



CUESTIONARIO OHIP-49-Sp

**Escuela de Odontología
Universidad de Talca**

Recomendaciones:

Debe establecer desde un inicio al entrevistado que las preguntas serán en relación a cómo se sintió en el último año (12 meses).

Marque con una cruz la alternativa de la respuesta que el encuestado prefiera.

Para obtener una calificación por medio del método aditivo se sumará el código de cada respuesta para obtener una calificación para cada dimensión y para el instrumento completo (0-196), implicando que la mayor calificación representará el mayor efecto de los trastornos bucodentales en la calidad de vida del entrevistado.

Las preguntas sin respuesta se codificarán como valor de "cero".

Nunca= 0, Casi Nunca= 1, Algunas veces= 2, Frecuentemente= 3, Siempre= 4

León S, Bravo D, Correa-Beltrán G, Giacaman RA, Albala C. Validation of the Spanish version of the Oral Health Impact Profile to assess an association between quality of life and oral health of elderly Chileans. Gerodontology. 2014 Mar 11. doi: 10.1111/ger.12124. [Epub ahead of print]

Limitación funcional

1¿Ha tenido dificultades para morder algún alimento por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
2¿Ha tenido problemas al pronunciar algunas palabras por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
3¿Ha notado que algún diente no se ve bien?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
4¿Ha sentido que su apariencia se ha sido afectada por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
5¿Ha sentido que su aliento se ha deteriorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
6¿Ha sentido que su sensación de sabor ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
7¿Ha quedado comida atrapada entre sus dientes o debajo de sus prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
8¿Ha sentido que su digestión ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
9¿Ha sentido que sus prótesis no ajustan apropiadamente?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre

Dolor físico

10¿Ha tenido dolor en su boca?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
11¿Ha tenido dolor en su mandíbula?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
12¿Ha tenido dolores de cabeza por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
13¿Ha tenido dientes sensibles, por ejemplo debido a alimentos o líquidos fríos?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
14¿Ha tenido dolor de dientes?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
15¿Ha tenido dolor en sus encías?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
16¿Ha sentido incómodo comer algún alimento por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
17¿Ha tenido áreas dolorosas en su boca?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
18¿Ha tenido prótesis incómodas?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre

Malestar psicológico

19 ¿Ha estado preocupado/a por problemas dentales?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
20 ¿Ha estado obsesionado/a por sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
21 ¿Los problemas dentales lo/a han hecho sentir totalmente infeliz?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
22 ¿Se ha sentido inconforme con la apariencia de sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
23 ¿Se ha sentido tenso/a por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre

Discapacidad física

24 ¿Ha sido poco clara la forma en que usted habla por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
25 ¿La gente ha malentendido algunas de sus palabras por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
26 ¿Ha sentido que hay menos sabor en sus alimentos por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
27 ¿Ha sido incapaz de cepillar sus dientes apropiadamente por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
28 ¿Ha tenido que evitar comer algunos alimentos por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
29 ¿Su dieta ha sido insatisfactoria por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
30 ¿Ha sido incapaz de comer con sus prótesis por problemas con ellas?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
31 ¿Ha evitado sonreír por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
32 ¿Ha tenido que interrumpir comidas por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre

Discapacidad psicológica

33 ¿Su sueño ha sido interrumpido por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
34 ¿Ha estado molesto o irritado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
35 ¿Ha encontrado difícil relajarse por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
36 ¿Se ha sentido deprimido por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
37 ¿Se ha afectado su concentración por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
38 ¿Ha estado un poco avergonzado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre

Discapacidad social

39 ¿Ha evitado salir de la casa por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
40 ¿Ha sido menos tolerante con su pareja o familia por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
41 ¿Ha tenido problemas relacionándose con otras personas por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
42 ¿Ha estado un poco irritable con otras personas por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
43 ¿Ha tenido dificultades haciendo su trabajo habitual por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre

Minusvalía

44 ¿Ha sentido que su salud general ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
45 ¿Ha sufrido algún tipo de pérdida económica debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
46 ¿Ha sido incapaz de disfrutar mucho la compañía de otras personas por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
47 ¿Ha sentido que su vida en general es menos satisfactoria por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
48 ¿Ha sido totalmente incapaz de funcionar por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
49 ¿Ha sido incapaz de trabajar a su capacidad total por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre

TOTAL=