

ORIGINAL

Oral Health Educational Intervention and Quality of Life of Older Adults in Community Groups

Intervención educativa de salud bucal y calidad de vida de personas mayores de grupos comunitarios

Milenka Saimara Pérez Aguilar¹ , María del Pilar Acosta Zambrano¹  

¹Universidad Adventista de Chile, Magister de Salud Pública. Chillan, Chile.

Citar como: Pérez Aguilar MS, Acosta Zambrano M del P. Oral Health Educational Intervention and Quality of Life of Older Adults in Community Groups. Salud, Ciencia y Tecnología. 2026; 6:2332. <https://doi.org/10.56294/saludcyt20262332>

Enviado: 09-08-2025

Revisado: 14-10-2025

Aceptado: 10-12-2025

Publicado: 01-01-2026

Editor: Prof. Dr. William Castillo-González 

Autor para la correspondencia: Maria del Pilar Acosta Zambrano 

ABSTRACT

Introduction: oral health is a significant concern among older adults, negatively impacting quality of life due to conditions such as dental caries and tooth loss.

Objective: to evaluate the effectiveness of an oral health educational intervention on the quality of life of older adults belonging to two community groups in the city of Coronel, Chile

Method: a pre-experimental design with pretest and posttest was applied, using the OHIP-14 questionnaire with 18 participants over 65 years old, self-sufficient, and with at least one natural tooth. The intervention, based on the Health Belief Model, consisted of four 45-minute educational sessions developed through participatory methods, addressing topics such as oral diseases, prevention, psychosocial consequences, and healthy habits.

Results: significant improvements were observed in the psychosocial dimensions of the OHIP-14, particularly dissatisfaction with oral appearance ($p < 0,001$), loss of self-confidence ($p = 0,005$), and embarrassment related to oral health problems ($p = 0,016$). Positive changes were also identified in social disability ($p = 0,029$) and handicap ($p = 0,012$). Although no significant differences were found in all dimensions or in the overall score, a favorable trend was observed toward a reduced perception of the negative impact of oral health on quality of life.

Conclusion: the educational intervention proved to be an accessible and low-cost strategy with the potential to improve the perception of oral health, self-image, and social interaction among older adults.

Keywords: Oral Health; Quality Of Life; Older Adults; Educational Intervention.

RESUMEN

Introducción: la salud bucal es un problema importante en los adultos mayores impactando de manera negativa en la calidad de vida generada por la presencia de enfermedades como caries y pérdida de piezas dentales.

Objetivo: evaluar la efectividad de una intervención educativa en salud bucal sobre la calidad de vida de personas mayores pertenecientes a dos grupos comunitarios de la ciudad de Coronel, Chile.

Método: se utilizó un diseño preexperimental con pretest y posttest, aplicando el cuestionario OHIP-14 a 18 participantes mayores de 65 años, autovalentes y con al menos un diente en boca. La intervención basada en el modelo Creencias en Salud consistió en cuatro sesiones educativas de 45 minutos, desarrolladas con metodología participativa, abordando temas de enfermedades bucodentales, prevención, repercusiones psicosociales y hábitos saludables.

Resultados: se evidencio mejoras significativas en dimensiones psicosociales del OHIP-14, especialmente en la insatisfacción con la apariencia bucal ($p < 0,001$), la pérdida de confianza en sí mismo ($p = 0,005$) y la vergüenza asociada a problemas bucales ($p = 0,016$). También se observaron cambios positivos en incapacidad social ($p = 0,029$) y minusvalía ($p = 0,012$). Aunque no se registraron diferencias significativas en todas las dimensiones ni en el puntaje global, se identificó una tendencia favorable hacia una menor percepción del impacto negativo de la salud oral en la calidad de vida.

Conclusión: la intervención educativa demostró ser una estrategia accesible y de bajo costo, con potencial para mejorar la percepción de la salud bucal, la autoimagen y la interacción social en adultos mayores.

Palabras clave: Salud Bucal; Calidad de Vida; Persona Mayor; Intervención Educativa.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el aumento significativo de la esperanza de vida ha generado un incremento en los problemas de salud asociados a una población envejecida.⁽¹⁾ Entre los problemas más destacables se reporta la pérdida de funcionalidad, aumento de la vulnerabilidad, dependencia, deterioro cognitivo, enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes e hipercolesterolemia) y discapacidad.⁽²⁾ A los problemas propios del envejecimiento, se suma el deterioro general del estado bucal, prevaleciendo caries, enfermedades periodontales y la pérdida de dientes, trayendo graves consecuencias más allá de lo clínico.⁽³⁾ Estas afecciones impactan directamente en la autoestima, la autonomía y las relaciones interpersonales, afectando de manera notable la calidad de vida de los adultos mayores.⁽⁴⁾ Estos problemas son el resultado de factores acumulados desde la juventud, como el descuido, la falta de conocimiento sobre cuidados bucales, la carencia de recursos económicos y la falta de acceso a atención odontológica, lo que se manifiesta visiblemente en esta etapa de la vida, principalmente a través del edentulismo.⁽³⁾

Es así como la salud bucal es un problema mundial, demostrado en el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de noviembre de 2022, que incluyó a 194 países, los resultados indicaron que casi la mitad de la población en el mundo (45 % o 3,5 mil millones de personas) presentan enfermedades bucodentales, una de cada dos afectados viven en países de ingresos bajos o medianos; por lo mismo en los últimos 30 años, los casos de enfermedades bucodentales han aumentado en aproximadamente mil millones de personas.^(4,5) En América, la situación no es diferente, las personas mayores es la más vulnerable, careciendo en su mayoría de seguros sociales e ingresos económicos estables, elevando la prevalencia de caries dental y periodontopatías, lo que constituye los principales factores para la pérdida de piezas dentales.⁽⁶⁾ En Chile, los datos son igualmente alarmantes, según la última Encuesta Nacional de Salud se evidenció que los adultos mayores presentan los peores indicadores de salud bucal en comparación con otros grupos etarios: un 81,7 % presenta dentición no funcional, un 65,8 % utiliza prótesis dentales totales y un 57,2 % tiene caries cavitadas en ambos maxilares, cifras estrechamente relacionadas con un menor nivel educativo y socioeconómico.^(7,8)

Ante esta realidad, es imperativo centrar los esfuerzos en la educación del paciente para prevenir y evitar el progreso de estas enfermedades. La creación de programas de intervención educativa en salud bucal es importante para fomentar conductas positivas hacia el autocuidado y, en consecuencia, mejorar la salud bucal de los adultos mayores.⁽⁹⁾ Es así como el modelo de creencias en salud permite la adquisición de comportamiento preventivos ya que los individuos al estar susceptibles a los problemas bucales comprenden los principales causantes de sus dolencias y tendrán más probabilidad de adoptar comportamientos preventivos recomendados.⁽¹⁰⁾ Por lo tanto, el propósito de este estudio es evaluar la efectividad de una intervención educativa en salud bucal sobre la calidad de vida de personas mayores pertenecientes a dos grupos comunitarios de la ciudad de Coronel, Chile.

MÉTODO

El diseño de este estudio fue pre experimental, con un pretest y postest. Permitiendo evaluar el impacto de la salud oral antes y después de participar en una intervención educativa.

La población participante estuvo constituida por 18 personas mayores pertenecientes a dos grupos comunitarios de la ciudad de Coronel, Chile, el trabajo se realizó en los meses de marzo a mayo del 2025. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, seleccionando la muestra de dos grupos comunitarios de dicha ciudad. Los criterios de inclusión abarcaban a personas mayores de 65 años, autovalentes, con plena orientación temporal y espacial, y que poseían al menos un diente en boca. En cambio, se excluyeron a individuos menores de 65 años, edéntulos y dependientes.

El instrumento de recolección de datos fue el cuestionario OHIP-14, una versión resumida del cuestionario OHIP-49, validado en países como México, Colombia, Perú y, en 2012, en Chile por la Universidad de Talca.^(11,12) El cuestionario presentó un alto nivel de confiabilidad, con un α de Cronbach de 0,877. Este instrumento

presenta siete dimensiones: Limitaciones funcionales, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y desventajas sociales. Cada dimensión fue evaluada mediante dos preguntas. Las respuestas a cada pregunta se recogieron en una escala tipo Likert con cinco opciones: “Nunca” (0), “Casi nunca” (1), “De vez en cuando” (2), “A menudo” (3) y “Muy a menudo” (4). El puntaje total se obtuvo sumando los valores de las respuestas y pudo variar entre 0 y 56 puntos. Un puntaje de 0 indicó que la salud oral no tenía impacto en la calidad de vida, mientras que cualquier valor superior reflejaba algún nivel de impacto negativo. La categorización fue “bajo impacto” (puntaje 0) o “alto impacto” (puntaje > 0), lo que permitió identificar la percepción del paciente respecto al efecto de su salud oral en su bienestar cotidiano y, por tanto, la presencia o ausencia de enfermedades bucodentales. Las puntuaciones se categorizan de la siguiente manera: de 0 a 8 indica un impacto mínimo, de 9 a 20 un impacto leve, de 21 a 32 un impacto moderado, de 33 a 44 un impacto severo y de 45 a 56 un impacto muy severo.

Para la recopilación de la información se entregaron el cuestionario y el consentimiento informado en físico a cada uno de los participantes.

En la etapa de diagnóstico, se evaluó la percepción del paciente sobre el impacto de su salud bucodental en su bienestar diario, y se determinó la presencia o ausencia de enfermedades bucales mediante la aplicación del cuestionario OHIP-14.

La etapa de intervención se diseñó bajo el Modelo de Creencias en Salud (HBM), que plantea que la adopción de conductas preventivas depende de la percepción individual del riesgo, la gravedad de la enfermedad, los beneficios esperados y las barreras percibidas.⁽¹⁰⁾ En este marco, las sesiones educativas buscaron aumentar la percepción de susceptibilidad y severidad frente a las enfermedades bucodentales, reforzar los beneficios del autocuidado y reducir las barreras asociadas a la práctica de hábitos saludables. Se realizaron cuatro sesiones de 45 minutos cada una, utilizando una metodología participativa (clases expositivas interactivas) y distribuyendo materiales físicos como dípticos y trípticos. Las temáticas abordadas en cada sesión fueron: en la primera, enfermedades bucodentales; en la segunda, prevención de las principales enfermedades bucodentales en adultos mayores; en la tercera, impacto de las enfermedades bucodentales en las interacciones sociales; y en la cuarta, hábitos saludables para mejorar la salud bucodental.

Posteriormente, se aplicó nuevamente el cuestionario OHIP-14 para evaluar los cambios en la percepción del paciente sobre el efecto de su salud bucodental en su bienestar diario y la posible reducción de enfermedades bucales.

Los datos recopilados se tabularon en una hoja de cálculo en Excel y fueron analizados mediante el software estadístico Jamovi. Se generaron datos descriptivos para cada dimensión del índice OHIP-14 según el impacto, calculándose la media y el intervalo de confianza del 95 % para cada dimensión. Los puntajes pre y postintervención se dicotomizaron en alto y bajo impacto y se analizaron mediante la prueba de Chi-cuadrado, el promedio de cada dimensión pre y por intervención al igual que el tamaño de efecto de la misma se evaluó mediante la prueba T de Student de muestras apareadas.

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad Adventista de Chile bajo resolución 2024-135. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes, y se mantuvo la confidencialidad y anonimato de sus datos, en concordancia con los principios de la Declaración de Helsinki y la ley chilena 19628.⁽¹³⁾

RESULTADOS

Los resultados inferenciales, presentados en la tabla 1, evidencian mejoras estadísticamente significativas en varias dimensiones psicosociales del OHIP-14. En particular, se observaron diferencias significativas en la insatisfacción con la apariencia de la boca ($p < 0,001$), la pérdida de confianza en uno mismo por problemas bucales ($p = 0,005$) y el sentimiento de vergüenza asociado a estos problemas ($p = 0,016$). Aunque no todas las dimensiones alcanzaron significancia estadística ($p > 0,05$), algunas mostraron tendencias favorables hacia la mejoría, como la preocupación por los problemas bucales ($p = 0,083$) y la dificultad para relajarse ($p = 0,120$).

Tabla 1. Comparación de las Preguntas del cuestionario OHIP-14 antes y después de la intervención

Pregunta	Estadístico	gl	p
1. Dificultad para masticar.	0,69	17,0	0,49
2. Dificultad para hablar.	-0,52	17,0	0,60
3. Sensación de incomodidad en la boca.	-0,64	16,0	0,52
4. Dificultad para relajarse debido a problemas bucales.	-1,63	17,0	0,12
5. Sentirse avergonzado por problemas bucales.	2,67	17,0	0,01*
6. Sentirse frustrado.	0,21	17,0	0,83
7. Sentirse molesto.	0,61	17,0	0,54
8. Dificultad para disfrutar de la comida.	0,64	17,0	0,52
9. Dificultad para sonreír.	-0,25	17,0	0,80

10. Dificultad para dormir debido a problemas bucales.	0,48	17,0	0,63
11. Sufrir dolor en la boca.	1,42	17,0	0,17
12. Sentirse insatisfecho con la apariencia de la boca.	6,26	17,0	<,001*
13. Perder la confianza en uno mismo debido a problemas bucales.	3,31	15,0	0,005*
14. Sentirse preocupado por problemas bucales.	1,85	16,0	0,08

Nota: $H_a \mu$ Medida 1 - Medida 2 \neq 0

En la tabla 2, el análisis por dimensiones del OHIP-14 mostró efectos particularmente significativos en la incapacidad social ($p = 0,029$) y en la minusvalía ($p = 0,012$), evidenciando una mejora en la interacción social y en la percepción general del impacto de la salud bucal.

Tabla 2. Dimensiones del cuestionario OHIP-14 antes y después de la intervención con respecto al impacto de la salud oral en la calidad de vida					
Dimensiones	Pre intervención		Pos intervención		p
	Promedio	DS (\pm)	Promedio	DS (\pm)	
Limitación funcional	0,69	0,96	0,86	1,05	0,32
Dolor físico	1,47	1,02	1,75	1,21	0,66
Molestias psicológicas	1,03	1,11	0,91	1,13	0,55
Incapacidad física	0,58	0,91	0,47	0,77	0,47
Incapacidad psicológica	0,83	0,96	0,63	0,97	0,19
Incapacidad social	0,63	0,64	0,25	0,89	0,02*
Minusvalía	0,39	0,23	0,06	0,66	0,01*
* Diferencias significativas					

La figura 1 y tabla 3, complementan estos hallazgos al ilustrar la redistribución de los participantes según la percepción global del impacto de la salud oral en su calidad de vida. Antes de la intervención, el 50 % reportaba un impacto moderado, y solo el 5,6 % no percibía impacto alguno. Después de la intervención, el 55,6 % declaró un impacto leve y el 22,2 % no reportó impacto. Aunque la prueba de χ^2 aplicada no mostró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,429$), se evidenció una tendencia positiva hacia una menor percepción del impacto tras la intervención.

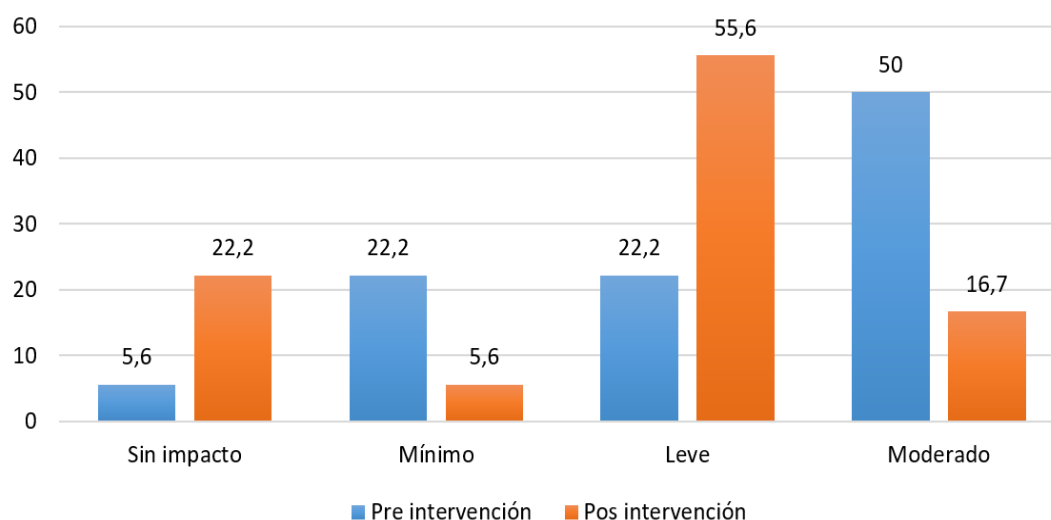


Figura 1. Distribución porcentual de las categorías del cuestionario OHIP_14 de los participantes de acuerdo al impacto de la salud ora en su calidad de vida

Por último, al evaluar el promedio correspondiente a cada una las diferentes dimensiones antes y después de la intervención usando la prueba T Students para muestras pareadas, no mostraron diferencias estadísticamente significativas en el impacto de la salud oral sobre la calidad de vida ($p = 0,292$). El tamaño del efecto, medido mediante la d de Cohen (0,257), fue pequeño, y el Factor de Bayes ($BF_{10} = 0,407$) proporcionó evidencia débil a favor de una diferencia real.

Tabla 3. Tabla de contingencia para comparar la categorización antes y después de la intervención según la salud oral y calidad de vida

				Pos (2)		
Pre (2)	Leve		Moderado	Sin impacto	Mínimo	Total
Moderado	6		2	0	1	9
Leve	2		1	1	0	4
Mínimo	2		0	2	0	4
Sin impacto	0		0	1	0	1
Total	10		3	4	1	18
Pruebas de x²						
	Valor	gl	p			
x²	9,09	9	0,429			
N	18					

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio evidencian que la intervención educativa generó mejoras significativas en dimensiones psicosociales del OHIP-14, particularmente en la incapacidad social y la minusvalía. Estos cambios reflejan un fortalecimiento en la interacción social y en la percepción general del impacto de la salud oral en la vida diaria de los participantes.^(14, 15) En un estudio realizado en Cuba el año 2020, una intervención educativa en salud oral en adultos mayores obtuvo que el 91 % de los participantes mejoraron su percepción con respecto a la importancia de la salud oral en la calidad de vida.⁽¹⁶⁾ Sin embargo, al evaluar las respuesta con respecto a la apariencia personal la mayoría de los adultos participantes sentían vergüenza por su problemas bucales, pero después de participar este disminuyó significativamente; según algunos estudios este estado de vergüenza se debe a la pérdida de piezas dentales y problemas de masticación que afectan la estética facial y el autoestima pero que al participar de programas de salud oral les ayuda a adquirir algunos hábitos saludables aunque el 95,7 % de la población tenían 1 o ningún diente.^(17,18,19)

Con respecto al dolor dental y problemas estéticos en los participantes no existieron cambios antes y después de participar en la intervención, un resultado contrario se reportó en un estudio con personas mayores en Chile, donde se reportó un puntaje promedio de $20,1 \pm 7,6$ en el OHIP-14Sp y una alta frecuencia de dolor dental y problemas estéticos, antes de la intervención, pero al participar en la intervención se redujeron de manera significativa.⁽²⁰⁾ Asimismo, al validar el cuestionario del OHIP-14S en Chile se mostró asociaciones relevantes con respecto a la presencia de caries y pérdida de piezas dentales con las dimensiones estéticas y funcionales.⁽²¹⁾ En España, se ha informado un promedio de 8,88 puntos en el OHIP-14 en adultos mayores, reflejando menor impacto global.⁽²²⁾ Aunque en este estudio no se observaron diferencias relevantes en el puntaje global ($p = 0,292$), la mejora en dominios psicosociales permitió acercar los resultados a los reportados en contextos con mejor acceso a servicios odontológicos. De manera similar, en un estudio en Valparaíso Chile, un 64,7 % de adultos mayores con diabetes mostró mala calidad de vida según el OHIP-14, contraste que sugiere que la intervención educativa aplicada podría ser una estrategia útil en poblaciones vulnerables para la prevención de enfermedades orales.⁽²³⁾

En este estudio se evidenció la importancia de abordar la salud bucal y su influencia en la calidad de vida de los participantes, ya que influye en aspecto psicológico, en un estudio realizado en Suecia donde participaron adultos mayores se determinó que la salud bucal es un componente clave en la calidad de vida permitiendo un envejecimiento saludable en la población al aumentar la satisfacción personal influyendo positivamente en la salud mental.⁽²⁴⁾ Por último, las intervenciones educativas en salud bucal cambian algunas dimensiones de manera positiva en la población, esto se debe a que, al fomentar prácticas sanas y cambios en la percepción de los adultos, un estudio en Inglaterra determinó que las intervenciones educativas permiten cambios conductuales que mejoran la calidad de vida e incluso son un factor protector antes síntomas depresivos.⁽²⁵⁾ Es, así como las intervenciones educativas a son una herramienta importante en las personas mayores al fomentar practicas saludables como un buen cepillado, las visitas a profesionales de la salud, pero también la aceptación de los cambios físicos asociados a la edad como la apariencia física, promoviendo cambios organizacionales que contribuyen a mejorar la calidad de vida de los participantes.⁽²⁶⁾

Por último, este estudio presenta varias limitaciones que se deben considerar, en primer lugar, el tamaño de la muestra fue reducido utilizando un muestreo no probabilístico, lo que posiblemente haber introducido sesgos en la selección de los participantes. La evaluación se realizó a través del cuestionario OHIP-14, que depende de la percepción subjetiva de los participantes y puede estar influenciada por factores como el deseo de complacer al investigador. También es importante señalar la ausencia de un grupo de control, lo que dificulta

la atribución de los cambios observados directamente a la intervención.

En vista de estas limitaciones, se recomienda ampliar la muestra y utilizar un muestreo probabilístico en futuras investigaciones para obtener resultados más representativos y generalizables. Asimismo, sería beneficioso extender la duración del programa educativo para facilitar efectos más sostenibles. Además, se sugiere evaluar dimensiones adicionales de la salud bucal, tales como la funcionalidad masticatoria y el cumplimiento de hábitos de higiene, para obtener una comprensión más integral del impacto de la intervención.

CONCLUSIONES

Este estudio evidencia que una intervención educativa posee tendencia favorable en la reducción del impacto negativo de las condiciones bucodentales sobre la vida diaria de los participantes, especialmente en aspectos psicosociales como la satisfacción con la apariencia de la boca, la autoestima y la interacción social.

Asimismo, los resultados apuntan a la importancia de integrar programas educativos dentro de los servicios de salud comunitarios, dado que la prevención y el cambio de hábitos en la salud bucal son factores determinantes para mitigar los efectos negativos de las enfermedades bucodentales, particularmente en contextos de vulnerabilidad socioeconómica y limitado acceso a atención odontológica. En este sentido, las intervenciones educativas son una estrategia accesible y de bajo costo, con un alto potencial para mejorar la salud integral de la población mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wu N, Xie X, Cai M, Han Y, Wu S. Trends in health service needs, utilization, and non-communicable chronic diseases burden of older adults in China: evidence from the 1993 to 2018 National Health Service Survey. *Int J Equity Health*. 2023 Aug 30;22(1):169. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01983-7>.
2. Maynou L, Hernández-Pizarro HM, Errea Rodriguez M. The association of physical (in)activity with mental health. Differences between elder and younger populations: a systematic literature review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Apr 29;18(9):4771. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094771>.
3. Northridge ME, Kumar A, Kaur R. Disparities in access to oral health care. *Annu Rev Public Health*. 2020 Apr 1;41:513-35. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094318>
4. Yáñez Haro D, López-Alegría F. Influencia de la salud oral en la calidad de vida de los adultos mayores: una revisión sistemática. *Int J Interdiscip Dent [Internet]*. 2023 Apr [cited 2025 Sep 17];16(1):62-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S2452-55882023000100062>
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el estado mundial de la salud bucodental: hacia la cobertura sanitaria universal en materia de salud bucodental para 2030. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484>
6. Zurita-Herrera JD, Farfan-Mera KP, Hermosa-Gallardo DN, Oña-Toapanta IA, Niama-Bonifaz EJ. Oral health-related quality of life in elderly population of the geriatric centers in the municipality of Pedro Moncayo, Ecuador. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*. 2024;36(1):63. <https://doi.org/10.17533/udea.rfo.v36n1a6>
7. Rocha AV, Pereira VG, Dias ME, Pessoa RM, Maia LC, Rocha JS. Salud bucal autopercibida en adultos mayores atendidos en un centro especializado en geriatría: prevalencia y factores asociados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2025 Mar 24;28:e240088. <https://doi.org/10.1590/1981-22562025028.240088.en>.
8. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2017 [cited 2025 Sep 17]. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018.pdf
9. Sanaeinasab H, Saffari M, Taghavi H, et al. An educational intervention using the health belief model to improve oral health in primary school students: a randomized controlled trial. *BMC Oral Health*. 2022;22:94. <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02132-2>.
10. Alyafei A, Easton-Carr R. Health Belief Model for Behavior Change [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/>
11. Fuentes Varela F, León Araya S. Validación del instrumento acotado OHIP-14 SP en adultos mayores chilenos [tesis]. Talca: Universidad de Talca; 2025. 68 p. Disponible en: <http://repositorioslatinoamericanos>.

uchile.cl/handle/2250/376177.

12. Moral de la Rubia J, Rodríguez Franco NI. Consistencia interna y estructura factorial del Perfil de Impacto de Salud Oral aplicado a la enfermedad periodontal en una muestra de población general de adultos mexicanos. *Universitas Odontológica*. 2017;36(77):1-12. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo36-77.cief>

13. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Fortaleza: 64ª Asamblea General de la AMM; 2013. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

14. Shokouhi E, Mohamadian H, Babadi F, et al. Mejora de la calidad de vida relacionada con la salud bucal entre los ancianos: un ensayo controlado aleatorizado. *BioPsychoSocial Med*. 2019; 13:31. <https://doi.org/10.1186/s13030-019-0170-3>.

15. Rivera-Ramos E. La importancia del OHIP (Oral Health Impact Profile) en la Odontología. *Odontol. Sanmarquina*. 2020;23(1):35-42. <https://doi.org/10.15381/os.v23i1.17505>

16. Kurt Espinoza Espinoza Diego Alonso, Soto Peñaloza David, García Rupaya Carmen Rosa, Kim Espinoza Espinoza Daniel Alonso, Dulanto Vargas Julissa Amparo, Morales Vadillo Rafael. La calidad de vida, relacionada con la salud oral, en el Centro del Adulto Mayor de San Isidro, Lima. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2022 Dic [citado 2025 Sep 17]; 59(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072022000400007&lng=es

17. Torrecilla-Venegas R, Valdivia-Morgado G, Castro-Gutiérrez I, Yera-Cabrera K, Yero-Mier IM. Intervención educativa sobre salud bucal en adultos mayores de un consultorio médico. 16 de Abril. 2020;59(278):1-7. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=97925>

18. Costa MJF, Lins CAA, Macedo LPV, Sousa VPS, Duque JA, Souza MC. Clinical and self-perceived oral health assessment of elderly residents in urban, rural, and institutionalized communities. *Clinics (Sao Paulo)*. 2019;74:e972. <https://doi.org/10.6061/clinics/2019/e972>.

19. Mehr K, Olszanecka-Glinianowicz M, Chudek J, Szybalska A, Mossakowska M, Zejda J, et al. Dental status in the Polish senior population and its correlates: results of the national survey PolSenior. *Gerodontology*. 2018;35(4):398-406. <https://doi.org/10.1111/ger.12364>.

20. Nazar G, Díaz-Toro F, Roa P, Petermann-Rocha F, Troncoso-Pantoja C, Leiva-Ordóñez AM, et al. Asociación entre salud oral y deterioro cognitivo en personas mayores chilenas. *Gac Sanit* [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 17];37:102303. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2023.102303>.

21. León S, Correa-Beltrán G, De Marchi RJ, Giacaman RA. Validation of the Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14Sp) in elderly Chileans. *BMC Oral Health*. 2014;14:95.

22. Montero J, López JF, Vicente MP, Galindo MP, Albaladejo A. Comparative validity of the OHIP-14 and GOHAI as measures of oral health-related quality of life in Spanish adults. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012;17(6):e1067-73. <https://doi.org/10.4317/medoral.16851>

23. Cuetto A, Acevedo F, Arnes M, Carrasco D, Gallardo A, Reyes P, Rodríguez F, Tavali N. Autopercepción de calidad de vida en salud bucal de adultos de Valparaíso, Chile. *Rev. Cient Odontol (Lima)*. 2024 sep 17;12(3):e205. <https://doi.org/10.21142/2523-2754-1203-2024-205>

24. Zwick L, Schmitz N, Shojaa M. Oral health-related quality of life and depressive symptoms in adults: longitudinal associations of the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). *BMC Oral Health*. 2023;23(1):1029. <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03722-4>.

25. Lindmark U, Ernsth Bravell M, Johansson L, Finkel D. Oral health is essential for quality of life in older adults: A Swedish National Quality Register Study. *Gerodontology*. 2021;38(2):191-8. <https://doi.org/10.1111/ger.12514>.

26. Malekpour P, Devine A, Dare J, Costello L. Investigating the perspectives of older adults in residential aged care on oral health-related quality of life. *Gerodontology*. 2023;40(2):220-30. <https://doi.org/10.1111/ger.12636>.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Milenka Pérez, María del Pilar Acosta.

Curación de datos: Milenka Pérez, María del Pilar Acosta.

Análisis formal: Milenka Pérez, María del Pilar Acosta.

Investigación: Milenka Pérez, María del Pilar Acosta.

Metodología: Milenka Pérez, María del Pilar Acosta.

Administración del proyecto: Milenka Pérez, María del Pilar Acosta.

Recursos: Milenka Pérez, María del Pilar Acosta.

Software: Milenka Pérez, María del Pilar Acosta.

Supervisión: Milenka Pérez, María del Pilar Acosta.

Validación: Milenka Pérez, María del Pilar Acosta.

Visualización: Milenka Pérez, María del Pilar Acosta.

Redacción - borrador original: Milenka Pérez, María del Pilar Acosta.

Redacción - revisión y edición: Milenka Pérez, María del Pilar Acosta.