
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN ORAL EN LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS EN BUCARAMANGA

¹Yolima Cruz Camargo, ¹María Juliana Rodríguez Duarte, ²Marian Karina Penso Ramírez,
³Antonio José Candela González, ⁴Edna Magaly Gamboa Delgado

¹Odontóloga U. Santo Tomás, estudiante III año Especialización en Rehabilitación Oral U. Santo Tomás, Colombia.

²Odontóloga U. del Zulia, estudiante III año Especialización en Rehabilitación Oral U. Santo Tomás, Colombia.

³Odontólogo U. Javeriana, especialista en Rehabilitación Oral U. Javeriana, docente U. Santo Tomás, Colombia.

⁴Nutricionista y dietista U. Industrial de Santander, magíster en Epidemiología U. Industrial de Santander, docente U. Santo Tomás, Colombia

Autor responsable de correspondencia: Antonio José Candela González
Correo electrónico: ajosecandela@yahoo.com

RESUMEN

Objetivo: determinar la relación entre los tratamientos de rehabilitación oral y la calidad de vida relacionada con la salud oral de las personas que los han recibido.

Materiales y métodos: se realizó un estudio analítico de corte transversal en el que se aplicó la versión corta de un cuestionario de Calidad de Vida Relacionado con la Salud Oral (CVRSO) denominado OHIP-sp a 262 personas que habían recibido tratamiento de rehabilitación oral en las Clínicas Odontológicas de la Universidad Santo Tomás en pre y posgrado, en Bucaramanga. Se obtuvieron frecuencias y proporciones para las variables cualitativas, medidas de tendencia central y dispersión para las cuantitativas. La relación entre la CVRSO y las demás variables de interés se estableció mediante el test de Rangos de Wilcoxon, el test de ANOVA y la prueba t de Student.

Resultados: el promedio de edad de la población evaluada fue de $48,7 \pm 13,0$ años. No se presentó una diferencia estadísticamente significativa entre el tipo de tratamiento de rehabilitación oral recibido y cada una de las siete dimensiones del OHIP-sp evaluadas. Sin embargo, sí se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la dimensión limitación funcional y la edad ($p=0,0218$) y el género ($p=0,048$) así como entre la edad al compararla con el dolor físico ($p=0,0126$) e incapacidad social ($p=0,0204$).

Conclusiones: los pacientes con los promedios más bajos de limitación funcional fueron los que presentaban prótesis fija. Los pacientes que recibieron tratamientos de prótesis sobre implantes obtuvieron los mayores promedios de inconformidad e incapacidad psicológica [Cruz Y, Rodríguez MJ, Penso MK, Candela AJ, Gamboa EM]. Calidad de vida en pacientes sometidos a tratamientos de rehabilitación oral en la Universidad Santo Tomás de Bucaramanga. Ustasalud. 2014; 13: 49 - 54]

Palabras clave: calidad de vida, prostodoncia, implantes dentales.

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ORAL REHABILITATION TREATMENT WHO ATTENDED AT THE UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS IN BUCARAMANGA

ABSTRACT

Objective: to assess the relationship between oral rehabilitation treatment and Oral Health Related Quality of Life (OHRQL) in people who attended the dental clinics at Universidad Santo Tomás in Bucaramanga (Colombia).

Methods: an analytic cross-sectional study was carried out. Two hundred and sixty two people who had received oral rehabilitation treatment by undergraduate and graduate students filled out the short version the *Oral Health Impact Profile* (OHIP-sp) questionnaire. All the dimensions that compound the OHIP-sp questionnaire, age, gender, type of oral rehabilitation treatment received, and socio-economic condition were analyzed. Frequencies and proportions for qualitative variables and measures of central tendency and dispersion for quantitative variables were obtained. The relationship between OHRQL and other variables of interest was established by Wilcoxon Rank test, ANOVA and Student t test.

Results: the mean age of the study population was 48.7 ± 13.0 years. It was not found a statistically significant difference between the oral rehabilitation treatment received and each one of the fourteen dimensions that the Spanish version of the OHIP had. However, a statistically significant difference was found between functional limitation and age ($p = 0.0218$) and gender ($p = 0.048$) and between the age when compared with physical pain ($p = 0.0126$) and social disability ($p = 0.0204$).

Conclusions: patients with the lowest scores of functional limitation were those with fixed prostheses. Patients receiving dental implants had the highest scores of dissatisfaction and psychological disability.

Key words: quality of life, prosthodontics, dental implants.

INTRODUCCIÓN

El concepto de salud tomó un nuevo rumbo cuando en 1941, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definió como “el completo bienestar físico, mental y social” y no solo la ausencia de enfermedad.¹ Esta definición indicaba que la salud abarca aspectos objetivos y subjetivos; en este sentido, los índices clínicos que establecen la presencia y la severidad de las condiciones patológicas necesitaban ser complementados con indicadores de aspecto social y emocional que se refieran a la experiencia individual o a la percepción de los cambios en el bienestar físico, mental y social.

En algunos lugares, la odontología ha permanecido inmune a este aspecto que abarca la salud como un todo. Los índices empleados para evaluar la salud bucal de la población se centran únicamente en caries dental y enfermedades de la cavidad bucal al valorar solo la presencia y la severidad de la enfermedad. Sin embargo, estos índices no explican nada sobre la funcionalidad de la cavidad bucal y la percepción de bienestar que tiene una persona sobre su salud bucal.²

Es así como ha surgido el concepto de calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO) que se refiere a la sensación de complacencia de una persona con respecto a su salud bucal, es una percepción subjetiva que brinda un poder de acción, funcionamiento y un efecto positivo a la persona.³ Es por eso que se han desarrollado numerosos instrumentos para evaluar la CVRSO entre los que se encuentran el Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) y el Oral Health Impact Profile (OHIP), entre otros. El OHIP es uno de los más utilizados en el ámbito mundial, presenta unas propiedades psicométricas adecuadas y ha sido traducido y adaptado a varios idiomas.^{2,4}

Los tratamientos odontológicos se llevan a cabo para brindar al paciente un mayor bienestar físico, psicológico y funcional. Sin embargo, pocas veces se evalúa si la CVRSO ha cambiado luego de recibirlo. Por tal motivo, el objetivo del presente trabajo fue determinar si la CVRSO de las personas que habían recibido tratamiento de rehabilitación oral en las Clínicas Odontológicas de la Universidad Santo Tomás se relacionaba con el tratamiento recibido.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal. La población de estudio correspondió a los pacientes rehabilitados por estudiantes de la Facultad de Odontología de IX y X semestre (desde el 2003 al 2008) y estudiantes de la Especialización

en Rehabilitación Oral (desde el 2006 al 2008) que habían sido atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad Santo Tomás en Bucaramanga.

Este tamaño de muestra fue calculado al tener en cuenta una población de 850 pacientes, un nivel de confianza del 95%, una precisión de 80% con un alfa de 0,05. De esta manera, se obtuvo un tamaño de muestra de 262 pacientes. Se utilizó el método de muestreo aleatorio simple a partir de las listas de los pacientes atendidos en las fechas mencionadas.

Se incluyeron los pacientes que recibieron tratamientos de rehabilitación oral en las Clínicas Odontológicas de la Universidad Santo Tomás de Bucaramanga, en los semestres noveno y décimo durante los años 2003 a 2008 y en la Especialización en Rehabilitación Oral durante el periodo comprendido entre el 2006 y el 2008. Los pacientes que no habían terminado su tratamiento de rehabilitación oral y que no residían en la ciudad o su área metropolitana fueron excluidos.

Como variables dependientes se incluyeron los catorce ítems del instrumento OHIP-sp que conforman siete dimensiones (limitación funcional, dolor físico, inconformidad psicológica, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y discapacidad en el desarrollo de las actividades diarias).⁵⁻⁷

Estas variables fueron contestadas de acuerdo con su frecuencia en una escala tipo Likert de cinco categorías codificadas en: nunca (puntuación uno), raramente (puntuación dos), algunas veces (puntuación tres), frecuentemente (puntuación cuatro) y siempre (puntuación cinco). Los ítems se agruparon en las siete dimensiones en las que los valores medios de cada una resultaron de los valores de los ítems divididos por el número de ellos. Por ello, la evaluación de la calidad de vida fue efectuada mediante puntuaciones en cada dimensión y no de una puntuación general.⁵

Como variables independientes, se incluyeron la edad, el género, el estrato socioeconómico, el estado civil, el nivel de escolaridad, el tipo de tratamiento recibido (prótesis total, prótesis parcial removible, prótesis parcial fija, prótesis sobre implantes),⁷ grado en que se encontraba el estudiante tratante y nivel de estudios del estudiante tratante (pregrado, posgrado).

Procedimiento

Las tres estudiantes de rehabilitación oral fueron capacitadas y estandarizadas en cuanto al abordaje de los participantes y el diligenciamiento del formato de recolección de la información. A cada una de las 850 historias clínicas de pacientes rehabilitados en las clínicas de la Universidad Santo Tomás se les

asignó un número. En el programa Epi Info se obtuvieron 262 números aleatorios para seleccionar las historias clínicas. Una vez escogidas, se contactaron a estos pacientes, se verificaron los criterios de inclusión y se concretó una cita con los que aceptaron participar.

Se firmó el consentimiento informado y por medio de una entrevista, se diligenciaron el instrumento con los datos sociodemográficos de las personas incluidas en el estudio y el OHIP-sp. Esta actividad tuvo una duración aproximada de veinte minutos.

La digitación de la información se realizó por duplicado en dos bases de datos en el programa Excel. Se realizó la validación con el comando *Validate* de Epi Info 6.04 y una base completamente depurada se exportó al programa estadístico Stata.

Análisis estadístico

Para las variables cualitativas se diseñaron tablas de distribución de frecuencias y porcentajes con el respectivo análisis de cada una de ellas; para las variables cuantitativas, se calcularon medidas de tendencia central y dispersión.

En el análisis bivariado se estableció la relación entre la CVRSO y las demás variables de interés, mediante el test de Rangos de Wilcoxon, el test de ANOVA y la prueba t de Student. Un valor de $p \leq 0,05$ se consideró como estadísticamente significativo.

Consideraciones éticas

El presente estudio se realizó de acuerdo con las normas de investigación clínica vigentes en el ámbito internacional por la declaración de Helsinki, Belmont, Organización Mundial de la Salud y el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y en Colombia bajo la Resolución 008430 de 1993, en los cuales están establecidas las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Este trabajo fue clasificado como una “investigación sin riesgo”. Se firmaron los consentimientos informados y se brindó la confidencialidad de los datos a cada uno de los participantes.

RESULTADOS

Descripción de las variables sociodemográficas

El promedio de edad de la población evaluada fue de $48,7 \pm 13,0$ años. El 53,8% (141) de los participantes tenía entre 18 y 49 años. El 42,8% (112) pertenecía al estrato socioeconómico 3, el 37,0% (97) afirmó tener un nivel educativo técnico. El 39,7% (104) recibió tratamiento de prótesis fija y el 82,1% (215) fue tratado por estudiantes de pregrado (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población de estudio

Variable	n (%)
Edad categorizada (años)	
18 - 49	141 (53,8)
50 - 85	121 (46,2)
Estrato socioeconómico	
1	8 (3,1)
2	70 (28,6)
3	112 (42,8)
4	59 (22,5)
5	6 (23,0)
6	2 (0,8)
Estado civil	
Soltero	38 (14,5)
Casado	127 (48,5)
Unión Libre	48 (18,3)
Viudo	37 (14,1)
Divorciado	12 (4,6)
Nivel educativo	
Primaria	5 (21,8)
Secundaria	84 (32,1)
Técnico	97 (37,0)
Profesional	21 (8,0)
Posgrado	3 (1,2)
Tipo de tratamiento	
Prótesis total	66 (25,2)
Prótesis removible	76 (29,0)
Prótesis fija	104 (39,7)
Prótesis sobre implantes	16 (6,1)
Tipo de estudiante	
Pregrado	215 (82,1)
Posgrado	47 (17,9)

Descripción de las dimensiones: limitación funcional, dolor físico, inconformidad psicológica e incapacidad física y su relación con el tratamiento de rehabilitación oral

No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las dimensiones que conforman el OHIP-sp con el tratamiento de rehabilitación oral realizado. Sin embargo, se pudo observar que los pacientes que recibieron prótesis sobre implantes fueron los que más presentaron problemas de limitación funcional ($21,9 \pm 5,4$) y de inconformidad psicológica ($13,0 \pm 4,0$). La incapacidad física más alta se presentó en los pacientes a quienes se les realizó prótesis total. A su vez los pacientes con prótesis fija mostraron un puntaje

promedio de $19,7 \pm 5,9$ para la variable dolor físico al ser este el tratamiento que menos problemas reportó (Tabla 2).

Descripción de las dimensiones: incapacidad psicológica, incapacidad social y discapacidad en el desarrollo de actividades diarias y su relación con el tratamiento de rehabilitación oral

Los pacientes que recibieron prótesis parcial removible y prótesis fija reportaron un puntaje promedio de incapacidad psicológica de $10,6 \pm 4,2$ y $10,6 \pm 4,3$, respectivamente. Al relacionar la dimensión incapacidad social y su relación con el tratamiento de rehabilitación oral se observó que los pacientes con prótesis parcial removible presentaron un puntaje promedio de $7,0 \pm 2,9$ si se compara con tratamientos de prótesis sobre implantes que obtuvo un puntaje promedio de $7,7 \pm 2,5$. La incapacidad social fue la dimensión que registró promedios más bajos en los pacientes que tenían prótesis parcial removible (Tabla 3).

Para la dimensión discapacidad en el desarrollo de actividades diarias se obtuvo un puntaje prome-

dio de $8,9 \pm 3,7$ lo cual hace a los tratamientos de prótesis sobre implantes presentar mayores problemas de tipo económico y de insatisfacción para los pacientes que los recibieron (Tabla 3).

Descripción de las dimensiones limitación funcional, dolor físico e incapacidad social y su relación con variables sociodemográficas y tratamiento odontológico

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la dimensión limitación funcional y la edad ($p=0,0218$) y el género ($p=0,048$). El grupo de edad entre 50 a 85 años ($21,3 \pm 6,8$) y el género femenino ($20,7 \pm 6,4$) presentaron un promedio del puntaje mayor. Hubo una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,0126$) en la relación edad vs. dolor físico ($p=0,0126$) y vs. incapacidad social ($p=0,0204$) (Tabla 4).

Al comparar las demás dimensiones con las variables sociodemográficas registradas no se evidenció una diferencia estadísticamente significativa (datos no mostrados).

Tabla 2. Descripción de las variables: limitación funcional, dolor físico, inconformidad psicológica, incapacidad física y su relación con el tratamiento de rehabilitación oral recibido

Tratamiento	Limitación funcional	P *	Dolor físico	P *	I. psicológica	P *	I. física	P *
Prótesis total	$20,7 \pm 6,9$	0,3635	$20,5 \pm 5,4$	0,7091	$11,8 \pm 3,7$	0,2662	$17,9 \pm 6,1$	0,8182
Prótesis removible	$20,1 \pm 5,9$		$20,6 \pm 6,4$		$11,3 \pm 3,6$		$17,6 \pm 6,7$	
Prótesis fija	$19,4 \pm 6,1$		$19,7 \pm 5,9$		$11,3 \pm 3,5$		$17,0 \pm 6,0$	
Prótesis sobre implantes	$21,9 \pm 5,4$		$20,9 \pm 7,4$		$13,0 \pm 4,0$		$17,0 \pm 4,7$	

I. psicológica: inconformidad psicológica. I. física: incapacidad física. * ANOVA de una vía.

Tabla 3. Descripción de las dimensiones: incapacidad psicológica, incapacidad social y discapacidad en el desarrollo de actividades diarias y su relación con el tratamiento de rehabilitación oral

Tratamiento	I. psicológica	P *	I. social	P *	Discapacidad	P *
Prótesis total	$10,5 \pm 3,9$	0,3635	$7,1 \pm 2,9$	0,8040	$8,3 \pm 3,1$	0,8939
Prótesis removible	$10,6 \pm 4,2$		$7,0 \pm 2,9$		$8,5 \pm 3,2$	
Prótesis fija	$10,6 \pm 4,3$		$7,3 \pm 3,0$		$8,3 \pm 2,8$	
Prótesis sobre implantes	$11,6 \pm 3,9$		$7,7 \pm 2,5$		$8,9 \pm 3,7$	

I. psicológica: inconformidad psicológica. I. social: incapacidad social.* ANOVA de una vía.

Tabla 4. Promedios de los puntajes de las dimensiones: limitación funcional, dolor físico e incapacidad social y su relación con la edad categorizada y el género

Variables	Limitación funcional x ± D.E.	P	Dolor físico x ± D.E.	P	Incapacidad social x ± D.E.	P
Edad (años)		0,0218 *		0,0126 *		0,0204 *
24 - 49	19,1 ± 5,5		18,9 ± 5,2		6,8 ± 2,6	
50 - 85	21,3 ± 6,8		21,7 ± 6,5		7,6 ± 3,2	
Género		0,0480**		0,8067**		0,7811**
Femenino	20,7 ± 6,4		20,5 ± 6,0		7,2 ± 2,9	
Masculino	19,2 ± 5,8		19,7 ± 6,1		7,1 ± 2,8	

x ± D.E.: promedio ± desviación estándar. * Test de Rangos de Wilcoxon. ** Prueba t de Student.

DISCUSIÓN

Se destaca que aunque no hubo una diferencia significativa entre la dimensión, limitación funcional y el tratamiento de rehabilitación realizados, los pacientes que recibieron implantes tuvieron más problemas de limitación funcional, y pertenecían a los estratos 5 y 6. Estos hallazgos no coinciden con los de algunos autores en los que el tratamiento con implantes fue más exitoso y produjo una mayor sensación de satisfacción.⁸ Stellingsma y colaboradores (2003) evaluaron a un año el grado de satisfacción de los pacientes que recibieron tratamientos con implantes, que mejoró su calidad de vida, pero durante el procedimiento se presentó malestar y el tiempo de tratamiento fue percibido como largo por los pacientes.⁹

Se podría sugerir que algo similar sucedió en el presente estudio donde el tratamiento con implantes fue el que reportó promedios más altos de limitación funcional e incomodidad psicológica, los pacientes al ser entrevistados recalcan que los procedimientos para la colocación de los implantes fueron molestos, puesto que tenían dificultades para morder y pronunciar palabras. Adicionalmente, durante el tratamiento no se veían bien e incluso algunos reportaron mal aliento, problemas digestivos con tiempos de trabajo muy prolongados.

Los pacientes que recibieron prótesis total y prótesis removible mostraron promedios similares en cuanto a dolor físico e incapacidad social, los que recibieron este tipo de tratamientos reportaron pocas molestias dolorosas en dientes y maxilares, ellos podían comer cualquier tipo de alimento sin tener sensibilidad y encontraron confortables sus prótesis lo que cumplió sus expectativas. Esto lo corrobora un estudio de Brunetti y colaboradores en 2002, quienes reportaron que el mayor beneficio que el paciente mostraba era un alto nivel de satisfacción

después de haber recibido un tratamiento de rehabilitación oral, ya que recuperaba la función de la masticación y la estética.¹⁰ También se puede incluir el estudio de Ellis y colaboradores (2007), quienes reportaron un incremento en la calidad de vida y la satisfacción de pacientes que recibieron prótesis totales convencionales hechas con diferentes técnicas; sin embargo, la técnica empleada para la elaboración de la prótesis no fue la que les proporcionó una mejor calidad de vida sino el hecho de portar una prótesis.¹²

Los resultados presentados muestran que el cuestionario OHIP-sp tiene una gran utilidad en la evaluación del impacto de la calidad de vida en pacientes sometidos a rehabilitación oral y como en varios estudios se reportan, cumple con las propiedades de validez y confiabilidad. Un estudio realizado por López y Baelum en 2006, cuyo objetivo fue desarrollar una versión en español (OHIP-Sp) para medir el impacto en la calidad de vida relacionada con la salud oral encontró que la consistencia interna del instrumento fue 0,90 estimada con el alpha de Cronbach. Los valores para las diferentes dimensiones oscilaron entre 0,48 y 0,76.¹³ Es así como diferentes autores han concluido que el OHIP-sp presenta adecuadas propiedades psicométricas que hacen que este instrumento sea adecuado para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud oral.^{14,15}

El estudio comparativo de la evolución clínica entre diferentes grupos de pacientes revela cuestiones prácticas interesantes, es necesario consolidar con posteriores estudios que incluyan el manejo de un examen clínico bucal para los pacientes rehabilitados.

Las limitaciones del estudio se vieron reflejadas en el momento de la búsqueda y localización de los pacientes, pues muchos de ellos habían cambiado de residencia. Además, al realizar la entrevista, algunos de los adultos mayores no comprendían varias

preguntas del cuestionario. Estos aspectos deberían ser considerados y analizados en próximas investigaciones.

Conclusiones

Se podría pensar que los pacientes que presentaron promedios más bajos de limitación funcional fueron los que recibieron como tratamiento prótesis fija y los pacientes con prótesis total fueron los que presentaron promedios elevados de incapacidad física.

Los resultados parecen indicar que el promedio más bajo de dolor físico fue reportado en los pacientes que tenían prótesis fija.

Los pacientes que recibieron tratamientos de prótesis sobre implantes obtuvieron los mayores promedios de inconformidad psicológica y de incapacidad psicológica mientras que los pacientes con prótesis removibles obtuvieron menores puntajes de incapacidad social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud - OMS (en línea). URL disponible en: <http://www.who.int/es/>
2. Rojas G, Misrachi C. La interacción paciente - dentista a partir del significado psicológico de la boca. *Av Odontolestomatol.* 2004; 20: 185-191.
3. Locker D, Quiñónez C. To what extent do oral disorders compromise the quality of life? *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39: 3-11.
4. Braga Pires CP dos Anjos, Bosi Ferraz M, Nogueira Guimarães de A MH. Translation into Brazilian Portuguese, cultural adaptation and validation of the oral health impact profile (OHIP-49). *Braz Oral Res.* 2006; 20: 263-268.
5. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health.* 1994; 11: 3-11.
6. Slade GD. Derivation and validation of a short-form Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997; 25: 284-290.
7. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile short form. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005; 33: 307-314.
8. Budtz-Jorgensen E. *Prosthodontics for the elderly, diagnosis and treatment.* Chicago: Quintessence Publishing Co. Inc, 1999.
9. Stellingsma K, Bourma J, Stegenga B, Meijer HJ, Raghoobar GM. Satisfaction and psychosocial aspects of patients with an extremely resorbed mandible treated with implant-retained overdentures. A prospective, comparative study. *Clin Oral Implants Res.* 2003; 14: 166-172.
10. Brunetti RF, Montenegro FLB, Marchini L. Prótese Total na Terceira Idade. En: Brunetti RF, Montenegro FLB. *Odontogeriatría: Noções de Interesse Clínico.* Capítulo 16. 2. Ed. São Paulo: Artes Médicas. 2002. p. 251-320.
11. Ellis JS, Pelekis ND, Thompson JM. Conventional rehabilitation of edentulous patients: the impact on oral health-related quality of life and patient satisfaction. *J Prosthodont.* 2007; 16: 37-42.
12. López R, Baelum V. Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-Sp). *BMC Oral Health.* 2006; 6: 11.
13. Locker D, Miller Y. Evaluation of subjective oral health status indicators. *J Public Health Dent.* 1994; 54: 167-176.
14. Kuo HC, Kuo YS, Lee IC, Wang JC, Yang YH. The association of responsiveness in oral and general health-related quality of life with patient's satisfaction of new complete dentures. *Qual Life Res.* 2013; 22: 1665-1674.

Correo electrónico de los autores:

Yolima Cruz Camargo: yolima_cruz728@yahoo.com
 Marian Karina Penso Ramírez: marianpenso@hotmail.com
 María Juliana Rodríguez Duarte: mjulianarodriguez@hotmail.com
 Antonio José Candela González: ajosecandela@yahoo.com
 Edna Magaly Gamboa Delgado: magalygamboa@yahoo.com