacionada con la salud oral. En este sentido, el IWI se presenta como una herramienta útil para identificar los gradientes socioeconómicos que determinan las diferencias en los puntajes del OHIP-5, contribuyendo al análisis integral de los factores sociales que influyen en la percepción del bienestar oral.

5. MARCO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de estudio

El presente es un estudio piloto con diseño descriptivo y exploratorio. Es un estudio de auto respuesta que mide el impacto de la salud oral en la calidad de vida, utilizando como instrumento el cuestionario OHIP-5. Además, se calcula el Índice de Nivel Socioeconómico, donde se mide el nivel de bienestar material de los hogares. Finalmente se mide la relación entre ambas variables: calidad de vida relacionada a salud oral y nivel socioeconómico, con el objetivo de indicar si las condiciones materiales del hogar influyen en la percepción de calidad de salud oral de la muestra.

5.2 Población y muestra

En este estudio piloto la muestra estuvo conformada por adultos residentes en la República Dominicana, mayores de 18 años.

Se seleccionó de manera no probabilística y a conveniencia una muestra de 34 (28 mujeres y 6 hombres) adultos mayores de 18 años que aceptaran completar la encuesta. Los participantes pertenecían a comunidades urbanas y rurales con el objetivo de captar diversidad en edad, sexo, nivel socioeconómico y educativo.

5.3 Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Que otorguen su consentimiento informado.

- Adultos mayores de 18 años.
- Que residan en la República dominicana

Exclusión:

- Personas con condiciones cognitivas que limiten la comprensión del cuestionario.
- Adultos que se encuentren en tratamiento odontológico mayor en curso (ej. rehabilitación completa), pues podría sesgar su percepción inmediata.

5.4 Instrumento de recolección de datos

Se empleó el cuestionario OHIP-Sp5 (Oral Health Impact Profile, versión de 5 ítems), adaptado lingüísticamente al español, diseñada específicamente para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral en poblaciones hispanohablantes de forma breve, confiable y válida¹⁸. El OHIP-Sp5 contiene cinco preguntas, cada una corresponde a una dimensión central de la calidad de vida oral: función oral, dolor orofacial, apariencia orofacial, impacto psicosocial¹⁸. En la figura 1 se muestran las preguntas incluidas en el cuestionario OHIP-Sp5, utilizadas en este estudio.

Sección D: A continuación algunas preguntas sobre tu día a día y tu salud bucal.

D1. ¿Has tenido dificultades mordiendo algún alimento por problemas con tus dientes, boca, dentadura postiza o mandíbula?

1. Nunca
2. Rara vez
3. A veces
4. Frecuentemente
5. Siempre

D2. ¿Has tenido dolor continuo en tu boca (incluyendo dientes y muelas)?

1. Nunca
2. Rara vez
3. A veces
4. Frecuentemente
5. Siempre

D3. Si está leyendo atentamente, favor dejar esta pregunta sin respuesta.

1. Nunca
2. Rara vez
3. A veces
4. Frecuentemente
5. Siempre

D4. ¿Has sentido incomodidad con respecto a la apariencia de tus dientes, boca, dentadura postiza o mandíbula?

1. Nunca
2. Rara vez
3. A veces
4. Frecuentemente
5. Siempre

D5. ¿Has sentido que hay menos sabor en tus alimentos por problemas con tus dientes, boca, dentadura postiza o mandíbula?

1. Nunca
2. Rara vez
3. A veces
4. Frecuentemente
5. Siempre

D6. ¿Has tenido dificultades haciendo tu trabajo habitual por problemas con tus dientes, boca, dentadura postiza o mandíbula?

1. Nunca
2. Rara vez
3. A veces
4. Frecuentemente
5. Siempre

Cada ítem se responde indicando la frecuencia con que el participante ha experimentado cada situación durante el último mes, utilizando una escala tipo Likert de cinco puntos: 0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = ocasionalmente, 3 = con bastante frecuencia y 4 = muy a menudo. La suma de los cinco ítems genera un puntaje total de 0 a 20, donde valores más bajos reflejan una mejor calidad de vida y valores más altos indican un mayor impacto negativo de los problemas orales ^{6, 18}.

De igual manera se empleó el Índice Internacional de Nivel Socioeconómico (IWI). Este instrumento mide el nivel de bienestar material de los hogares a partir de la posesión de ciertos bienes duraderos y características básicas de la vivienda. En este caso se utilizó la versión adaptada al español (Garrido, 2024), que utiliza 12 elementos que incluyen: acceso a electricidad, tipo de materiales de la vivienda, disponibilidad de agua potable, bienes de transporte, electrodomésticos, equipos de comunicación y otros recursos del hogar que reflejan la capacidad para satisfacer necesidades materiales ^{9, 17}.

Cada uno de estos activos tiene un peso específico dentro del índice, calculado mediante análisis factorial aplicado a encuestas de múltiples países. Para cada hogar, se registra la presencia o ausencia de cada activo. Estos valores se multiplican por los pesos correspondientes y se suan para obtener un puntaje final que va de 0 a 100.

Los puntajes más bajos representan hogares con carencias materiales significativas, mientras que los puntajes más altos indican condiciones materiales que permiten una vida más cómoda y estable ⁹.

5.5 Consideraciones éticas

El estudio piloto cumplió con los principios de la Declaración de Helsinki y las normas éticas nacionales.

- Todos los participantes aceptaron el consentimiento informado antes de iniciar.
- Se garantizó la confidencialidad y anonimato, utilizando códigos en lugar de nombres.
- Se aseguró la voluntariedad de participación, con la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin consecuencias.
- Los resultados serán presentados exclusivamente con fines académicos y científicos.

5.6 Procedimiento

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Iberoamericana. El cuestionario fue desarrollado en la plataforma de encuestas digitales Qualtrics, donde se utilizó la versión en español del OHIP-5 y el IWI ^{17, 18}.

El estudio piloto fue llevado a cabo en la sala de espera de la clínica odontológica de Universidad Iberoamericana, donde los participantes fueron a conveniencia. Antes de completar la encuesta, a los participantes se les proporcionó un consentimiento informado donde se describía el propósito y la naturaleza del estudio, posibles riesgos y beneficios, así como asuntos relacionados con la privacidad y la voluntariedad. Se indicó que las respuestas eran anónimas (la encuesta no solicitaba nombre ni información personal del participante), y que sus datos serían utilizados por la Universidad Iberoamericana y el Centro de Investigación de Biomateriales y

Odontología (CIBO) con fines científicos, y que su participación sería completamente voluntaria, con la opción de abandonar en cualquier momento sin necesidad de explicación ni consecuencias negativas.

La muestra piloto estuvo conformada por 34 participantes con edades entre 18 a 65 años, con una distribución de género de 82.4% mujeres y 17.6% hombres. No se ofreció compensación económica ni de otro tipo para completar la encuesta.

5.7 Análisis de datos

Los datos recopilados fueron organizados y analizados utilizando el programa IBM SPSS Statistics (versión 25). En primer lugar, se realizó un proceso de depuración que incluyó la identificación y verificación de valores faltantes, con el propósito de garantizar la calidad y consistencia de la información utilizada en los análisis posteriores.

Para las variables sociodemográficas y los indicadores de condiciones materiales del hogar se calcularon estadísticos descriptivos, incluyendo frecuencias, porcentajes, medias, desviaciones estándar, valores mínimos y máximos. Los puntajes del OHIP-5 fueron analizados como una variable continua, siguiendo las recomendaciones metodológicas para este instrumento.

Con el fin de explorar la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL) y el nivel socioeconómico (IWI), se realizaron análisis de correlación de Pearson. Todos los análisis se efectuaron con un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$.

5.8 Resultados

La muestra estuvo compuesta por 34 participantes adultos, con una medida de edad de 33.56 años ($DE = 12.34$). La mayoría de los participantes eran del sexo femenino (82.4%), y el 94.1% nacieron en la República Dominicana. Respecto al lugar de residencia, el 32% vivía en el Distrito Nacional, el 26.5% en Santiago, el 14.7% en La Altagracia, el 11.8% en Santo Domingo, el 11.8% en La Romana y el 2.9% en Monte Plata.

En el nivel educativo, el mayor porcentaje correspondió a quienes completaron el bachillerato (38.2%), seguido de aquellos con grado universitario (26.5%). Un 11.8% indicó haber completado el nivel primario y otro 11.8% contar con una titulación técnica. El 5.9% reportó tener un posgrado o maestría. Finalmente, el 2.9% indicó no haber completado el nivel primario y otro 2.9% poseía un título de doctorado (Ph.D.).

Sobre su formación básica y secundaria, el 58.8% cursó sus estudios en escuelas públicas, el 32.4% en colegios privados y el 8.8% en ambos tipos de instituciones (escuelas públicas y colegios privados).

Índice Internacional de Nivel Socioeconómico (IWI)

El puntaje del IWI en esta muestra presentó un rango entre 16.87 y 100, con una media de 84.98 ($DE = 17.60$). Esta distribución sugiere que, en general, los participantes se ubican en niveles socioeconómicos medios a altos según la metodología del índice.

Calidad de vida relacionada con la salud oral (OHIP-5)

La puntuación total del cuestionario OHIP-5, registrada en la variable CVO, mostró valores entre 0 y 4, con una media de 2.04 (DE = 0.71), lo que indica un impacto leve a moderado de la salud oral en la vida diaria. La Tabla 1 presenta las dimensiones del OHIP-Sp5 y la frecuencia de respuestas según la escala de Likert para cada ítem.

Tabla 1

Dimensiones	Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre
Dolor continuo en la boca	26.5%	23.5%	44.1%	2.9%	2.9%
Dificultad para morder alimentos	29.4%	26.5%	38.2%	5.9%	-
Incomodidad con la apariencia dental	29.4%	20.6%	29.4%	17.6%	2.9%
Alteraciones del sabor	58.8%	17.6%	23.5%	-	-
Afectación del trabajo habitual	64.7%	14.7%	17.6%	2.9%	-

Estos resultados muestran que, aunque la mayoría de los participantes percibe una calidad de vida relacionada con la salud oral moderadamente favorable, existe un grupo que experimenta molestias funcionales y estéticas que afectan aspectos cotidianos. Un número considerable reportó dolor ocasional, dificultades para morder o incomodidad con su apariencia dental. Aunque la mayoría indicó que su desempeño laboral no se ve afectado, una proporción minoritaria pero relevante sí experimenta interferencias. En conjunto, esto sugiere que, si bien la salud oral es adecuada para gran parte de la muestra, persisten limitaciones que influyen en el bienestar físico, emocional y social de algunos participantes.

Correlación entre calidad de vida oral e IWI

El análisis de correlación de Pearson mostró una asociación negativa y estadísticamente significativa entre la calidad de vida oral (OHRQoL) y el nivel socioeconómico (IWI): $r = -0.343$, $p = 0.047$

Esto indica que los participantes con mayor nivel socioeconómico tienden a reportar mejor calidad de vida oral (puntuaciones más bajas en OHRQoL reflejan menor impacto negativo). En esta muestra piloto, quienes se ubicaron en niveles más bajos del IWI presentaron mayor frecuencia de dolor, incomodidad y dificultades funcionales.

A nivel general, los resultados sugieren una relación consistente entre la posición socioeconómica del hogar y el impacto percibido de la salud oral en la vida cotidiana.

6. Discusión

El objetivo principal de este estudio fue evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral y su asociación con el nivel socioeconómico medido mediante el Índice Internacional de Nivel Socioeconómico (IWI). Los resultados muestran que este objetivo se logró, ya que fue posible describir el impacto de la salud oral en la vida diaria de los participantes y analizar su relación con el nivel socioeconómico. En términos generales, la muestra presentó un impacto leve a moderado en la calidad de vida oral; no obstante, se observó una correlación negativa y estadísticamente significativa entre las puntuaciones del OHIP-5 y el IWI, evidenciando que quienes poseen un nivel socioeconómico más alto reportan menores afectaciones relacionadas con dolor, función e incomodidad oral. Estos hallazgos reflejan una asociación consistente entre la posición socioeconómica del hogar y la percepción del impacto de la salud oral en la vida cotidiana.

Los resultados de este estudio piloto evidencian que, aunque la mayoría de los participantes presenta una calidad de vida relacionada con la salud oral relativamente favorable, persiste un grupo que experimenta molestias funcionales, estéticas y sensoriales que afectan distintos aspectos de su vida diaria. Este patrón es congruente con investigaciones previas que señalan que incluso en poblaciones jóvenes y aparentemente sanas pueden identificarse impactos negativos en la OHRQoL asociados a dolor, dificultad para morder o preocupación por la apariencia dental^{15, 18}. En esta muestra, las dimensiones más afectadas del OHIP-5 fueron el dolor oral, la dificultad para morder y la incomodidad con la apariencia dental, hallazgos que coinciden con lo reportado por estudios donde estas dimensiones suelen deteriorarse primero debido a problemas dentales no tratados, presencia de

lesiones de caries dental, maloclusiones o hábitos alimentarios que incrementan la sensibilidad oral^{4, 13, 15}. Aunque la puntuación media del OHIP-5 fue baja, lo que sugiere un impacto leve, la presencia de respuestas “a veces”, “frecuentemente” y “siempre” en varios ítems evidencia que existe un subgrupo de participantes que experimenta molestias con potencial efecto en su bienestar emocional y social¹⁸.

Un aporte relevante de este trabajo es la exploración del vínculo entre el nivel socioeconómico, medido mediante el IWI, y la calidad de vida oral. La correlación negativa y estadísticamente significativa encontrada sugiere que las personas con mayor nivel socioeconómico tienden a reportar mejor calidad de vida oral, un patrón que coincide con estudios que señalan la influencia de los determinantes sociales en la salud bucal, especialmente en términos de acceso a servicios odontológicos, educación en salud, disponibilidad de productos de higiene y condiciones materiales del hogar^{5, 7}. El nivel socioeconómico elevado observado en la muestra podría explicar, en parte, las puntuaciones relativamente favorables del OHIP-5; sin embargo, que la relación sea significativa incluso en una población predominantemente de nivel medio-alto sugiere que las brechas socioeconómicas influyen en la experiencia subjetiva de salud oral aun en contextos con menor desigualdad.

La menor afectación en la dimensión laboral, que indica que su trabajo no se ve interferido por problemas bucales, coincide con literatura que señala que este tipo de impacto suele presentarse ante dolor severo o disfunciones mayores⁶. Desde una perspectiva metodológica, este estudio piloto aporta evidencia preliminar sobre la utilidad del OHIP-5 como instrumento sensible para detectar variaciones en la percepción de salud oral incluso en muestras pequeñas, permitiendo identificar áreas

específicas de necesidad que podrían orientar futuras investigaciones y estrategias de intervención ^{6, 18}.

Este estudio presentó varias limitaciones que deben considerarse al interpretar los hallazgos. En primer lugar, se trató de un estudio piloto, es decir, una investigación preliminar y exploratoria con un tamaño de muestra reducido, realizada antes del estudio principal. El propósito de un estudio piloto no es obtener resultados concluyentes, sino evaluar la viabilidad de los métodos, instrumentos, procedimientos y la logística propuesta. Debido a su naturaleza, los resultados no pueden generalizarse, ya que la muestra utilizada no fue representativa: los participantes fueron seleccionados por conveniencia y el objetivo central del piloto es probar procedimientos, no contrastar hipótesis. El tamaño muestral limitado restringe la capacidad de extrapolación de los resultados y puede conducir a estimaciones inestables, subestimando o sobrestimando los patrones observados entre las variables, especialmente aquellos vinculados con las características sociodemográficas. Además, la muestra estuvo compuesta mayoritariamente por personas de nivel socioeconómico medio-alto, lo que redujo la variabilidad necesaria para explorar con mayor profundidad las diferencias entre estratos socioeconómicos.

Futuros estudios deberían incluir muestras más amplias y diversas que permitan analizar con mayor precisión la influencia del nivel socioeconómico en la calidad de vida relacionada con la salud oral. Sería útil incorporar mediciones clínicas objetivas que complementen los autoinformes y permitan evaluar la correspondencia entre la percepción subjetiva y el estado bucal real. Asimismo, estudios longitudinales podrían aportar evidencia sobre cómo cambian estas percepciones en el tiempo y cómo intervenciones preventivas modifican la OHRQoL. Además, explorar la calidad de

vida oral en poblaciones con menor acceso a servicios odontológicos contribuiría a identificar brechas en salud bucal y a orientar acciones de intervención más equitativas y efectivas.

7. Conclusión

El presente estudio tuvo como objetivo general evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral y su asociación con el nivel socioeconómico medido mediante el Índice Internacional de Nivel Socioeconómico (IWI). Los hallazgos permiten concluir que, en esta muestra piloto de adultos dominicanos, la calidad de vida oral presenta un impacto leve a moderado, con variaciones importantes entre los participantes.

Se pudo identificar que las dimensiones del OHIP-5 más afectadas fueron el dolor oral, la dificultad para morder y la incomodidad con la apariencia dental. Estas áreas concentraron la mayor frecuencia de respuestas como “a veces” y “frecuentemente”, evidenciando que, aunque la mayoría reporta una situación funcional relativamente favorable, persisten molestias que pueden influir en el bienestar emocional y social de algunos individuos.

Se demostró que la percepción general de la calidad de vida relacionada con la salud oral fue predominantemente positiva, reflejada por una media baja en el puntaje total del OHIP-5. Sin embargo, la presencia de experiencias ocasionales de dolor, alteraciones del sabor y dificultades funcionales indica que existen necesidades de atención odontológica preventiva y restauradora en un segmento de la población estudiada.

El análisis estadístico mostró una asociación negativa y significativa entre el nivel socioeconómico y la calidad de vida oral. Los participantes con puntajes más altos en el IWI tendieron a reportar menor impacto negativo en su salud oral, lo que sugiere que las condiciones materiales del hogar continúan influyendo en la experiencia subjetiva de salud bucal. Este hallazgo coincide con la literatura que señala la relevancia de los determinantes sociales en la salud.

8. Recomendaciones

Con base en los resultados de este estudio piloto, se sugieren varias recomendaciones para la investigación futura y la práctica clínica. En primer lugar, se recomienda ampliar y diversificar la muestra, incluyendo un mayor número de participantes y cubriendo distintos niveles socioeconómicos, con el fin de mejorar la representatividad y permitir un análisis más detallado de las diferencias en la calidad de vida oral. Asimismo, es importante incorporar mediciones clínicas objetivas que complementen los autoinformes, como exámenes clínicos y radiográficos, para comparar la percepción subjetiva con el estado real de salud bucal y reducir posibles sesgos de reporte. Se sugiere también implementar estudios longitudinales que realicen seguimiento en el tiempo, lo cual podría aportar evidencia sobre la evolución de la calidad de vida oral y su relación con cambios en el nivel socioeconómico o en hábitos de cuidado bucal.

Adicionalmente, identificar las dimensiones más afectadas, como dolor, función masticatoria y apariencia dental, permitirá desarrollar estrategias de intervención focalizadas, programas de prevención y promoción de la salud oral, así como planes educativos dirigidos a mejorar la percepción de bienestar oral en distintos grupos poblacionales. Por último, se recomienda fomentar la educación y el acceso equitativo a servicios odontológicos, incluso en contextos de nivel socioeconómico medio-alto, promoviendo hábitos de higiene, prevención temprana y atención adecuada en todos los estratos sociales. Estas acciones buscan orientar investigaciones futuras y estrategias clínicas y de salud pública que contribuyan a mejorar la calidad de vida relacionada con la salud oral y a reducir las desigualdades observadas.

9. Referencias bibliográficas

1. Baniasadi K, Armoon B, Higgs P, Bayat A, Mohammadi Gharehghani MA, Hemmat M, et al. The association of oral health status and socioeconomic determinants with oral health-related quality of life among the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Int J Dent Hyg*. 2021 May 14;19(2):153–65.
2. World Health Organization. Oral health [Internet]. Geneva: WHO; [cited 2025 Dec 04]. Available from: https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab_1
3. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. 1994 Mar;11(1):3–11.
4. Haag DG, Peres KG, Balasubramanian M, Brennan DS. Oral conditions and health-related quality of life: a systematic review. *J Dent Res*. 2017;96(8):864–74.
5. Chaffee BW, Rodrigues PH, Kramer PF, Vitolo MR, Feldens CA. Oral health-related quality-of-life scores differ by socioeconomic status and caries experience. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2017;45(3):216–24.
6. Naik A, John MT, Kohli N, Self K, Flynn P. Validation of the English-language version of 5-item Oral Health Impact Profile. *J Prosthodont Res*. 2016;60(2):85–91.
7. Knorst JK, Sfreddo CS, Meira GF, Zanatta FB, Vettore MV, Ardenghi TM. Socioeconomic status and oral health-related quality of life: a systematic

- review and meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2021;49(2):95–102.
8. Chimbina ÍGM, Ferreira BNC, Miranda GP, Guedes RS. Oral-health-related quality of life in adolescents: umbrella review. *BMC Public Health.* 2023 Aug 23;23(1):1603.
 9. Smits J, Steendijk R. The International Wealth Index (IWI). *Soc Indic Res.* 2015 May 1;122(1):65–85.
 10. Paiva SM, Abreu-Placeres N, Camacho MEI, Frias AC, Tello G, Perazzo MF, et al. Dental caries experience and its impact on quality of life in Latin American and Caribbean countries. *Braz Oral Res.* 2021;35(Suppl 1).
 11. Ribas-Perez D, Muñoz-Viveros C, Formoso-Veloso AL, Carrillo-Sanchez FJ, el Khoury-Moreno L, Torrejon-Martinez J, et al. Oral health-related quality of life in a paediatric population in the Dominican Republic. *J Clin Med.* 2024 Apr 23;13(9):2449.
 12. Collins JR, Elías AR, Brache M, Veras K, Ogando G, Toro M, et al. Association between gingival parameters and oral health-related quality of life in Caribbean adults: a population-based cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2019 Dec 1;19(1):234.
 13. Yactayo MA, Díaz YM, Ortiz ZP. Impact of oral diseases on oral health-related quality of life: a systematic review of studies conducted in Latin America and the Caribbean. *J Oral Res.* 2017;6(3):71–80.
 14. Naito M, Yuasa H, Nomura Y, Nakayama T, Hamajima N, Hanada N. Oral health status and health-related quality of life: a systematic review. *J Oral Sci.* 2006 Mar;48(1):1–7.

15. Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NH. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2010; 8:126.
16. Karki S, Päckilä J, Laitala M, Humagain M, Anttonen V. Influence of dental caries on oral health-related quality of life, school absenteeism and school performance among Nepalese schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2019 Dec 10;47(6):461–9.
17. Garrido LE, Peñaló-Sánchez D, Abreu-Mariot C, Lara-Caba EZ, Frías-Hiciano M, Pérez-Estévez L, et al. Cross-cultural validation of a Spanish-language version of the Composite Abuse Scale (Revised) – Short Form (CASR-SF). *J Fam Violence*. 2024 nov 2;39(8):1509–23.
18. Simancas-Pallares M, John MT, Enstad C, Lenton P. The Spanish language 5-item Oral Health Impact Profile. *Int Dent J*. 2020 Apr;70(2):127–35.
19. Téllez MA, González MC, Merchán MT. Correlación de un instrumento de calidad de vida relacionada con salud oral entre niños de 8 a 10 años y sus acudientes en Bogotá. *Univ Odontol*. 2010;29(61):39–47.
20. González MC, Téllez-Merchán M, Canchano F, Rojas Y, Trujillo MI. Calidad de vida y salud oral en una población colombiana con labio y/o paladar fisurado. *Univ Odontol*. 2011;30(64):73–82.
21. Broder HL, Wilson-Genderson M, Sischo L. Reliability and validity testing for the Child Oral Health Impact Profile-Short Form (COHIP-SF 19). *J Public Health Dent*. 2012;72(4):302–12.

22. Huntington NL, Spetter D, Jones JA, Rich SE, Garcia RI. Development and validation of a measure of pediatric oral health-related quality of life: the POQL. *J Public Health Dent.* 2011;71(3):185–93.
23. Martins MT, Sardenberg F, Oliveira AC, Paiva SM, Vale MP, Allison PJ, et al. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Brazilian version of the Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-old children (SOHO-5). *Health Qual Life Outcomes.* 2011; 9:64.
24. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, et al; LIVSFORSK network. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Qual Life Res.* 2019 oct;28(10):2641–50.
25. Bennadi D, Reddy CVK. Oral health-related quality of life. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2013;3(1):1–6.
26. John MT, Reissmann DR, Čelebić A, Baba K, Kende D, Larsson P, et al. Integration of oral health-related quality of life instruments. *J Dent.* 2016 oct; 53:38–43.
27. World Health Organization. *Oral health surveys: basic methods.* 5th ed. Geneva: WHO; 2013.
28. Abreu-Placeres N, Garrido L, Féliz-Matos L. Cross-cultural validation of the scale of oral health-related outcomes for 5-year-old children with a low-income sample from the Dominican Republic. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2017;7(3):84–9.
29. Campos CT, Costa LR, Bonifácio CC, Paiva SM, Vale MP. Parental-caregiver perception of child oral-health-related quality of life: a cross-sectional study. *J Clin Pediatr Dent.* 2021;45(1):14–21.

30. Fernandes IB, Ramos-Jorge J, Ramos-Jorge ML, Bönecker M, Abanto J, Marques LS. Correlation and comparative analysis of discriminative validity of the Scale of Oral Health Outcomes for Five-Year-Old Children (SOHO-5) and the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) for dental caries. *BMC Oral Health*. 2015; 15:29.
31. Wogelius P, Poulsen S, Sørensen HT. Correlation and comparative analysis of discriminative validity of the Scale of Oral Health Outcomes for Five-Year-Old Children (SOHO-5) and the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Int J Paediatr Dent*. 2011;21(2):95–102.
32. Dunlow N, Phillips C, Broder HL. Concurrent validity of the Child Oral Health Impact Profile (COHIP). *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(Suppl 1):41–9.
33. Barrera-Chaparro JP, Plaza-Ruíz SP, Camacho-Usaquén T, Pasuy-Caicedo JA, Villamizar-Rivera AK. Modified short version of the oral health impact profile for patients undergoing orthodontic treatment. *Braz J Oral Sci*. 2021 feb 10;20: e211717.
34. Campos LA, Peltomäki T, Marôco J, Campos JADB. Use of Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) in different contexts: ¿what is being measured? *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Dec 20;18(24):13412.
35. Su Y, Lin X, Wang X, Du M. Development and validation of a short form of the Chinese version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS-SF). *Health Qual Life Outcomes*. 2021;19(1):12.

