Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Odontología
Escuela Profesional de Odontología

Impacto en la calidad de vida en relación a la salud oral de pacientes rehabilitados con prótesis dental, en una clínica odontológica universitaria

TESIS

Para optar el Título Profesional de Cirujana Dentista

AUTOR

Teresa Victoria ESPINOZA SABA

ASESOR

Dr. Romel Armando WATANABE VELÁSQUEZ

Lima, Perú

2026



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Espinoza T. Impacto en la calidad de vida en relación a la salud oral de pacientes rehabilitados con prótesis dental, en una clínica odontológica universitaria [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología; 2026.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Teresa Victoria Espinoza Saba
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	71587535
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0002-5595-6440
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Romel Armando Watanabe Velásquez
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	07310411
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-6873-3361
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Jorge Sixto Gaitán Velásquez
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06156956
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Patricia Blanca Astupinaro Capristan
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	09298385
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Romel Armando Watanabe Velásquez
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07310411
Datos de investigación	

Línea de investigación	No aplica
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	Edificio: Clínica del Adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Lima Calle: Av. Amezaga 375 Latitud: -12.0595309 Longitud: -77.0816211
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Agosto 2025 – Noviembre 2025
URL de disciplinas OCDE	**Odontología, Cirugía Oral, Medicina oral** **https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.14**

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú. Decana de América
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
ESCUELA PROFESIONAL

A C T A DE SUSTENTACIÓN PRESENCIAL N.º 039/FO-EPO/2026

Los Docentes que suscriben, reunidos el 28 de agosto de 2026 en la ciudad de Lima, siendo las 09:00 horas, por encargo de la Señora Decana de la Facultad, con el objeto de constituir el Jurado de Sustentación para optar el Título Profesional de Cirujana Dentista de la Bachiller:

TERESA VICTORIA ESPINOZA SABA

CERTIFICAN:

Que, luego de la Sustentación de la Tesis **«Impacto en la calidad de vida en relación a la salud oral de pacientes rehabilitados con prótesis dental, en una clínica odontológica universitaria»** y habiendo absuelto las preguntas formuladas, demostró un grado de aprovechamiento:

SOBRESALIENTE
(escala)

Siendo calificada con un promedio de: Diecinueve (en letras) 19 (en números)

En tal virtud, firmamos en la Ciudad Universitaria, a los veintiocho días del mes de agosto del año dos mil veintiséis.

PRESIDENTE DEL JURADO

C. D. Esp. Jorge Sixto Gaitán Velásquez

MIEMBRO SECRETARIA

Mg. Patricia Blanca Astupinaro Capristan

MIEMBRO VOCAL (ASESOR)

Dr. Romel Armando Watanabe Velásquez

Escala de calificación: Grado de Aprovechamiento:
Sobresaliente (18-20), Bueno (15-17), Regular (12-14), Desaprobado (11 o menos)
Criterios: Originalidad, Exposición, Dominio del Tema, Respuestas.

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, Decana de América

Anexo 1
CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Dr. Romel Armando Watanabe Velásquez en mi condición de asesor de la tesis, acreditado con el **Dictamen N.° 066-FO-EPO-2026,** cuyo título es ***"Impacto en la calidad de vida en relación a la salud oral de pacientes rehabilitados con prótesis dental, en una clínica odontológica universitaria"*** presentado por la bachiller Teresa Victoria Espinoza Saba para optar el título profesional de cirujana dentista, CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el 11% de similitud, nivel PERMITIDO para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título profesional de **Cirujana Dentista**

Lima, 26 de julio de 2026

Firma del Asesor

UNMSM
Firmado digitalmente por WATANABE VELASQUEZ Romel Armando FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 02.09.2026 20:28:45 -05:00

Nombres y Apellidos del asesor: Dr. Romel Armando Watanabe Velásquez

DNI: 07310411

* Según corresponda: bachiller, magíster, doctor; título profesional o título de segunda especialidad

La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia.

DEDICATORIA

A **Dios**, por ser mi guía y darme la fortaleza necesaria para superar cada reto en este camino y bendecirme con la oportunidad de culminar esta importante etapa.

A **mis padres, Enma y Temis**, por su apoyo incondicional desde el primer día en que inicié mi etapa universitaria, gracias por su sacrificio, su amor infinito y por ser mi pilar fundamental en todo momento.

A **mi tío Jaime**, cuya presencia trasciende en el tiempo, sé que desde donde estés te sientes profundamente orgulloso de este logro y estás celebrando conmigo cada paso conseguido.

A **mis tíos Bernardo y María Teresa**, por su cariño incondicional, sus oraciones y por hacerme sentir siempre su apoyo y palabras de aliento a la distancia.

A **mis abuelitos, Julia y Manuel**, cuyos sabios consejos y palabras de aliento fueron el motor para no rendirme y continuar siempre adelante.

A **mis hermanos, Renzo y Flor**, por su motivación constante, su respaldo incondicional y por ser la fuerza que me impulsa a superar nuevos desafíos.

A **mis sobrinos, Sebastián, Alvaro y Andre**, para que vean reflejado en este logro que todo es posible cuando se trabaja con constancia, fe y dedicación.

AGRADECIMIENTO

A mi **asesor, el Dr. Romel Watanabe,** por su paciencia, sus consejos y por guiarme en cada paso de este trabajo.

A **la Dra. Patricia Astupinaro y al Dr. Sixto Gaitán**, infinitas gracias por su valioso tiempo, por compartir sus conocimientos y por sus aportes a lo largo de este camino. Su apoyo y enseñanza constante han sido de gran valor para mi crecimiento profesional**.**

Al **Centro Médico Naval,** por convertirse en mi segundo hogar durante el internado, gracias por abrirme sus puertas, por las enseñanzas de cada día y por formar las bases de mi vida profesional. Me voy profundamente agradecida con la institución, con los doctores y con todo el equipo que me acompañó en este camino.

A la **C. de C. SN (O) Claudia Melgar**, por convertirse en una guía excepcional y en un gran referente en mi formación, gracias por su calidad humana, por sus sabios consejos en el momento oportuno.

A **Karen y Jimmy**, por su apoyo incondicional desde la etapa de preparación, gracias por estar presente desde el primer momento, por sus palabras de aliento y por acompañarme con tanto cariño durante todo este camino.

A la **Sra. Charito**, por su cuidado y apoyo incondicional desde mi etapa preuniversitaria, sé que su cariño y aliento constante me acompañarán siempre.

A mis **amigas Tiffany, Vallery y Paola**, infinitas gracias por ser mi refugio y apoyo constante. Gracias por escucharme, motivarme a no rendirme y por convertir las largas horas de estudio en momentos llenos de risas y aprendizaje, tenerlas cerca fue el regalo más valioso de este proceso.

A **Katy, Petra y Barbie**, por ser una fuente de inspiración a través de esa energía y pasión única que transmiten, gracias por contagiarme esa fuerza que me acompañó en las jornadas más exigentes, enseñándome a luchar por mis metas con esa misma garra y determinación.

A mis entrañables **Navalitas**, **Ariana, Dori, Gianella y Jhoka**, por la complicidad y el apoyo mutuo durante el internado, gracias por hacer que esa etapa hospitalaria fuera mucho más ligera y bonita.

RESUMEN

La pérdida de piezas dentarias afecta profundamente el bienestar de quienes la padecen, y la rehabilitación con prótesis dental constituye la principal alternativa para restituirlo. Este estudio cuantificó el cambio en la calidad de vida relacionada a la salud oral (CVRSO) antes y después de la colocación de un dispositivo protésico en pacientes de una clínica universitaria de pregrado. Con un diseño observacional, analítico y longitudinal, se evaluaron 66 adultos mediante el índice GOHAI en dos momentos: antes de instalar la prótesis y quince días tras su colocación. La distribución de los datos se verificó con la prueba de Shapiro-Wilk; ante la no normalidad, se aplicaron las pruebas de Wilcoxon, U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. La muestra presentó una edad media de 60,5 ± 14,1 años, predominio femenino (66,7%) y mayor frecuencia de prótesis parcial removible (33,3%). La mediana del GOHAI aumentó de 36 (RIQ: 9) a 42 (RIQ: 9) a los quince días ($p < 0,001$); no obstante, el 98,5% permaneció en la categoría baja de CVRSO en ambas mediciones. La esfera psicosocial registró el mayor incremento entre las dimensiones evaluadas. Ninguna covariable sexo, edad, tipo de dispositivo, experiencia como portador ni tiempo desde la última rehabilitación, modificó significativamente la magnitud del cambio ($p > 0,05$).

Palabras clave: calidad de vida, salud oral, prótesis dental, GOHAI, rehabilitación protésica, edentulismo

ABSTRACT

Tooth loss profoundly affects the wellbeing of those who experience it, and prosthetic rehabilitation is the primary alternative for its restoration. This study quantified changes in oral health-related quality of life (OHRQoL) before and after prosthesis placement in patients attending a university dental clinic. An observational, analytical, longitudinal design was used to evaluate 66 adults with the GOHAI index at two time points: immediately before prosthesis installation and fifteen days after placement. Data distribution was assessed with the Shapiro-Wilk test; given the non-normal distribution, the Wilcoxon, Mann-Whitney U, and Kruskal-Wallis tests were applied. The sample had a mean age of 60.5 ± 14.1 years, with female predominance (66.7%) and a higher frequency of removable partial dentures (33.3%). The GOHAI median increased from 36 (IQR: 9) to 42 (IQR: 9) at fifteen days ($p < 0.001$); however, 98.5% of participants remained in the low OHRQoL category at both assessments. The psychosocial domain recorded the greatest increment among the dimensions evaluated. No covariate sex, age, prosthesis type, prosthetic experience, or time since last rehabilitation significantly modified the magnitude of change ($p > 0.05$).

Keywords: quality of life, oral health, dental prosthesis, GOHAI, prosthetic rehabilitation, edentulism

INDICE

I. INTRODUCCIÓN 8

II. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN 10

2.1 Área del problema 10

2.2 Delimitación del problema 10

2.3 Formulación del problema 10

2.4 Objetivos 11

2.5 Justificación 11

2.6 Limitaciones 12

III. MARCO TEÓRICO 13

3.1 Antecedentes de la investigación 13

3.1.2 Antecedentes Nacionales 15

3.2 Bases Teóricas 17

3.3 Definición de términos 20

3.4 Hipótesis 21

3.5 Operacionalización de variables 21

IV. METODOLOGÍA 22

4.1 Tipo de estudio 22

4.2 Población y muestra 22

4.2.1 Población 22

4.2.2 Muestra 22

4.2.3 Tipo de muestreo 22

4.3 Procedimientos y técnicas 23

4.4 Procesamiento de datos 24

4.5 Análisis de resultados 24

V. RESULTADOS 25

VI. DISCUSIÓN 29

VII. CONCLUSIONES 32

VIII. RECOMENDACIONES 33
IX BIBLIOGRAFIA.....34
X ANEXOS 37
ANEXO 1 37
ANEXO 2 39
ANEXO 3 42
ANEXO 4 Consistencia interna del índice de GOHAI-12 43

I. INTRODUCCIÓN

La salud oral es una parte fundamental del bienestar integral de las personas, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la capacidad de masticar, hablar y relacionarse socialmente sin restricciones depende directamente de la salud bucal (1). A pesar de ello, las afecciones bucodentales siguen siendo un problema de escala global que afecta a aproximadamente 3.500 millones de personas; dentro de este panorama, el edentulismo total o parcial impacta a 353 millones en la actualidad y podría superar los 660 millones hacia el 2050 (2). En el contexto peruano, la situación no es menos alarmante: la caries dental afecta al 90,4% de la población (3), mientras que en adultos mayores el edentulismo alcanza el 82,35%, y apenas el 59% de quienes lo padecen cuenta con algún dispositivo protésico (4).

Perder piezas dentarias no solo afecta la masticación: sus consecuencias se extienden a la fonética, la nutrición y la esfera psicosocial, manifestándose como deterioro de la autoestima y retracción social. En el ámbito nacional, Lévano et al. encontraron que el 77,8% de adultos mayores con un índice CPOD de 19,30 reportaba una calidad de vida oral deficiente (5).

Ante esta realidad, los dispositivos protésicos fijos, parciales removibles, totales removibles o mixtos, constituyen la respuesta terapéutica más empleada para devolver al paciente la función masticatoria, la estética y el equilibrio del sistema estomatognático. Sin embargo, cuantificar su beneficio desde la perspectiva del propio paciente ha sido una tarea históricamente postergada, sobre todo en clínicas de formación universitaria debido que medir este beneficio según la visión del propio paciente ha sido, durante mucho tiempo, una labor relegada a un segundo plano, especialmente en clínicas universitarias de formación.

Para dar respuesta a esta necesidad, la odontología contemporánea ha incorporado el concepto de calidad de vida relacionada a la salud oral (CVRSO), que describe en qué medida las condiciones bucales de una persona condicionan su funcionamiento cotidiano, su estabilidad emocional y su vida social. A lo largo de las últimas décadas se han desarrollado y validado múltiples instrumentos para medirla (7): el Oral Health Impact Profile (OHIP) (8), el OHIP-14, el OHIP-19 DENT orientado a pacientes desdentados (9), el Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) (10) y el General Oral Health Assessment Index (GOHAI) (7), creado por Atchison y Dolan en 1990, son los más difundidos. Este último ha probado su validez y confiabilidad en diversas poblaciones y es considerado un instrumento de referencia para evaluar los resultados de intervenciones odontológicas, en particular la rehabilitación protésica.

A pesar de que la rehabilitación protésica es reconocida como la principal alternativa terapéutica frente al edentulismo, la evidencia disponible sobre su impacto real en la calidad de vida relacionada a la salud oral (CVRSO) desde la perspectiva del propio paciente sigue siendo limitada, particularmente en entornos clínicos universitarios de pregrado.

Esta brecha es relevante porque dichos espacios atienden a una proporción considerable de la población con necesidades protésicas y son escenarios formativos clave. Por ello, este estudio buscó cuantificar el efecto de la rehabilitación protésica sobre la CVRSO aplicando el índice GOHAI en dos momentos: antes y quince días después de la colocación del dispositivo. Asimismo, se exploró si dicho efecto varía según el sexo, el grupo etario, el tipo de prótesis, la experiencia previa como portador y el tiempo transcurrido desde la última rehabilitación, con la finalidad de proporcionar una visión completa del beneficio que este tratamiento representa para el paciente.

II. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Área del problema

Entre las condiciones que más contribuyen a la pérdida dentaria figuran la caries y la enfermedad periodontal. La OMS estima que la caries afecta a más del 60% de la población escolar y que la periodontitis grave compromete a uno de cada cinco adultos en edad media. En la población adulta mayor, la pérdida total de dientes supera el 30% y la proporción aumenta conforme avanza la edad (1).

La ausencia de uno o más dientes, condición denominada edentulismo, puede ser parcial o total según el número de dientes comprometidos, su presencia altera el sistema estomatognático en múltiples dimensiones: dificulta la masticación, limita la ingesta de ciertos alimentos, repercute en la fonética y tiene consecuencias emocionales que deterioran el bienestar integral del individuo (1).

La odontología restauradora ofrece al paciente desdentado alternativas protésicas que permiten recuperar la función masticatoria, la estética y el equilibrio bucal. Al devolver estas capacidades, los dispositivos protésicos contribuyen también a elevar la autoestima y facilitar la reinserción social del paciente (1)(2).

2.2 Delimitación del problema

En el contexto nacional, investigaciones desarrolladas en Perú como la de Lévano et al. han documentado que una condición bucal deficiente repercute negativamente en el bienestar percibido: según sus hallazgos, el 77,8% de los pacientes evaluados reportó baja calidad de vida oral, dato que se corresponde con un índice CPOD de 19,30, indicativo de una carga de enfermedad elevada y repercusión en la vida cotidiana del paciente (5).

Esta situación ha impulsado el desarrollo y la validación de diversos instrumentos destinados a monitorear la CVRSO antes y después de los tratamientos rehabilitadores, con el propósito de determinar cuáles aspectos de la salud bucal inciden con mayor intensidad en el bienestar del paciente y orientar, de ese modo, las estrategias de mejora de la atención (4).

2.3 Formulación del problema

¿Cuál es el impacto en la calidad de vida relacionada a la salud oral de pacientes rehabilitados con prótesis dental, en una clínica odontológica universitaria?

2.4 Objetivos

Objetivo general:

Determinar el impacto en la calidad de vida relacionada a la salud oral de pacientes rehabilitados con prótesis dental, en una clínica odontológica universitaria.

Objetivos específicos:

OE1: Caracterizar el impacto en la calidad de vida relacionada a la salud oral de pacientes rehabilitados con prótesis dental, según sexo, en una clínica odontológica universitaria de pregrado.

OE2: Identificar el impacto en la calidad de vida relacionada a la salud oral de pacientes rehabilitados con prótesis dental, según grupo etario, en una clínica odontológica universitaria de pregrado.

OE3: Determinar el impacto en la calidad de vida relacionada a la salud oral de pacientes rehabilitados con prótesis dental, según el tipo de prótesis dental, en una clínica odontológica universitaria de pregrado.

OE4: Estimar el impacto en la calidad de vida relacionada a la salud oral de pacientes rehabilitados con prótesis dental, según el tiempo como portador de prótesis, en una clínica odontológica universitaria de pregrado.

OE5: Establecer el impacto en la calidad de vida relacionada a la salud oral de pacientes rehabilitados con prótesis dental, según el tiempo transcurrido desde la última rehabilitación protésica, en una clínica odontológica universitaria de pregrado.

2.5 Justificación

El Perú enfrenta un acelerado proceso de envejecimiento poblacional que convierte la salud bucal del adulto mayor en una prioridad sanitaria creciente, según proyecciones del INEI, el año 2024 los mayores de 60 años representaron el 13,9% de la población nacional (11), cifra que se elevaría al 24,1% hacia el 2050 (12). En este grupo etario, el edentulismo es una de las condiciones más prevalentes, afectando en promedio al 82,35% de los adultos mayores peruanos, con predominio del edentulismo parcial (12). Esta realidad evidencia la necesidad de estudiar no solo la efectividad clínica de las prótesis dentales, sino también su impacto sobre la calidad de vida y el bienestar percibido por los pacientes. Desde el plano teórico, este trabajo contribuye al conocimiento sobre la percepción de calidad de vida oral en pacientes rehabilitados, la ausencia de estudios con seguimiento longitudinal postratamiento en clínicas universitarias peruanas representa un vacío que esta investigación busca subsanar, aportando datos que permitan construir marcos

explicativos más robustos sobre la relación entre intervención protésica y bienestar percibido.

En el plano práctico, disponer de información precisa sobre los efectos reales del tratamiento protésico permite a los clínicos tomar decisiones terapéuticas orientadas a maximizar la satisfacción del paciente. Adicionalmente, los datos generados pueden orientar el diseño de programas de salud bucal para adultos con prótesis y nutrir la formulación de políticas sanitarias centradas en el paciente.

2.6 Limitaciones

Una de las limitaciones de este estudio fue que al ser un muestreo no probabilístico por conveniencia restringe la generalización de los hallazgos a la totalidad de pacientes rehabilitados con prótesis en contextos similares, además el período de seguimiento de 15 días podría ser insuficiente para capturar el beneficio completo derivado de la adaptación progresiva al dispositivo. Otra limitación del estudio fue que la valoración de la CVRSO se basó exclusivamente en la autopercepción del paciente mediante el GOHAI, sin complementarse con una evaluación clínica objetiva del ajuste y funcionalidad protésica. Asimismo la disponibilidad horaria de los pacientes para asistir a la segunda evaluación pudo haber influido en la composición final de la muestra. Finalmente debe considerarse además que, al tratarse de un instrumento de autopercepción, las respuestas podrían estar moduladas por el estado emocional o las expectativas previas de cada participante.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes de la investigación

3.1.1 Antecedentes Internacionales

Alarcón et al. (2023) tuvieron como propósito contrastar las diferencias de dos modalidades de rehabilitación: prótesis mucosoportadas y prótesis implantosoportadas, en Ecuador, fue un estudio observacional en una muestra de 24 pacientes con edentulismo total y analítico donde se utilizaron los cuestionarios SF-36 y el Oral Health Impact Profile (OHIP) para evaluar la calidad de vida, evaluaron variables como el tipo de prótesis, la satisfacción del paciente y la percepción de la salud general, en el cual los hallazgos mostraron que los portadores de prótesis implantosoportadas obtuvieron puntuaciones más altas en su percepción de calidad de vida en comparación con los usuarios de prótesis mucosoportadas. Se evidenció que la alternativa rehabilitadora seleccionada tiene un efecto importante en la calidad de vida oral del paciente edéntulo total (13).

Jiménez et al. (2021) evaluaron la influencia de la rehabilitación protésica sobre la percepción del bienestar bucal en Cuba, fue un estudio descriptivo con una muestra de 100 adultos mayores donde se aplicó el cuestionario de impacto en salud oral y se analizaron variables como el tipo de prótesis, el sexo y el grupo etario. Se evidenció que el 88% de los pacientes experimentó una mejoría perceptible en su calidad de vida tras haber recibido la rehabilitación con prótesis dental, por lo que se concluyó que la instalación de prótesis dentales genera un efecto positivo y mensurable en la percepción del bienestar oral de los adultos mayores (14).

Chamba et al. (2020) evaluaron la relación entre las condiciones orales y el bienestar percibido por paciente adultos atendidos en una clínica estomatológica en Ecuador, fue un estudio descriptivo con una muestra de distintos grupos etario, donde se empleó el índice GOHAI para la evaluación. En base a ello los resultados indicaron que el 54,7% de los evaluados registró un nivel bajo en el índice GOHAI. Se analizaron variables como el sexo, la edad y el tipo de afección bucal presente, lo que sugirió que, a pesar de las deficiencias bucales documentadas, la autopercepción del impacto no siempre refleja una afectación severa desde la perspectiva del propio paciente. Se concluyó que el GOHAI constituye un instrumento útil para identificar necesidades de atención no detectadas mediante la evaluación clínica convencional (15).

Pérez et al. (2019) evaluaron la CVRSO en usuarios de prótesis total y parcial removible, comparando dos momentos: previo al inicio del tratamiento y diez meses después de su conclusión, , fue un estudio longitudinal donde la muestra estuvo conformada por pacientes atendidos en una clínica estomatológica universitaria en Colombia y para la medición utilizaron instrumentos estandarizados de autopercepción oral, usando como variables el tipo de prótesis, el sexo y el grupo etario. Los datos revelaron una mejora significativa en la percepción de la salud bucal y en el nivel de satisfacción de los pacientes tras la rehabilitación. Se concluyó que el tratamiento protésico genera cambios positivos y medibles en la calidad de vida oral, siendo más marcados en pacientes portadores de prótesis total (16).

Degrandi et al. (2017) tuvieron como objetivo examinar la variación en la CVRSO en tres momentos: previo a la intervención, al recibir el alta y a los tres meses de adaptación a las nuevas prótesis totales removibles atendidos en la clínica de la Facultad de Odontología en Uruguay, fue un estudio longitudinal con una muestra de 100 pacientes, donde para medir la CVRSO se utilizó el instrumento OHIP-14 y analizaron variables como el sexo, la edad y el tiempo transcurrido desde la instalación. Los resultados evidenciaron una mejoría progresiva y significativa en la calidad de vida oral de los participantes en cada momento de evaluación. Se concluyó que la rehabilitación con prótesis total genera un impacto positivo en la CVRSO, siendo más pronunciado conforme avanza el período de adaptación al dispositivo (17).

Beals et al. (2017) realizaron un estudio para analizar la autopercepción del bienestar oral en función de las condiciones de los dispositivos removibles que portaban los pacientes en Chile, fue un estudio descriptivo donde la muestra fue conformada por adultos atendidos en una clínica universitaria, donde se aplicó el índice GOHAI. Los resultados mostraron que la mayoría de los participantes se ubicó en niveles bajos o intermedios de percepción de su salud oral, con la dimensión física como la más afectada. Se observó que la calidad de los dispositivos protésicos y el seguimiento posterior a la instalación son factores relevantes para mejorar la autopercepción de la salud oral en esta población (18).

Llanos (2014) llevó a cabo un estudio para determinar la asociación entre la satisfacción del paciente con su tratamiento protésico y la calidad de vida relacionada a la salud oral en un centro de formación odontológica en Chile, fue un estudio analítico donde la muestra estuvo conformada por pacientes rehabilitados con diversas modalidades protésicas asistidos, se aplicaron cuestionarios de satisfacción y de

autopercepción oral. Los resultados mostraron que la satisfacción con la funcionalidad del dispositivo guarda una relación directa con el nivel de calidad de vida oral percibida. En conclusión, incorporar la valoración subjetiva del paciente como criterio de medición permite obtener una visión más completa de los logros alcanzados con la intervención protésica (19).

3.1.2 Antecedentes Nacionales

Flores Concha (2023) llevó a cabo una investigación para evaluar la calidad de vida oral en pacientes que recibieron rehabilitación protésica en una clínica dental docente, fue un estudio descriptivo donde la muestra fue de 108 pacientes donde se usó el cuestionario OHIP-14 versión peruana. Se evidenció que la dimensión más afectada fue el malestar psicológico, reportado en el 75% de los pacientes, a pesar de ello, la valoración global de la calidad de vida oral tras la rehabilitación resultó favorable en la mayoría de los casos. Se concluyó que la rehabilitación protésica genera una mejora perceptible en la autopercepción del bienestar oral de los pacientes (20).

Anaya Portilla et al. (2022) realizaron un estudio para explorar la asociación entre el nivel de autoestima y la rehabilitación con prótesis total en adultos, se realizó un estudio descriptivo cuya muestra incluyó a pacientes atendidos en una institución universitaria a quienes se les aplicó un cuestionario de autoestima junto con una evaluación de satisfacción protésica. Los resultados indicaron que el 70% de los participantes presentó niveles elevados de autoestima, observándose un vínculo positivo entre la satisfacción con el dispositivo protésico y el bienestar emocional referido por los pacientes. Se concluyó que la rehabilitación con prótesis total contribuye positivamente al estado psicológico del adulto mayor (21).

Rivera Ramos (2020) llevó a cabo una revisión de la literatura en Perú con el propósito de analizar la utilidad del cuestionario OHIP como herramienta de evaluación del estado de salud oral en su dimensión subjetiva. El trabajo sistematizó estudios nacionales e internacionales que emplearon este instrumento en diferentes poblaciones. Entre los hallazgos se destacó que el OHIP es uno de los índices más ampliamente utilizados a nivel mundial para valorar el impacto de las condiciones bucales en la vida cotidiana del paciente. Se concluyó que su aplicación resulta pertinente tanto en contextos clínicos como en investigaciones epidemiológicas orientadas a evaluar el resultado de tratamientos odontológicos (22).

Rodrigo Chirinos (2019) tuvo como proposito conocer cómo los pacientes rehabilitados con prótesis parcial removible valoraban su situación estética y funcional tras el tratamiento, fue un estudio descriptivo y tuvo como muestra a pacientes atendidos en una clínica universitaria, a quienes se les aplicó una encuesta de autopercepción. Los resultados mostraron que más de la mitad de los participantes, específicamente el 53,52%, calificó su experiencia con la prótesis como buena. Se concluyó que la rehabilitación con prótesis parcial removible genera una percepción positiva en la mayoría de los pacientes, principalmente en los aspectos estético y funcional (23).

Valencia-Aguirre et al. (2019) desarrollaron una investigación sobre la valoración de la calidad de vida vinculada a la salud oral, fue un estudio de diseño observacional, descriptivo y de corte transversal que incluyó a 217 usuarios de prótesis removibles atendidos en una clínica universitaria de odontología. se efectuó mediante la versión en español del GOHAI. Además, se consideraron características sociodemográficas y clínicas, entre ellas la edad, el sexo, el tiempo de uso de la prótesis, el tipo de rehabilitación y la percepción de su funcionamiento. Los hallazgos evidenciaron niveles intermedios de calidad de vida oral percibida. Asimismo, no se identificaron asociaciones significativas con las variables demográficas ni con las relacionadas al uso de la prótesis; sin embargo, la percepción favorable de su estabilidad y capacidad de retención mostró una relación estadísticamente relevante con los puntajes obtenidos. Los autores señalaron que la valoración que el paciente realiza del desempeño de su prótesis constituye un aspecto importante para su bienestar oral percibido (24).

Vargas Ramos (2018) desarrollaron una investigación con usuarios de prótesis removibles atendidos en una clínica odontológica universitaria. Mediante la aplicación del GOHAI analizaron la percepción de salud oral y su asociación con diversas características demográficas y protésicas. Los resultados indicaron que la valoración que los pacientes hacían de la estabilidad y retención de sus prótesis se relacionaba con una mejor percepción de bienestar oral, mientras que factores como la edad, el sexo y el tiempo de uso no mostraron asociación relevante. Los autores señalaron que el desempeño percibido de la prótesis constituye un elemento importante en la calidad de vida relacionada con la salud oral (25).

Vargas Durán (2018) analizó la relación de adultos mayores portadores de prótesis removibles respecto a su salud oral. Los participantes manifestaron una valoración generalmente positiva de su condición bucodental, lo que permitió inferir que la rehabilitación protésica favorece el bienestar percibido. (26).

3.2 Bases Teóricas

Calidad de vida

Constituye una apreciación personal e integral del bienestar propio, en la que convergen dimensiones físicas, psicológicas, sociales y culturales que el individuo evalúa desde su propia experiencia vital. Al tratarse de un constructo dinámico, su contenido se reconfigura conforme cambian las circunstancias, las aspiraciones y el marco de valores de cada persona. Su carácter inherentemente subjetivo implica que tanto su conceptualización como su medición deben abordar la particularidad de cada individuo (27).

Calidad de vida relacionada a la salud oral (CVRSO)

Cuando el análisis del bienestar se sitúa específicamente en la cavidad bucal, emerge el concepto de calidad de vida relacionada a la salud oral (CVRSO). Este constructo alude al grado en que el estado bucodental de una persona favorece o restringe sus actividades cotidianas, y abarca desde capacidades concretas; alimentarse sin molestias, pronunciar con claridad, mostrar la sonrisa con confianza, hasta dimensiones emocionales como la autoestima y la comodidad en las interacciones sociales (28). Para operacionalizar esta noción se han diseñado y validado instrumentos específicos a nivel internacional, entre los cuales el Oral Health Impact Profile (OHIP), el OHIP-14 y el Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) figuran entre los más difundidos (7, 8, 9). En el presente trabajo se optó por el General Oral Health Assessment Index (GOHAI) por tres razones: su carácter breve y de fácil administración en poblaciones adultas mayores, la solidez psicométrica que ha demostrado en múltiples contextos y su amplia trayectoria en investigaciones sobre rehabilitación protésica en el Perú (6, 24). Desde una perspectiva conceptual, la CVRSO integra siete dimensiones de afectación:

- Limitación funcional: dificultades para pronunciar palabras con claridad y alteraciones en la percepción del sabor.
- Dolor físico: molestias e incomodidad durante la alimentación.
- Malestar psicológico: preocupación por el estado de la cavidad bucal y sensación de tensión asociada a ello.
- Incapacidad física: interrupciones durante las comidas y restricciones en la dieta.
- Incapacidad psicológica: dificultad para relajarse y sentimientos de vergüenza relacionados con el estado bucal.
- Incapacidad social: tensión en las relaciones interpersonales y dificultad para desenvolverse en las actividades diarias.
- Obstáculos: limitación para desempeñar funciones habituales con normalidad y percepción de una vida menos satisfactoria (29).

Edentulismo

Es la pérdida parcial o total de las piezas dentarias y constituye una de las condiciones más frecuentes en la población adulta mayor. Sus causas principales incluyen la caries avanzada, la periodontitis crónica, los traumatismos bucodentales y el envejecimiento tisular. Más allá de la función masticatoria, sus efectos se extienden al proceso digestivo y pueden generar carencias nutricionales cuando la capacidad de trituración queda severamente comprometida (30).

Para sistematizar la distribución de los espacios edéntulos en casos de pérdida parcial, la odontología recurre a la clasificación de Kennedy, que distingue cuatro patrones topográficos:

- Clase I: pérdida bilateral en sectores posteriores con piezas anteriores conservadas.
- Clase II: brecha unilateral posterior que se prolonga en dirección distal más allá del último molar remanente.
- Clase III: espacio edéntulo unilateral flanqueado por dientes naturales en sus dos extremos.
- Clase IV: zona edéntula anterior única que cruza la línea media, con dientes presentes a ambos lados (31).
- Las modificaciones de Applegate permiten subclasificar las variantes adicionales dentro de cada categoría.

Rehabilitación oral

Son todas aquellas intervenciones destinadas a devolver la integridad funcional y estética del sistema estomatognático tras la pérdida de piezas dentarias. Mediante prótesis, coronas, puentes e implantes, se restituye la capacidad de masticar y comunicarse, y se promueve la reintegración activa del paciente en su entorno social gracias a la mejora de su imagen corporal (32).

Prótesis dental

Son dispositivos de fabricación artificial cuya función es reemplazar los dientes ausentes y sus estructuras de soporte. Al restituir la masticación, la fonación y la armonía facial contribuyen tanto a la reinserción social del paciente como al fortalecimiento de su autoconcepto (33). Para este estudio se consideraron cuatro categorías:

Prótesis total removible: repone la totalidad de los dientes de una arcada apoyándose sobre el reborde alveolar residual; el propio paciente puede colocarla y retirarla (34).

Prótesis parcial removible: repone uno o varios dientes ausentes mediante ganchos de retención que se apoyan en los dientes remanentes y la mucosa gingival; el paciente puede retirarla para su higiene diaria (32).

Prótesis fija: cementada permanentemente sobre dientes naturales preparados o sobre implantes; el paciente no puede retirarla e incluye coronas, puentes y carillas (35).
Prótesis mixta: integra una estructura fija anclada sobre dientes o implantes con un componente removible que se articula sobre ella, aprovechando la rigidez del soporte fijo para mejorar la retención y estabilidad del conjunto (32).

ÍNDICE DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD ORAL

Instrumento GOHAI

Utilizado para cuantificar la CVRSO, el General Oral Health Assessment Index (GOHAI) destaca por su doble capacidad: detectar las dificultades funcionales derivadas de los problemas bucales y capturar su repercusión psicosocial, además de ser sensible a los cambios producidos por los tratamientos dentales a lo largo del tiempo (36).
Fue diseñado en 1990 por las investigadoras Kathryn A. Atchison y Teresa A. Dolan, de las universidades de California y Florida, a partir de tres premisas conceptuales: que la salud bucal puede evaluarse desde la perspectiva subjetiva de quien la vive; que dicha percepción varía entre individuos y esas diferencias son clínicamente relevantes; y que la autopercepción constituye un indicador válido del estado bucodental (36). Su construcción partió de un banco inicial de 36 preguntas administradas a adultos mayores, sometidas a análisis de frecuencias, correlaciones entre ítems y evaluación de consistencia interna. Ese proceso de depuración dio lugar a 12 preguntas que optimizaban la tasa de respuesta y la confiabilidad del instrumento, las cuales fueron validadas en una muestra de 1 755 adultos mayores de 65 años con cobertura de salud pública (36). En 1993, Dolan et al. extendieron su aplicación a 280 adultos de menor edad en Los Ángeles con promedio de 39 años, obteniendo resultados igualmente sólidos y un alfa de Cronbach de 0,83; este hallazgo motivó su renombramiento como General Oral Health Assessment Index (36).
El cuestionario organiza sus 12 preguntas en tres dominios complementarios:

- Dominio físico-funcional: recoge la experiencia del paciente al comer, masticar, morder, hablar y tragar; agrupa los ítems 1, 2, 3 y 4.
- Dominio psicosocial: explora la preocupación por la apariencia de la boca, la insatisfacción estética, la conciencia sobre la propia salud bucal y la tendencia a evitar o limitar las interacciones sociales por causa de los problemas orales; incluye los ítems 6, 7, 9, 10 y 11.
- Dominio dolor e incomodidad: indaga las molestias físicas directamente vinculadas al estado de la cavidad bucal, a través de los ítems 5, 8 y 12.

Cada pregunta se responde mediante una escala Likert de cinco niveles, siempre (1), frecuentemente (2), algunas veces (3), rara vez (4) y nunca (5), y la puntuación global resulta de sumar los doce ítems, con un rango posible de 12 a 60 puntos. Un valor más alto refleja una autopercepción más favorable del estado de salud bucal (36).

3.3 Definición de términos

Rehabilitación protésica:
Área de la odontología que emplea dispositivos artificiales para reemplazar las piezas dentarias perdidas y restituir al paciente la función masticatoria, la fonación y la capacidad de interacción social sin las limitaciones derivadas del edentulismo (32).

- **Prótesis fija:**

Restauración odontológica adherida de forma permanente a dientes naturales tallados o a implantes oseointegrados; el paciente no puede retirarla (30).

- **Prótesis removible:**

Dispositivo bucal que el propio paciente puede insertar y extraer, facilitando su limpieza y conservación diaria (31).

- **Prótesis mixta:**

Tratamiento que une una estructura fija,cementada sobre dientes o implantes, con un componente removible articulado sobre ella; la rigidez del soporte fijo mejora la retención y estabilidad del componente móvil (31).

Calidad de vida:
Valoración subjetiva e integral que cada persona realiza sobre su propio bienestar, considerando las dimensiones física, emocional, social y cultural de su experiencia vital (27).

Calidad de vida relacionada a la salud oral:
Percepción individual acerca de en qué medida el estado bucodental interfiere en las actividades cotidianas del paciente, abarcando limitaciones funcionales, malestar psicológico y restricciones en la vida social (36).

3.4 Hipótesis

El puntaje total del GOHAI será significativamente mayor en la evaluación posterior a la instalación de la prótesis dental en comparación con la evaluación previa, en pacientes atendidos en una clínica odontológica universitaria de pregrado.

3.5 Operacionalización de variables

Variable	Concepto	Dimensión	Indicadores	Escala	Valores	Instrumento
Impacto de la CVRSO	Percepción personal sobre cómo el estado bucal afecta la vida cotidiana del paciente.	Física /Psicológica / Dolor	Masticación, deglución, habla, apariencia, dolor	Ordinal	1:Siempre 2:Frecuentemente 3:A veces 4:Rara vez 5:Nunca	GOHAI
Tiempo de evaluación	Momento de recolección de datos.	—	Momento de evaluación	Nominal	T1: instalación T2: 15 días después	Observación

Covariable	Concepto	Indicadores	Escala	Valores
Sexo	Características biológicas que distinguen a hombres y mujeres.	Referido por el paciente	Nominal	Mujer / Hombre
Edad	Tiempo de vida del paciente al momento de la evaluación.	Años cumplidos	Razón	Mayores de 18 años
Tipo de prótesis	Dispositivo protésico que porta el paciente.	Tipo referido	Nominal	Total removible / Parcial removible / Fija / Mixta
Tiempo como portador	Años desde la primera prótesis hasta la evaluación.	Años referidos	Razón	0 / 1–10 / 11–20 / >20 años
Tiempo desde última rehabilitación	Años desde la colocación de la prótesis actual.	Años referidos	Razón	0 / 1–7 / 8–12 / >12 años

IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

Cabe precisar que el término “impacto”, empleado en consonancia con la literatura especializada en CVRSO, hace referencia al cambio pre-post observado mediante el índice GOHAI, sin implicar causalidad en sentido estricto dado el diseño observacional del estudio. La presente investigación corresponde a un estudio de enfoque cuantitativo, diseño observacional, analítico y de corte longitudinal. El enfoque cuantitativo se sustenta en la medición numérica de la calidad de vida relacionada a la salud oral mediante el índice GOHAI, y en el uso de estadística descriptiva e inferencial para el análisis de los datos obtenidos.

4.2 Población y muestra

4.2.1 Población

La población estuvo integrada por 180 pacientes adultos atendidos durante el año 2025 en la clínica de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, que cumplieron con los criterios de selección establecidos.

4.2.2 Muestra

El cálculo del tamaño muestral se realizó aplicando la fórmula para proporciones en poblaciones finitas:

$$n = N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q \,/\, [(d^2 \cdot (N-1)) + Z^2 \cdot p \cdot q] = 66$$

Donde N = 180 (tamaño poblacional); Z = 1,96 (nivel de confianza del 95%); p = 0,5 (proporción esperada, valor conservador adoptado ante la variabilidad de resultados en estudios peruanos previos); q = 0,5 (complemento de p); y d = 0,05 (nivel de precisión). La muestra resultante fue de 66 pacientes.

4.2.3 Tipo de muestreo

La selección de participantes fue de tipo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que acudieron a la clínica universitaria para recibir un tratamiento de rehabilitación con prótesis dental (removible parcial, removible total, fija o mixta).
- Pacientes con nivel de instrucción mínimo de primaria completa.
- Pacientes que aceptaron participar voluntariamente y suscribieron el consentimiento informado.
- Pacientes mayores de 18 años.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no completaron el tratamiento odontológico en la clínica de pregrado de la UNMSM.
- Pacientes con algún tipo de discapacidad que limitara su participación.
- Pacientes con deterioro cognitivo o dificultad para comprender y responder el cuestionario GOHAI.
- Pacientes que no asistieron a la segunda evaluación a los 15 días de la instalación de la prótesis.
- Pacientes que presentaron complicaciones posteriores a la instalación que impidieron el uso de la prótesis durante el período de seguimiento.

4.3 Procedimientos y técnicas

El estudio fue conducido bajo los lineamientos del Comité Institucional de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (ANEXO 01), asegurando en todo momento el cumplimiento de los principios éticos que rigen la investigación con seres humanos.

El contacto con los participantes se realizó en la sala de espera de las clínicas de pregrado de la UNMSM, donde se identificó a pacientes que acudían para recibir rehabilitación protésica durante el año 2025. Quienes accedieron a participar firmaron el consentimiento informado (Anexo 2), en el que se explicaban la naturaleza y los objetivos del estudio. Se les informó que responderían el mismo cuestionario (Anexo 3) en dos oportunidades con una duración aproximada de cinco minutos cada vez: la primera, antes de la instalación del dispositivo protésico, y la segunda, a los 15 días de su colocación.

El instrumento se estructuró en dos bloques:

El primero reunió datos de identificación: edad, sexo, año de atención, uso actual de prótesis, tipo de dispositivo y tiempo de portador.

El segundo consistió en la aplicación del índice GOHAI para valorar la CVRSO; este cuestionario explora tres áreas de la salud oral, función física, función psicosocial y dolor o malestar bucal, mediante una escala de respuesta tipo Likert de cinco niveles por ítem, con valores del 1 al 5:

Siempre (S): 1 punto

Frecuentemente (F): 2 puntos

A veces (AV): 3 puntos

Rara vez (RV): 4 puntos

Nunca (N): 5 puntos

Los ítems 3 y 7 tuvieron una valoración inversa al resto de ítems:

Siempre (S): 5 punto
Frecuentemente (F): 4 puntos
A veces (AV): 3 puntos
Rara vez (RV): 2 puntos
Nunca (N): 1 punto

Una vez obtenidas todas las respuestas, se calculó la puntuación total de cada paciente sumando los doce ítems, con un rango posible de 12 a 60 puntos. Una puntuación más alta refleja una autopercepción más favorable de la calidad de vida oral. Los resultados se interpretaron según tres niveles: puntajes entre 57 y 60 corresponden a una autopercepción alta; valores de 51 a 56, a una percepción moderada; y puntajes iguales o menores a 50, a un nivel bajo de CVRSO percibida.

4.4 Procesamiento de datos

Las fichas completadas (Anexo 3) fueron numeradas, ordenadas y digitadas en una base de datos construida en Microsoft Excel 2016. Posteriormente, los datos fueron transferidos al software SPSS versión 25.0 para ejecutar los análisis estadísticos.

La distribución de las variables cuantitativas fue evaluada con la prueba de Shapiro-Wilk, que confirmó la ausencia de normalidad. Este resultado determinó el uso exclusivo de pruebas no paramétricas en todos los análisis posteriores.

La consistencia interna del GOHAI en la muestra fue evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach (Anexo 4), obteniéndose $\alpha = 0,786$, valor que refleja una confiabilidad aceptable. Cabe señalar que el instrumento cuenta con validación original en inglés (7) y con adaptaciones al español en distintas poblaciones hispanohablantes, destacando la de Sánchez-García et al. (2010) (37); la estimación aquí reportada aporta evidencia de consistencia interna para la muestra específica analizada.

4.5 Análisis de resultados

El análisis incluyó estadística descriptiva e inferencial. Las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes, mientras que las cuantitativas se describieron con la mediana y el rango intercuartílico (RIQ). La comparación pre-post fue abordada con la prueba de Wilcoxon. Para contrastar subgrupos por sexo se recurrió a la prueba U de Mann-Whitney, y para los grupos por tipo de prótesis, edad, tiempo de portador y período desde la última rehabilitación se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis. Se fijó un nivel de significancia de $p < 0,05$.

V. RESULTADOS

La muestra quedó conformada por 66 pacientes con una edad media de 60,5 ± 14,1 años. El sexo femenino concentró el 66,7% de los casos y el grupo etario de 51 a 70 años fue el más representado (48,5%). En cuanto al tipo de dispositivo, la prótesis parcial removible fue la más frecuente (33,3%), seguida de la prótesis fija (28,8%), la total removible (27,3%) y la mixta (10,6%). El intervalo de portador más común fue de 11 a 20 años (37,9%), mientras que el tiempo desde la última rehabilitación predominante osciló entre 1 y 7 años (28,8%), seguido del intervalo de 8 a 12 años (27,3%) (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas y relacionadas con el tratamiento protésico en pacientes atendidos en una clínica odontológica universitaria

Variable	Categoría	n	%
Edad	Media ± desviación estándar	60,5 ± 14,1	-
Sexo	Femenino	44	66,7
	Masculino	22	33,3
Grupo etario	≤50	15	22,7
	51–70	32	48,5
	≥71	19	28,8
Tipo de prótesis	Total removible	18	27,3
	Parcial removible	22	33,3
	Fija	19	28,8
	Mixta	7	10,6
Tiempo portador de prótesis (años)	0	14	21,2
	1–10	20	30,3
	11–20	25	37,9
	>20	7	10,6
Tiempo de la última prótesis (años)	0	14	21,2
	1–7	19	28,8
	8–12	18	27,3
	>12	15	22,7
Total		66	100,0

Fuente: Elaboración propia

Al analizar por dimensiones, la función física registró una mediana de 12 (RIQ: 4) antes de la instalación y de 12 (RIQ: 3) después. La función psicosocial pasó de una mediana de 14,5 (RIQ: 6) a 17 (RIQ: 4), y el dominio de dolor o incomodidad se incrementó de 10 (RIQ: 3) a 12 (RIQ: 3) (Tabla 2).

Tabla 2. Puntajes por dimensiones del GOHAI antes y después de la instalación de la prótesis en pacientes atendidos en una clínica odontológica universitaria

Dimensión	Antes de la instalación Mediana (RIQ; Mín–Máx)	Después de la instalación Mediana (RIQ; Mín–Máx)
Función física	12 (4; 6–19)	12 (3; 6–19)
Función psicosocial	14,5 (6; 9–25)	17 (4; 9–25)
Dolor o incomodidad	10 (3; 5–15)	12 (3; 5–15)

Fuente: Elaboración propia

La puntuación global del GOHAI alcanzó una mediana de 36 (RIQ: 9; rango: 20–55) previo a la instalación y de 42 (RIQ: 9; rango: 30–51) a los 15 días, diferencia que resultó estadísticamente significativa ($p < 0,001$) (Tabla 3).

Tabla 3. Comparación del puntaje total del GOHAI antes y después de la instalación de la prótesis en pacientes atendidos en una clínica odontológica universitaria

Momento	n	Mediana	RIQ	Mín–Máx	p-valor*
Antes	66	36	9	20–55	<0,001
Después	66	42	9	30–51	

*Prueba de rangos con signo de Wilcoxon. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Fuente: Elaboración propia

Al estratificar por sexo, el ΔGOHAI mostró una mediana de 3 (RIQ: 10) en mujeres y de 2,5 (RIQ: 6) en hombres, sin que la diferencia alcanzara significancia estadística ($p = 0,333$) (Tabla 4).

Tabla 4. Impacto en la calidad de vida relacionada a la salud oral según sexo en pacientes rehabilitados con prótesis dental

Sexo	n	ΔGOHAI Mediana (RIQ)	p-valor*
Femenino	44	3 (10)	0,333
Masculino	22	2,5 (6)	

ΔGOHAI: diferencia del puntaje total del GOHAI después y antes de la instalación de la prótesis. *Prueba U de Mann–Whitney. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Fuente: Elaboración propia

Por grupo etario, la mediana del ΔGOHAI fue mayor en el grupo de ≤50 años [6 (RIQ: 7)] y menor en el de 51–70 años [1 (RIQ: 7)], sin diferencias estadísticamente significativas entre categorías (p = 0,165) (Tabla 5).

Tabla 5. Impacto en la calidad de vida relacionada a la salud oral según grupo etario en pacientes rehabilitados con prótesis dental

Grupo etario	n	ΔGOHAI Mediana (RIQ)	p-valor*
≤50	15	6 (8)	0,165
51–70	32	1 (8)	
≥71	19	3 (9)	

ΔGOHAI: diferencia del puntaje total del GOHAI después y antes de la instalación de la prótesis. *Prueba de Kruskal–Wallis. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p < 0,05.
Fuente: Elaboración propia

Según el tipo de dispositivo, el ΔGOHAI fue más elevado en los portadores de prótesis fija [5 (RIQ: 10)] y más bajo en los de prótesis total removible [1,5 (RIQ: 7)], sin que las diferencias entre grupos fueran estadísticamente significativas (p = 0,844) (Tabla 6).

Tabla 6. Impacto en la calidad de vida relacionada a la salud oral según tipo de prótesis dental en pacientes rehabilitados con prótesis dental

Tipo de prótesis dental	n	ΔGOHAI Mediana (RIQ)	p-valor*
Total removible	18	1,5 (8)	0,844
Parcial removible	22	2,5 (10)	
Fija	19	5 (11)	
Mixta	7	3 (7)	

ΔGOHAI: diferencia del puntaje total del GOHAI después y antes de la instalación de la prótesis. *Prueba de Kruskal–Wallis. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p < 0,05.
Fuente: Elaboración propia

En cuanto al tiempo de portador, la mediana del ΔGOHAI fue mayor en el intervalo de 1 a 10 años [6,5 (RIQ: 9,5)] y menor en el de 11 a 20 años [2 (RIQ: 8)], sin diferencias significativas entre grupos (p = 0,439) (Tabla 7).

Tabla 7. Impacto en la calidad de vida relacionada a la salud oral según tiempo como portador de prótesis en pacientes rehabilitados con prótesis dental

Tiempo portador de prótesis (años)	n	ΔGOHAI Mediana (RIQ)	p-valor*
0	14	2,5 (10)	0,439
1–10	20	6,5 (9,5)	
11–20	25	2 (9)	
>20	7	3 (8)	

ΔGOHAI: diferencia del puntaje total del GOHAI después y antes de la instalación de la prótesis. *Prueba de Kruskal–Wallis. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Fuente: Elaboración propia

Respecto al tiempo desde la última rehabilitación, el ΔGOHAI fue más alto en el intervalo de 8 a 12 años [7 (RIQ: 9)] y más bajo en el de 1 a 7 años [1 (RIQ: 10)], sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p = 0,620$) (Tabla 8).

Tabla 8. Impacto en la calidad de vida relacionada a la salud oral según tiempo transcurrido desde la última rehabilitación protésica en pacientes rehabilitados con prótesis dental

Tiempo de última rehabilitación protésica (años)	n	ΔGOHAI Mediana (RIQ)	p-valor*
0	14	2,5 (10)	0,620
1–7	19	1 (11)	
8–12	18	7 (10)	
>12	15	3 (7)	

ΔGOHAI: diferencia del puntaje total del GOHAI después y antes de la instalación de la prótesis. *Prueba de Kruskal–Wallis. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Fuente: Elaboración propia

VI. DISCUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio confirman que la colocación de una prótesis dental produce una mejoría perceptible y estadísticamente significativa en la CVRSO de los pacientes atendidos en la clínica universitaria. El índice GOHAI aumentó seis puntos en su mediana de 36 antes de la instalación a 42 a los quince días ($p < 0,001$), lo que descarta que el cambio sea producto del azar.

Este resultado es consistente con la literatura internacional. Jiménez et al. (14) en Cuba registraron mejoría en el 88% de sus pacientes tras la colocación protésica, y Degrandi et al. (17) en Uruguay documentaron ganancias progresivas en la CVRSO a lo largo del período de adaptación. En conjunto, estos antecedentes y el presente trabajo coinciden en que la rehabilitación protésica produce un beneficio real y positivo sobre el bienestar del paciente.

La esfera psicosocial fue la dimensión que mayor ganancia mostró, lo que se traduce en una mejora temprana de la autopercepción estética y de la interacción social. Pérez et al. (16) en Colombia también observaron que la autoestima y el bienestar social de los pacientes rehabilitados mejoraron de forma significativa, lo que sugiere que el impacto positivo de la prótesis trasciende lo meramente funcional y alcanza la imagen que el paciente tiene de sí mismo y su desenvolvimiento social.

La función física, en cambio, no registró variación en su mediana (12 puntos en ambas mediciones), aunque la reducción del RIQ de 4 a 3 sugiere una mayor homogeneidad en la respuesta funcional postinstalación. Este comportamiento es consistente con el proceso de adaptación neuromuscular inherente al uso de un nuevo dispositivo protésico: la recuperación de la masticación y la fonación es gradual y puede prolongarse durante semanas o meses. La literatura especializada señala que las mejoras funcionales suelen hacerse evidentes recién a partir del primer mes de uso (28), lo que respalda el patrón observado.

Ninguna de las covariables analizadas sexo, edad, tipo de prótesis, experiencia previa como portador ni tiempo desde la última rehabilitación, modificó significativamente la magnitud de la mejoría. El beneficio sobre la CVRSO resultó, por tanto, independiente del perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes, en consonancia con lo documentado por Valencia-Aguirre et al. (24) y Vargas Ramos (25) en el contexto peruano.

Un hallazgo que puede resultar paradójico es que, pese a la mejora estadísticamente significativa del GOHAI, el 98,5% de los pacientes se mantuvo en la categoría "baja" de CVRSO en ambas mediciones. La explicación reside en el punto de partida: con una mediana basal de 36 sobre 60, alcanzar la categoría "moderada" requeriría superar los 51 puntos, umbral difícilmente alcanzable en solo 15 días. Lo relevante es que el GOHAI sí detectó el cambio real producido ($p < 0,001$). En poblaciones con alta carga de

edentulismo, como la estudiada, la recuperación de la CVRSO es un proceso gradual que puede tardar meses en traducirse en un cambio de categoría.

Alarcón et al. (13) en Ecuador encontraron que el tipo de rehabilitación, mucosoportada versus implantosoportada, incidía de forma significativa en la calidad de vida del edéntulo total. Aunque este hallazgo difiere del presente estudio, donde el tipo de prótesis no modificó la magnitud del cambio del GOHAI ($p = 0,844$), ambos trabajos confluyen en reconocer que cualquier modalidad protésica genera una mejora perceptible en el bienestar oral.

Beals et al. (18) en Chile documentaron que la mayoría de los usuarios de prótesis removible evaluados con el GOHAI se ubicó en niveles bajos o intermedios de autopercepción oral, siendo la dimensión física la más comprometida. Este patrón coincide con el del presente estudio y refuerza la idea de que, en contextos de alta carga de edentulismo, la recuperación de la autopercepción oral es un proceso progresivo que excede el período inicial de adaptación al dispositivo.

Llanos (19) en Chile demostró que la satisfacción con la funcionalidad protésica se asocia directamente con una mejor calidad de vida oral percibida. Esta relación es coherente con el incremento del GOHAI registrado en el presente trabajo: la ganancia en bienestar oral a los 15 días puede interpretarse como un reflejo de la satisfacción inicial del paciente con su nuevo dispositivo, particularmente en las esferas psicosocial y de dolor.

Flores Concha (20) en Lima, utilizando el OHIP-14sp, encontró que el malestar psicológico fue la esfera más afectada en el 75% de sus pacientes, aunque la valoración global post rehabilitación fue favorable en la mayoría. Esta tendencia converge con el presente trabajo, donde la dimensión psicosocial concentró el mayor cambio, lo que confirma que el impacto emocional y social de la prótesis se manifiesta de manera temprana y consistente en el contexto universitario peruano.

Anaya Portilla et al. (21) en Perú hallaron que el 70% de adultos mayores rehabilitados con prótesis total presentó autoestima elevada, con un vínculo positivo entre la satisfacción protésica y el bienestar emocional. Este resultado apoya los del presente estudio: la dimensión psicosocial del GOHAI fue la de mayor incremento a los quince días de la instalación, lo que evidencia que la mejora en la autopercepción y la interacción social emerge antes de que la adaptación funcional sea completa.

Chamba et al. (15) en Ecuador registraron que el 54,7% de su muestra obtuvo un nivel bajo en el GOHAI, lo que se aproxima al perfil de la muestra del presente estudio, donde el 98,5% se encontraba en esa misma categoría antes de la instalación. Ambos trabajos ratifican que el instrumento es capaz de detectar necesidades de atención que la evaluación clínica convencional suele pasar por alto, y que la carga de afectación oral en usuarios de clínicas universitarias es elevada.

Rodrigo Chirinos (23) en Perú reportó que el 53,52% de sus pacientes calificó su experiencia con la prótesis parcial removible como buena en los planos estético y funcional. Esta valoración positiva es coherente con el aumento del GOHAI documentado en el presente trabajo, lo que respalda que la percepción favorable de la prótesis es un hallazgo reproducible en el contexto universitario peruano, con independencia del tipo de dispositivo.

Vargas Durán (26) en Perú, en un diseño transversal, constató que la mayoría de adultos mayores portadores de prótesis removible presentó una calidad de vida dentro de rangos aceptables según el GOHAI. Aunque la naturaleza de ese estudio difiere del longitudinal aquí presentado, ambos coinciden en documentar el efecto positivo de la prótesis sobre la autopercepción oral, lo que reafirma la pertinencia del GOHAI como instrumento de evaluación en la población adulta mayor peruana.

En suma, el análisis por covariables mostró que el ΔGOHAI no varió de forma estadísticamente significativa según el sexo ($p = 0,333$), el grupo etario ($p = 0,165$), el tipo de prótesis dental ($p = 0,844$), el tiempo de portador ($p = 0,439$) ni el período desde la última rehabilitación ($p = 0,620$). Estos resultados son congruentes con los de Valencia-Aguirre et al. (24) y Vargas Ramos (25) en el Perú, quienes tampoco identificaron variables modificadoras significativas, lo que refuerza la conclusión de que el beneficio protésico sobre la CVRSO es universal y no está condicionado por el perfil del paciente.

VII. CONCLUSIONES

- La instalación de prótesis dental se asoció a un cambio positivo y estadísticamente significativo en la CVRSO de los pacientes atendidos en la clínica universitaria de pregrado, evidenciado por el incremento en el puntaje total del índice GOHAI entre la evaluación previa a la colocación y la realizada quince días después.
- La dimensión psicosocial fue la que registró la variación más pronunciada tras la instalación, reflejando una mejora temprana en la autopercepción estética y en la capacidad de interacción social del paciente, el dominio de dolor o incomodidad también mostró una mejoría perceptible en el mismo período de seguimiento.
- El beneficio sobre la CVRSO fue equivalente en hombres y mujeres, lo que indica que el sexo del paciente no condiciona la respuesta positiva a la rehabilitación protésica.
- El incremento en la calidad de vida oral se presentó de manera uniforme en todos los grupos etarios evaluados, lo que demuestra que la edad no limita el efecto favorable de la rehabilitación protésica sobre el bienestar percibido.
- Los cuatro tipos de dispositivos evaluados: total removible, parcial removible, fijo y mixto, se asociaron a una mejora comparable en la CVRSO, lo que confirma que el beneficio protésico es independiente de la modalidad terapéutica empleada.
- La mejoría en la CVRSO se registró con independencia del tiempo que el paciente llevaba como portador de prótesis antes de este tratamiento, lo que sugiere que la experiencia protésica previa no condiciona la respuesta positiva al nuevo dispositivo.
- El beneficio sobre la calidad de vida oral se observó igualmente con independencia del tiempo transcurrido desde la última rehabilitación protésica, lo que indica que este antecedente clínico no limita el impacto positivo del nuevo dispositivo sobre el bienestar percibido.

VIII. RECOMENDACIONES

Se recomienda incorporar la evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud oral mediante el índice GOHAI como parte del protocolo de seguimiento clínico en las clínicas odontológicas universitarias, tanto antes como después de la instalación de cualquier tipo de prótesis dental.

Se sugiere ampliar el período de seguimiento en estudios futuros a tres o seis meses posteriores a la instalación de la prótesis, a fin de capturar los beneficios completos de la adaptación protésica en la percepción de la calidad de vida del paciente.

Se recomienda realizar investigaciones con diseño probabilístico y mayor tamaño muestral que permitan generalizar los resultados a la población de pacientes rehabilitados con prótesis dental en el contexto universitario peruano.

Se sugiere complementar la evaluación subjetiva mediante el GOHAI con una valoración clínica objetiva de la retención, estabilidad y funcionalidad de la prótesis, a fin de obtener una visión integral del resultado del tratamiento rehabilitador.

Se recomienda explorar en estudios futuros las tendencias observadas, como la mayor mejora en pacientes jóvenes (≤50 años) y en aquellos rehabilitados con prótesis fija, mediante análisis con mayor potencia estadística.

IX BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [consultado 26 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health
2. Nascimento GG, Alves-Costa S, Romandini M. Burden of severe periodontitis and edentulism in 2021, with projections up to 2050: The Global Burden of Disease 2021 study. J Periodontal Res. 2024;59(5):823-867. doi: 10.1111/jre.13337
3. Ministerio de Salud del Perú. El 90,4% de los peruanos tiene caries dental [Internet]. Lima: MINSA; 2019 [consultado 26 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/45475-el-90-4-de-los-peruanos-tiene-caries-dental
4. Mercado Mamani SL. Integrando evidencia científica: Prevalencia del edentulismo en adultos mayores en el Perú. Revisión de literatura. Odontol Act Rev Cient. 2023;8(3):17-26. doi: 10.31984/oactiva.v8i3.940
5. Lévano Villanueva CJU. Relación de calidad de vida y salud bucal de los adultos mayores de los albergues de la Ciudad de Tacna, 2018 [Tesis de pregrado]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2019.
6. Maldonado de Zegarra EA. Relación de calidad de vida y salud bucal de los adultos mayores en albergues de Tacna. Rev Odontol Basadrina. 2019;3(2):4-10. doi: 10.33326/26644649.2019.3.2.885
7. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. J Dent Educ. 1990;54:680–687.
8. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. Community Dent Health. 1994;11:3–11.
9. Allen F, Locker D. A modified short version of the oral health impact profile for assessing health-related quality of life in edentulous adults. Int J Prosthodont. 2002;15:446-450.
10. Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. Community Dent Oral Epidemiol. 1996;24:385–389.
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Adulta Mayor. Lima: INEI; 2024. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Peruana 2024. Lima: INEI; 2024. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/poblacion-y-vivienda/1/

13. Alarcón Larco MF, Alarcón Larco SA, Balseca Ibarra MC, Vallejo Rosero KA. Calidad de vida relacionada a salud oral y general en edéntulos totales rehabilitados con prótesis. MetroCiencia. 2023;31(1):14-22.
14. Jiménez QZ, Grau LIB, Maresma FR, et al. Impacto de la rehabilitación protésica en la calidad de vida relacionada con salud bucal en adultos mayores. Medisur. 2021;19(1):115-122.
15. Chamba Manrique L, Pindedo Tumbe G. Impacto de la salud oral sobre la calidad de vida en pacientes de una clínica estomatológica universitaria [Tesis de pregrado]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2020.
16. Pérez A, Pinto C. Calidad de vida de pacientes portadores de prótesis total y parcial removible atendidos durante el primer semestre de 2017 en la clínica integral del adulto III de la Universidad Santo Tomás de Bucaramanga. Bucaramanga: Universidad Santo Tomás; 2019.
17. Degrandi V, Betancourt M, Fabruccini A, Fuentes F. Evaluación del impacto en la calidad de vida de pacientes adultos rehabilitados con nuevas prótesis removibles totales. Odontoestomatología. 2017;19(29):64-75. doi: 10.22592/ode2017n29p64
18. Beals Briceño PC, Cruzat Rodríguez MJ. Evaluación de la calidad de vida relacionada con el estado de los aparatos protésicos [Tesis de pregrado]. Santiago: Universidad Finis Terrae; 2017.
19. Llanos Navarrete FP. Asociación de la satisfacción con la calidad de vida relacionada a la salud oral [Tesis de pregrado]. Santiago: Universidad de Chile; 2014.
20. Flores Concha PH. Calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos portadores de prótesis rehabilitados en la clínica dental docente [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2023.
21. Anaya Portilla M, Méndez Mesa R. Nivel de autoestima y rehabilitación con prótesis total en adultos mayores [Tesis de pregrado]. Huancayo: Universidad Continental; 2022.
22. Rivera Ramos E. La importancia del OHIP en la Odontología. Odontol Sanmarquina. 2020;23(1). doi: 10.15381/os.v23i1.17702
23. Rodrigo Chirinos MA. Autopercepción estética y funcional de los pacientes rehabilitados con prótesis parcial removible [Tesis de pregrado]. Chiclayo: Universidad Señor de Sipán; 2019.
24. Valencia-Aguirre Y, Evaristo-Chiyong T, Watanabe-Velásquez R, Lamas-Lara V. Quality of life related to oral health in adults with removable prosthetic rehabilitation. J Oral Res. 2020;9(3):180-6.
25. Vargas Ramos A. Calidad de vida y condición de salud bucal en pacientes portadores de prótesis removibles parciales [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Alas Peruanas; 2018.

26. Vargas Durán KG. Calidad de vida y salud bucal en usuarios de prótesis dental removible [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2018.
27. World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life. Geneva: World Health Organization; 1997. Disponible en: https://www.who.int/tools/whoqol
28. Haag DG, Peres KG, Balasubramanian M, Brennan DS. Oral conditions and health-related quality of life: a systematic review. BMC Oral Health. 2021;21(1):1-14.
29. Eberhard L, Oh K, Eiffler C, Rammelsberg P, Kappel S, Schindler HJ, ¿Giannakopoulos NN. Adaptation to new complete dentures is the neuromuscular system outcome-oriented or effort-oriented? Clin Oral Investig. 2018;22(6). doi: 10.1007/s00784-017-2331-8.
30. Dibello V, Lozupone M, Dibello A, Daniele A, Zupo R, Sardone R, et al. Oral frailty and older adults: a narrative review. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(8):4133
31. Phoenix RD, Cagna DR, DeFreest CF. Stewart's clinical removable partial prosthodontics. 5th ed. Hanover Park: Quintessence Publishing; 2021.
32. Rosenstiel SF, Land MF, Walter R. Contemporary fixed prosthodontics. 6th ed. St. Louis: Elsevier; 2022.
33. Sailer I, Fehmer V, Pjetursson BE. Fixed restorations: a clinical guide to the selection of materials and fabrication technology. Berlin: Quintessence Publishing; 2021.
34. Field J, Storey C. Removable prosthodontics at a glance. Br Dent J. 2021;231(12):732.
35. Michelinakis G, Apostolakis D, Kamposiora P, Papavasiliou G, Özcan M. The direct digital workflow in fixed implant prosthodontics: a narrative review. BMC Oral Health. 2021;21:37
36. Dolan TA, Atchison KA. Implications of access, utilization and need for oral health care by the noninstitutionalized and institutionalized elderly on the dental delivery system. J Dent Educ. 1993;57(12):876-87.
37. Sánchez-García S, Heredia-Ponce E, Juárez-Cedillo T, García-González JJ, Solórzano-Santos F, García-Peña C. Psychometric properties of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) and dental status of an elderly Mexican population. J Public Health Dent. 2010;70(4):300-7. doi: 10.1111/j.1752-7325.2010.00187.x

X ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: Impacto en la calidad de vida en relación a la salud oral de pacientes rehabilitados con prótesis dental, en una clínica odontológica universitaria

- **Investigador Responsable del Proyecto**: Teresa Victoria Espinoza Saba

Estimado participante, a continuación, se le brinda el Consentimiento Informado por favor léalo cuidadosamente antes de decidir su participación con total libertad sin ser coaccionado o influenciado en el presente estudio.

- **Propósito del Estudio**:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: "Impacto en la calidad de vida en relación a la salud oral de pacientes rehabilitados con prótesis dental, en una clínica odontológica universitaria". Estamos realizando este estudio para determinar la autopercepción de la calidad de vida en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, antes de la instalación de prótesis dental, y 15 días después de la instalación de prótesis dental

Procedimiento:

Su participación es voluntaria consiste en llenar una ficha de recolección de datos que durará aproximadamente 5 minutos, la ficha consiste en determinar la calidad de vida en los pacientes rehabilitados con prótesis dental atendidos en la clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Beneficios:

Con su participación, se le comunicarán de manera personal y confidencial los resultados obtenidos de la ficha realizada

Riesgos:

No se anticipan riesgos por participar en este estudio. No se llevarán a cabo exámenes o pruebas adicionales.

Costos e incentivos:

No tendrá que pagar nada por participar en el estudio. Los costos de la investigación son cubiertos por el investigador, por lo que no incurrirá en ningún gasto. Asimismo, no recibirá ningún incentivo económico ni de otro tipo, solo la satisfacción de contribuir al desarrollo de la odontología peruana a través de este trabajo de investigación.

Confidencialidad:

Toda opinión o información que proporcione será tratada de manera confidencial. Su identidad no será revelada. Al presentar los resultados de esta investigación, no se utilizarán sus datos ni respuestas que permitan su identificación. La información será resguardada en un archivo digital protegido con contraseña y solo se usará para esta investigación.

Derechos del participante:

Su participación es completamente voluntaria. Se puede retirar del estudio en el momento que estime conveniente sin que ello le ocasione perjuicio alguno. Para ello ante cualquier duda o inquietud puede contactarse con el investigador responsable.

Declaración del consentimiento

Declaro que tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas a satisfacción, que no he sido coaccionado, ni influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto voluntariamente participar en el estudio

Nombres y apellidos del participante	lugar y fecha	FIRMA
Nombres y apellidos de persona a cargo	lugar y fecha	FIRMA

Del proceso de consentimiento

Certifico que he recibido una copia del Consentimiento informado

FIRMA DEL PARTICIPANTE

ANEXO 2

CUESTIONARIO

Le invitamos a participar en un estudio titulado: "Impacto en la calidad de vida en relación a la salud oral de pacientes rehabilitados con prótesis dental", en la clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

El estudio incluye completar un cuestionario, el cual tomará aproximadamente 5 minutos. Este cuestionario tiene como objetivo determinar el impacto en la calidad de vida relacionada a la salud oral (CVRSO) en pacientes que recibieron rehabilitación con prótesis dental en una clínica odontológica universitaria de pregrado.

DATOS DE FILIACIÒN

- Nombre del paciente: ……
- Edad: …….
- Sexo: Femenino ….. Masculino ……
- Tiempo de portador de prótesis (especificar año y/o meses):
- Tiempo de portador de la última prótesis (especificar año y/o meses):
- Actualmente usa su prótesis removible: Si…. No ……
- Tipo de prótesis: Prótesis parcial removible, prótesis total, prótesis fijas, prótesis mixtas.

A continuación le haremos 12 preguntas relacionadas a su calidad de vida

Donde: S= siempre (1); F= frecuentemente (2); AV= algunas veces (3); RV= rara vez (4); N= nunca (5). Los ítems 3 y 7 tienen una valoración inversa al resto de los ítems (siempre= 5; frecuentemente= 4; algunas veces= 3; rara vez= 2; nunca= 1), conversión que se realiza al momento del análisis. La puntuación mínima total son 12 puntos (un punto por cada uno de los ítems) y la máxima son 60 puntos (cinco puntos por cada ítem).

	Siempre	Frecuentemente	A veces	Raras veces	Nunca
1. ¿Cuántas veces ha tenido que comer menos o cambiar de comida por culpa de sus dientes o de su dentadura?					
2. ¿Cuántas veces ha tenido problemas al masticar comidas como la carne o las manzanas?					
3. ¿Cuántas veces ha tragado usted bien?					
4. ¿Cuántas veces no ha podido usted hablar bien por culpa de sus dientes o dentadura?					
5. ¿Cuántas veces no ha podido comer las cosas que usted quería sin tener ninguna molestia?					
6. ¿Cuántas veces no ha querido salir a la calle o hablar con la gente por culpa de sus dientes o dentadura?					
7. ¿Cuándo usted se mira al espejo, ¿cuántas veces ha estado contento de cómo se ven sus dientes o su dentadura?					

8. ¿Cuántas veces ha tenido que utilizar algún medicamento para aliviar el dolor de sus dientes o las molestias en su boca?					
9. ¿Cuántas veces ha estado preocupado o se ha dado cuenta de que sus dientes o su dentadura no están bien?					
10. ¿Cuántas veces se ha puesto nervioso por los problemas de sus dientes o de su dentadura?					
11. ¿Cuántas veces no ha comido a gusto delante de otras personas por culpa de sus dientes o dentadura?					
12. ¿Cuántas veces ha tenido molestias o dolor en sus dientes por el frío, el calor o las cosas dulces?					

ANEXO 3

Facultad de Odontología
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Comité de Ética Institucional

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

CONSTANCIA DE APROBACIÓN N°024-CEI-FO-2025

El Comité de Ética Institucional de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos ha **APROBADO** el proyecto de investigación: **"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN A LA SALUD ORAL DE PACIENTES REHABILITADOS CON PRÓTESIS DENTAL, EN UNA CLÍNICA ODONTOLÓGICA UNIVERSITARIA"**, a cargo de la investigadora principal **TERESA VICTORIA ESPINOZA SABA.**

La presente aprobación del Comité de Ética Institucional de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos tiene una vigencia de tres años, del 16 de abril de 2025 al 16 de abril de 2028 bajo los siguientes considerandos:

- El proyecto de investigación se encuentra registrado y almacenado en los archivos digitales del comité.
- Los datos obtenidos de la investigación deberán ser rigurosamente resguardados y almacenados por un periodo mínimo de tres años pudiendo ser solicitados por este comité en cualquier momento.
- El comité se reserva el derecho de solicitar en cualquier momento un informe del avance del proceso de ejecución del proyecto de investigación
- Cualquier modificación al proyecto presentado deberá ser informado al Comité.
- Al finalizar la ejecución el investigador responsable debe enviar una copia del informe final a este comité.
- El Comité de Ética está a disposición para posteriores esclarecimientos o dudas.

Ciudad Universitaria, 16 de abril de 2025

Dr. Fernando Alfonso Ortiz Culca
Presidente del Comité de Ética Institucional
Facultad de Odontología

ANEXO 4 Consistencia interna del índice de GOHAI-12

Tabla I Consistencia interna del índice de GOHAI-12 – Puntaje basal

```
. alpha g1 g2 g3 g4 g5 g6 g7 g8 g9 g10 g11 g12 if momento==1, item asis

Test scale = mean(unstandardized items)
```

Item	Obs	Sign	item-test correlation	item-rest correlation	average interitem covariance	alpha
g1	66	+	0.5589	0.4402	.3849544	0.7692
g2	66	+	0.5857	0.4656	.3771986	0.7665
g3	66	+	0.3968	0.2667	.4180547	0.7856
g4	66	+	0.6039	0.4874	.3735876	0.7642
g5	66	+	0.5314	0.4164	.3930663	0.7717
g6	66	+	0.5930	0.4621	.3709854	0.7669
g7	66	+	0.5780	0.4610	.3805552	0.7671
g8	66	+	0.3130	0.1838	.4338292	0.7921
g9	66	+	0.5208	0.4038	.3948209	0.7729
g10	66	+	0.6261	0.5211	.372723	0.7611
g11	66	+	0.7377	0.6490	.3446747	0.7459
g12	66	+	0.4598	0.3267	.4043314	0.7806
Test scale					.3873985	0.7858

Fuente: Elaboración propia