

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



SALUD BUCAL Y CALIDAD DE VIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Tesis que para obtener el grado de
Doctor en Ciencias de la Salud

Presenta:

Ana Gabriela Magallanes Rodríguez

Presidente:

Dr. Luis Alberto Gaitán Cepeda

Sinodal:

Dr. Miguel Ángel Cadena Alcántar

Sinodal:

Dra. Ana Gabriela Carrillo Varguez

Sinodal:

Dra. Haydee Gómez Llanos Juárez

Sinodal:

Dra. María Elena Hoffman Saucedo

Tijuana, Baja California; a 01 de septiembre de 2016.

SALUD BUCAL Y CALIDAD DE VIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Alumno:

Ana Gabriela Magallanes Rodríguez

Tutor:

Dr. Luis Alberto Gaitán Cepeda

Asesor:

Dr. Miguel Ángel Cadena Alcántar

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Luis Alberto Gaitán Cepeda por su enorme paciencia y disponibilidad, por dirigirme y además ser un compañero en este proceso y siempre, un excelente maestro. Gracias por su confianza.

Al Dr. Miguel Ángel Cadena Alcántar por haberse convertido en un mentor que me ha impulsado durante los años de trabajo compartido a desarrollarme en el ámbito profesional y crecer. Siempre.

A la MSP Nydia Alejandra Castillo Martínez por todo su apoyo en el proceso formativo. A mis compañeros del CISALUD por su participación en cada fase de este proyecto.

A Reyna, Karla, Brenda, Juan Pablo, Luis, Christian, Nestor y Andrés por todo lo compartido en cada clase, porque estuvieron e hicieron divertidos los instantes y porque además de amigos se han vuelto familia. Gracias.

A mis amigos y amigas, que han sido pacientes y me han dado aliento para concluir. Gracias por todo su cariño.

A mi sobrina Gloria, por demostrarme que ser valiente no sale tan caro, que ser cobarde no vale la pena.

A mis hermanos, sobrinos y primos, siempre mi agradecimiento a ustedes por acompañarme y ser mi soporte en todos los tiempos. Me han dado la fuerza para seguir.

A mis padres, por todo.

DEDICATORIA

Dedico este resultado a quienes me impulsaron y dirigieron en todo este proceso: al Dr. Miguel Ángel Cadena Alcántar, que convirtió cada día de trabajo en una oportunidad de crecimiento invaluable; y al Dr. Luis Alberto Gaitán Cepeda, quien me enseñó a aprender de cada escenario, explorar nuevas áreas y encontrar un camino para cada meta. Este documento es producto de una de ellas.

A Gloria, Ana, Gio, Manuel, Diana, Rubén, Karla, Leonardo, Máximo, César y Sarah, porque espero que sus éxitos sean mayores que sus ilusiones.

A JCDM.

A mis hermanos y familia, que han estado y estarán.

A mis padres, que han sido todo.

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	7
2. INTRODUCCIÓN.....	8
2.1. MARCO TEÓRICO	10
2.1.1. Salud Bucal	10
2.1.1.1. Estado de salud bucal en México.....	11
2.1.1.2. Factores de riesgo en población juvenil	13
2.1.2. Calidad de vida.....	15
2.1.2.1. Calidad de vida relacionada a la salud.....	16
2.1.2.2. Elementos conceptuales y de medición	17
2.1.3. Psicología de la salud.....	19
2.1.3.1. Teoría dl aprendizaje social	22
2.1.3.2. Modelo de creencias en salud.....	23
2.1.3.2.1. Expectativa de valor.....	25
2.1.3.2.2. Locus de control.....	25
2.1.3.3. Teoría de los rasgos	26
3. JUSTIFICACIÓN.....	30
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	31
5. HIPÓTESIS.....	32
5.1. Hipótesis de trabajo	32
5.2. Hipótesis nula	32
6. OBJETIVOS.....	33
6.1. Objetivo general.....	33
6.2. Objetivos específicos	33
7. VARIABLES.....	34
7.1. Independiente	34
7.2. Dependiente.....	34

7.3. Sociodemográficas	35
8. MATERIALES Y MÉTODOS.....	36
8.1. Tipo de estudio	36
8.2. Universo de estudio	36
8.3. Criterios.....	37
9. METODOLOGÍA.....	38
9.1. Participantes	38
9.2. Procedimiento	38
9.3. Instrumentos	39
9.4. Análisis estadístico	45
9.5. Consideraciones éticas	46
10. RESULTADOS	47
11. DISCUSIÓN.....	55
12. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES	59
12.1. Conclusiones	59
12.2. Limitaciones del estudio.....	59
12.3. Recomendaciones	60
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
14. ANEXOS	73

1. RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La salud bucal es una condición relevante de la calidad de vida de los universitarios y se establece en función de la salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y su relación con las características del entorno. **OBJETIVO:** Describir la relación del impacto de la salud bucal y los rasgos de personalidad con la calidad de vida en estudiantes de la Escuela de Ciencias de la Salud, Unidad Valle de las Palmas de la UABC. **METODOLOGÍA:** Estudio correlacional con una muestra intencional de 178 estudiantes del 7º y 8º semestre de Cirujano Dentista, Enfermería, Medicina y Psicología. Se aplicó cédula de identificación personal y cuestionario OHIP-49, posteriormente revisando CPOD e IHOS y 16 FP en última etapa. La calidad de vida se estableció arriba de la mediana como “mala” y debajo como “buena”. **RESULTADOS:** 71.9% de la muestra correspondió al sexo femenino. La media de edad fue de 22.54 años. El estado de salud bucal en IHOS es 84% bueno 12% regular y 4% excelente, en CPOD el 63% se encuentra con mal estado de salud bucal. El 52.8% tiene Buena Calidad de Vida, destacándose que el 96.6% reconoce afectación en funcionalidad bucal y el 74.7% disconfort psicológico. Los rasgos de personalidad asociados a una Mala Calidad de Vida se encuentran en los factores de Velocidad de reacción (-F) e Inteligencia social (+N). **CONCLUSIONES:** La salud bucal tiene un impacto directo en la percepción de la calidad de vida en la población universitaria. La Mala Calidad de Vida se asocia a rasgos de personalidad desadaptativos.

2. INTRODUCCIÓN

El interés por la atención a la salud, y no sólo a la enfermedad, se presenta desde hace varias décadas, impulsado principalmente por la necesidad de prevenir la existencia de diversos padecimientos que se detectan en un nivel avanzado, impactando así la vida del enfermo, por mínimo que sea el grado de la afectación. Debido a estas circunstancias presentadas en el contexto universal es que se comienza a reconocer la importancia de valorar la calidad de vida en los individuos, buscando mantener y mejorar la salud de la población total.

La salud se define por la OMS como “la percepción que el individuo tiene acerca de su posición según el contexto cultural y sistema de valores en el que vive, y la relación que esto tiene con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones en la vida”¹. Por otra parte, Nava (2012) señala que se trata de un “concepto amplio, del que forman parte elementos como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales de la persona y su relación con el ambiente que le rodea”².

Posteriormente, y bajo una perspectiva especializada, se propone el término Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), que se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado salud actual, sobre la capacidad de la persona para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades importantes para el individuo que afectan su estado general de bienestar³.

La salud bucal es una condición relevante de la calidad de vida de los jóvenes universitarios, la cual se establece en función de la salud física de cada persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con las características del entorno⁴.

Una relación estrecha entre la salud bucal y la calidad de vida la propone De la Fuente en una investigación sobre caries y pérdida dental en estudiantes pre-universitarios, al apuntar que “la salud bucal se considera una parte integral del complejo craneofacial que participa en funciones vitales como la alimentación, la comunicación y el afecto”⁵.

Se ha reconocido con el paso de tiempo que la salud no se circunscribe específicamente a una condición física que se valora exclusivamente a través de una conceptualización médica, sino que comprende también aspectos mentales y psicológicos que se manifiestan en el ser humano. Por lo tanto, las acciones de atención y promoción de la salud que desarrollan las instituciones internacionales especialistas en el área se orientan cada vez más a la optimización en la calidad de vida, siendo éste uno de los objetivos primarios de las ciencias de la salud.

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. Salud bucal.

La salud del ser humano tiene varios componentes. Una de las principales áreas en las que debe prevalecer una constante vigilancia y supervisión regulada para mantener en un adecuado estado de salud, es el área bucal, pues es una parte integral de la salud en general. La salud bucodental se define por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes, así como otras enfermedades y trastornos que afectan la boca y cavidad bucal⁶, por lo que se puede reconocer que la salud bucal es indispensable para una salud general.

Los primeros esfuerzos en función de prevención, ocurridos en la década de 1950 y 1960, recibieron un impulso al demostrarse que las enfermedades periodontales son infecciones bacterianas, lo que permite reducir el alcance de la afectación a través del aumento de la resistencia del organismo. La investigación en este campo ha generado resultados significativos en el sentido que se ha producido una mejoría creciente en la salud bucal de la población, así como nuevos enfoques sobre la prevención y tratamiento de enfermedades dentales, y progreso en la ciencia⁷.

De acuerdo con el *Estudio sobre la Carga Mundial de Enfermedad 2010* de la OMS, de las cincuenta enfermedades y trastornos incapacitantes prevalentes detectados, tres de ellos corresponden a la salud bucal: caries dental, enfermedad periodontal y edentulismo. Además de otras cifras obtenidas por la misma organización, por medio de las que se identifica que las enfermedades dentales más comunes son la caries dental y las periodontopatías, se encuentra que entre el 60 y 90% de escolares tiene caries y que las enfermedades periodontales graves afectan al 5-20% de la población adulta⁸.

La preocupación de la OMS por atender este aspecto en la comunidad se refleja en las acciones establecidas en el *Programa Mundial de Salud Bucal*,

desarrollado por el Departamento de Enfermedades Crónicas y Promoción de la salud, el cual da prioridad a la integración de la salud oral con programas generales de salud a nivel nacional o comunitario y el desarrollo de políticas globales para la promoción de la salud y prevención de enfermedad^{9,10}.

En el escenario nacional, la Secretaría de Salud ejecuta el *Programa de Salud Bucal*, perteneciente al Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), que tiene como objetivo promover, prevenir y proteger la salud bucal de la población para disminuir la carga de morbilidad bucal, coadyuvando a mejorar la calidad de vida¹¹.

Es en el año 2005 que surge el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles (SIPEVAB), el cual permite construir un perfil con los rasgos generales de los problemas bucales más importantes en el país, publicando los resultados de la información recopilada en 2009, 2010, 2011 y finalmente en 2013¹².

2.1.1.1. Estado de salud bucal en México.

La salud bucal de una comunidad se evalúa de acuerdo a los estándares y valores establecidos internacionalmente para los indicadores. Entre los más utilizados se encuentra el Índice Higiene Oral Simplificado (IHOS) y el Índice de Dientes Cariados, Perdidos y Obturados (CPOD).

El índice CPOD fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio sobre el estado dental y la necesidad de tratamiento de niños en Maryland, Estados Unidos, en 1935¹³ y ha sido ampliamente utilizado por su practicidad.

En 2011, la Secretaria de Salud a través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) publica el *Perfil epidemiológico de la salud bucal en México 2010*, documento en que se reflejan indicadores del comportamiento de la población en relación a la salud bucal, entre los que se encuentra, de acuerdo al Índice de Higiene Oral Simplificado, que de la población de 20 a 24 años de edad se presenta el 36.3% con excelente salud bucal, 37.1% con buena higiene, 23.6% con regular y el 3.0% con mala higiene. El mismo grupo generacional presenta

mayor cantidad de dientes cariados que el grupo de edad avanzada con la valoración de Dientes Cariados, Perdidos y Obturados (CPOD)¹⁴.

Datos más recientes del Informe en el 2013 del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIPEVAB) determinan, respecto a los mismos indicadores en el grupo de los 20 a 24 años de edad, que en el IHOS se presenta un incremento al 42.0% con excelente salud bucal, 31.3% con buena higiene, 23.8% con regular y el 2.9% con mala higiene, manifestando una tendencia hacia una salud bucal óptima, mientras que en el CPOD no existen variaciones. Resalta en este informe que el 49% presenta un estadio periodontal sano, mientras que en el 51% de la población de 20 a 24 años existe enfermedad¹⁵.

Algunos estudios exponen la dimensión de la problemática de salud bucal presente en el país, como el de De la Fuente, que identifica necesidades de tratamiento en al menos 1 diente por estudiante en una muestra de 77,191 en nivel de Bachillerato⁵.

Respecto a la etapa universitaria, otro estudio con 1547 estudiantes mexicanos encuentra que aunque el 98.9% realiza visitas al dentista al menos 1 vez al año, y el 95.5% conoce la técnica de cepillado, el 96.8% requirió tratamiento dental quedando evidente la ausencia de prevención y comportamiento de autocuidado¹⁶.

Estos aspectos adquieren énfasis al valorar a población universitaria que cursa estudios en el área de la salud, como lo detecta Esquivel con la presencia de caries en un 98.6% de la comunidad estudiantil de Odontología en el Estado de México¹⁷.

Además, se han realizado estudios comparativos entre jóvenes de diversas carreras con el fin de valorar el impacto que genera tener un mayor conocimiento profesional y el comportamiento relacionado a la atención a la salud bucal¹⁸. Por otra parte, se encuentra en una comunidad universitaria de nuevo ingreso a las Ciencias de la Salud, altos índices de afectación en salud oral, principalmente de caries y enfermedad periodontal¹⁹.

Por lo antes expuesto, la salud oral se reconoce hasta ahora como un aspecto poco atendido en la mayoría de los jóvenes, lo que lo convierte en un problema de tipo social debido a la falta de cuidado y atención, desconociendo la mayoría de la población las consecuencias que se provocan a mediano y largo plazo. Advirtiéndose sobre la necesidad de tener en cuenta los factores de riesgo posibles a identificar y promover cambios de conducta, a fin de reducir los índices de los padecimientos en el área bucal de la población²⁰.

Estos antecedentes sugieren evidencia de una salud oral inadecuada en la población a estudiar, sin embargo, son escasos los estudios que se han realizado en el país en la comunidad universitaria vinculando la salud oral con la calidad de vida, así como la posibilidad de reconocer la totalidad de elementos implicados en ambas condiciones.

2.1.1.2. Factores de riesgo en población juvenil.

La OMS, en el *Informe sobre la Situación Mundial de las Enfermedades No Transmisibles del 2010*, identifica cuatro factores comportamentales de riesgo que atentan la salud: tabaquismo, sedentarismo, alcohol, una dieta no saludable y sobrepeso u obesidad²¹.

Además de la higiene bucal deficiente, los factores de riesgo importantes para las enfermedades periodontales severas se relacionan con la dieta, el consumo de tabaco y alcohol, estrés, así como la coexistencia de otras enfermedades sistémicas. En los adultos, sólo el 40.3% tiene un periodonto sano y alrededor de un 6% de los usuarios de los servicios de salud presentan formas severas de enfermedad periodontal. El consumo de tabaco es un problema de salud pública mundial; en los últimos años numerosas investigaciones han demostrado epidemiológicamente y biológicamente que el tabaquismo es uno de los factores de riesgo más importante en lo que respecta al desarrollo y progresión de la enfermedad periodontal¹².

El Instituto Nacional de Salud Pública señala que el grupo con mayor tendencia en el incremento de consumo de tabaco es de los 18 a 25 años. Un estudio realizado en México en 2013 demuestra que el 56.4% de los 117

estudiantes de ciencias de la salud valorados tiene el hábito del consumo de tabaco y un 76.9% de alcohol²².

El sedentarismo se establece cuando ocurren menos de 30 minutos diarios de ejercicio en menos de 3 días a la semana, según la OMS. La inactividad física es el cuarto factor de riesgo para mortalidad en el plano mundial²³. En 2012, la *Encuesta Nacional de Salud en México* describe que el 51.4% de los adultos refiere pasar hasta 2 horas al día frente a una pantalla y el 48.6% excede ese tiempo²⁴.

En lo referente a la dieta saludable, este indicador tiene una relación directa con la obesidad, considerada alto factor de riesgo en la población juvenil. México se mantiene entre los países con mayor nivel de obesidad, mientras que en el caso de Baja California, el Consejo Nacional de Población ubica al estado en el lugar 5 de toda la república con una tasa de 39.5% de presencia de sobrepeso u obesidad²⁵. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres adolescentes aumentó de 33.4 a 35.8%; en el grupo de mujeres mayores a los 20 años el porcentaje pasó de 71.9 a 73%. En el caso de los hombres adolescentes la prevalencia creció 34.1% y en los adultos se incrementó a 69.4%²⁶⁻²⁹.

A pesar de que la mayoría de las enfermedades bucales no son fatales, sí conducen a una morbilidad significativa, lo que termina en graves consecuencias físicas, psicológicas y sociales que afectan la calidad de vida de los pacientes. En este sentido es que adquiere relevancia valorar la salud oral y las implicaciones en la vida cotidiana cuando existen o no afectaciones en esta área. Estudios como el de Cohen, Souza y Bessa³⁰ muestran hallazgos significativos en la pertinencia de evaluar la salud oral en relación al impacto que tiene sobre la calidad de vida de la población.

Un estudio reciente de Li-Jun³¹ presenta los resultados de exploraciones realizadas en pacientes con lesiones en mucosa oral, la cual es una afectación común y que tiene un origen desconocido la mayor parte de las ocasiones. El equipo de investigadores concluye que evaluar adecuadamente los aspectos sociales provee información detallada acerca del impacto que la enfermedad tiene

sobre la vida del paciente, pues tanto la salud oral como la calidad de vida se encontraron afectadas.

2.1.2. Calidad de vida.

La Calidad de Vida (CV) es un aspecto que se ha conceptualizado a lo largo del tiempo de formas diferentes, integrándose por dimensiones de índole física, social y emocional, convergiendo en el que se trata de un término subjetivo que subyace a la percepción que cada individuo tiene sobre su propia condición.

Las primeras apariciones del concepto se reducen a una vinculación hacia elementos propios del medio ambiente y las condiciones sociales orientándose al bienestar de la población³². Una de las primeras definiciones de la calidad de vida es la propuesta por Levy y Anderson, que la señalan como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa³³.

Una década después Cella y Tulsy la describen como la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal³⁴.

De manera general, la calidad de vida se define como el tipo de respuesta individual y social ante el conjunto de situaciones reales de la vida diaria, que además tiene la particularidad de recoger los componentes del bienestar objetivo a través de la percepción de dicho bienestar, el análisis de los procesos que llevan a la persona a identificar esa satisfacción y los elementos que la integran³⁵. Lo anterior permite establecer una vinculación en los aspectos funcionales del ser humano entre las áreas biológica, psicológica y social, siendo la interacción entre las tres dimensiones lo que genera un estado de bienestar en el individuo.

En 2003, Rubén Ardila propone una definición integradora; conceptualizándola como un estado de satisfacción general derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Incluye entre los aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida. En lo subjetivo se constituye por la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la

productividad personal y la salud objetiva. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social³⁶.

El Grupo de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL Group) establece la definición oficial de la calidad de vida como la percepción de cada individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de cultura y valores en el que vive y con relación a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones³⁷.

Al tratarse de una concepción individual, estudios recientes han determinado que las personas establecen estándares de comparación basados en 1) la importancia que se le asigna a cada dimensión y la distancia entre lo adquirido, y 2) la expectativa individual o social del aspecto evaluado³⁸.

Es importante no confundir la calidad de vida con otras definiciones como la de bienestar, salud, satisfacción, que son componentes de la calidad de vida o factores predictivos de la misma, pero que no la constituyen en su totalidad, al tratarse de una construcción con elementos objetivos y subjetivos.

La relevancia de estudiar la calidad de vida radica en que se ha comprobado una relación estrecha con la situación social, cultural y económica de los pacientes, afectándose la salud mental y, por consecuencia, la conducta³⁹⁻⁴⁷.

2.1.2.1. Calidad de vida relacionada a la salud.

La calidad de vida relacionada a la salud oral (CVRSO) se trata de una conceptualización subjetiva, lo que conlleva dificultades para la elaboración de mediciones precisas. A este respecto se encuentran los hallazgos de Cohen³⁰, donde resalta la identificación de seis factores significativos de índole socio-demográfica asociados a la calidad de vida y la salud oral que son el género, edad, educación, nivel de ingresos, etnia y área residencia; mismos que de acuerdo a su grado de convergencia favorecen la falta de salud oral. Lo que confirma la relación de aspectos psicológicos y sociales como determinantes de la salud bucal y, por consecuencia, de la calidad de vida que ésta proporciona a los individuos.

La relación entre dos elementos significativos para el bienestar de la población implica el desempeño integral de varias dimensiones, como son a) el

funcionamiento social, físico, y cognitivo; b) la movilidad y el cuidado personal; y c) el bienestar emocional.

La misma OMS se ha dedicado a profesionalizar el estudio del tema, elaborando el *Manual de Instrucciones de la OMS sobre la Calidad de Vida*, el cual se encuentra anexo en el documento llamado *Pautas Generales para las Metodologías de Investigación y Evaluación de la Medicina Tradicional*⁴⁹, en el que se describen, entre otros aspectos, las rutas convenientes para favorecer la investigación en el campo, afrontar las condiciones presentes en distintas partes del mundo y mejorarlas.

2.1.2.2. Elementos conceptuales y de medición.

Valorar la calidad de vida es un proceso que requiere la utilización de criterios específicos sobre los aspectos a incluir debido a las múltiples variables que interactúan para que se determine la percepción de cada individuo en tal sentido. Como muchos instrumentos en el área de la salud, han sido desarrollados para verificar el estado actual de la CV asociado a una condición determinada o para reconocer el impacto que intervenciones de promoción a la salud han tenido en las comunidades.

En 1991 la OMS inicia un proyecto en 15 países para la evaluación de calidad de vida con el desarrollo de un instrumento que permita hacer una comparación internacional e intercultural. La evaluación se realiza a través de la percepción del individuo en el contexto de su cultura, sistema de valores, metas, normas y preocupaciones personales.

En este instrumento se establece que es necesario discriminar las dimensiones que conforman la percepción de calidad de vida, incluyéndose en este caso la salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente^{50,51}. La primera versión constaba de 100 reactivos, poco tiempo después se elabora la versión breve con 26 reactivos^{37,52}. Análisis posteriores sobre la versión corta confirman que es un instrumento confiable para la valoración de la calidad de vida general^{53,54}.

Una revisión a los diferentes instrumentos para medir la calidad de vida realizada en 2002⁵⁵ los clasifica en genéricos y específicos. Los primeros sirven para comparar poblaciones y padecimientos, mientras que los segundos se concentran en las características de algún padecimiento. Hasta ese momento se habían reconocido 50 instrumentos genéricos y 54 específicos.

Una investigación de Cardona⁵⁶ demuestra que se han multiplicado los estudios sobre calidad de vida a nivel mundial en los últimos años, confirmando la relevancia de obtener la información desde la perspectiva del paciente, entendida como salud percibida⁵³.

En México aparecen hasta 1991, con un cuestionario elaborado por Foncerrada⁵⁷ para evaluar el impacto de la presencia de enfermedades crónicas en las áreas familiar, escolar y social del paciente. A partir de este momento se han realizado numerosas investigaciones en el tema con el desarrollo de instrumentos propios o con la adecuación de los validados en comunidades extranjeras.

Son diversas las investigaciones realizadas hasta el momento basadas en el modelo de CVRS, dirigidas hacia un grupo de población que ha presentado una patología específica, como son afectaciones cardíacas⁵⁸, cáncer⁵⁹, paciente en condición crítica⁶⁰ y tumores⁶¹, por señalar sólo algunos de los tópicos que han sido asociados al estudio de la calidad de vida y que han permitido comprobar que conllevan una modificación inevitable en hábitos, rutinas, autopercepción y autocuidado.

La salud mental, por lo tanto, resalta como un factor fundamental en la percepción que cada individuo tiene acerca de su calidad de vida y la responsabilidad personal sobre la misma.

Las primeras investigaciones sobre el tema de la calidad de vida como factor asociado a la salud bucal se presentan a finales de los años 80, en las que se sugiere la identificación de la calidad de vida como medio para evaluar el estado de salud bucal, encontrando un alto impacto en la calidad de vida de pacientes que presentaban de inicio una afectación bucal⁶².

Ante el interés por ampliar de manera objetiva el conocimiento del impacto que tiene la salud oral en la calidad de vida de las personas se han creado diversos instrumentos que buscan valorar de manera precisa las áreas de la personalidad que se afectan en caso de no existir el estado óptimo de bienestar en este aspecto. Uno de ellos es el *Perfil de Impacto de la Salud Bucal* (Oral Health Profile Impact, OHIP), un cuestionario validado en población mexicana y que permite identificar la afectación resultante en alguna de las dimensiones que valora: limitación funcional, dolor, incomodidad psicológica, inhabilidad física, inhabilidad psicológica, inhabilidad social e incapacidad⁶³.

La información obtenida por medio de los instrumentos mencionados ofrece una utilidad que trasciende de lo individual a lo social, pues representan un incremento en la sobrevivencia, en la calidad de vida, o en ambas; además, los análisis representan una guía para la toma de decisiones, investigación e intervención en salud⁵⁵.

2.1.3. Psicología de la salud.

Cuando se aborda el tema de salud, es necesario situarlo en un tiempo y espacio determinado debido a que la presencia o ausencia de la misma es el resultado de una serie de factores interactuantes y cambiantes según el contexto y la época. Así lo señala Rosen al establecer que en ningún sitio se encuentra la enfermedad humana de forma natural, ya que siempre está condicionada y modificada por la actividad social y por el ambiente cultural que crea tal actividad⁶⁴, por lo que debe comprenderse que la salud mental de una población es a la vez un indicador de la salud general.

La OMS define a la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad⁶⁵. A diferencia de la definición de salud general, implica algo más que la ausencia de la enfermedad y se conforma por dimensiones como el bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia

intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente.

La evolución en el comportamiento epidemiológico de la población en el mundo en relación a la salud y enfermedad es un hecho que preocupa a los profesionales de la salud mental, de ahí la importancia de la Psicología de la Salud, entendida como el conjunto de contribuciones específicas, educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la Psicología a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas⁶⁶.

La Psicología de la Salud tiene sus antecedentes teóricos y prácticos en los modelos de Psicología Clínica, Psicología Médica, Medicina Conductual y Psicología Comunitaria⁶⁷. Fue durante la Segunda Guerra Mundial que se identifica la salud mental como causa de manifestaciones físicas⁶⁸.

Desde hace algunos años se ha dicho que la Psicología de la Salud surgió en los Estados Unidos hacia 1974, con la aparición del término *Health Psychology* propuesto por Stone en la Universidad de California y otros antecedentes⁶⁹.

Morales Calatayud amplía el campo de intervención de la Psicología de la Salud al indicar que es la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud. Consecuentemente, a la psicología de la salud le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de los servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben⁷⁰.

Desde el siglo XIX el modelo principal de la salud y la enfermedad ha sido el modelo biomédico. Éste explica la enfermedad en términos de parámetros físicos

y la biología molecular es su disciplina científica básica. El modelo biomédico implica que las cuestiones psicosociales no son responsabilidad de los médicos. La noción de que la enfermedad era causada por un patógeno específico estimuló el desarrollo de las drogas sintéticas y la tecnología médica y suscitó el optimismo que muchas enfermedades podrían ser curadas. Sin embargo, el punto de vista de que una enfermedad se encuentra en un agente específico ha dado al campo médico una perspectiva que se focaliza más sobre la enfermedad que sobre la salud⁶⁸.

Sin embargo, el hecho de que la prevalencia de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) se incrementa constantemente es debido al comportamiento de la población respecto a su estilo de vida y comportamiento. La World Health Professions Alliance (WHPA) establece que las ENT son la principal causa de muerte en el mundo. En México, al 2013 se identificaron las enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos como las 3 primeras causas (57%) de mortalidad⁷¹, limitando la esperanza de vida en México a 77.35 años y 74.01 años en Baja California⁷².

La WHPA indica que existen otras ENT importantes, como las enfermedades bucodentales, los trastornos mentales y la artritis, que son menos desatendidas pero que desempeñan una función clave en el bienestar general de la población. Se ha demostrado una estrecha relación entre las enfermedades bucodentales y los resultados psicosociales, relativos al habla, nutricionales y educativos así como con otras condiciones sistémicas. Para lograr una reducción significativa en todas las ENT es necesario tomar medidas respecto a factores más amplios, que impactan la salud, estilo de vida y comportamiento de las personas: las condiciones en las que nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y la influencia de la sociedad. Con objeto de reducir el efecto de las ENT resulta fundamental implementar un enfoque integrador que vincule factores de riesgo individuales con determinantes socioeconómicos de salud⁷³.

El modelo de intervención establecido por la Psicología de la Salud como disciplina considera todos los aspectos psicológicos que actúan en las distintas

fases del estado de salud como la determinación, el riesgo, la condición de enfermedad y recuperación⁶⁷.

Para lograr una comprensión amplia sobre las conductas de salud, Conner y Norman han desarrollado dos líneas de aproximación al concepto, dirigida la primera a los factores intrínsecos del individuo (personalidad, procesos cognitivos, características socio demográfica y otros) y los factores extrínsecos, propios de la cultura y contexto social. El impacto de los factores intrínsecos ha sido detonante de los modelos cognitivos de salud, en función de que son considerados los determinantes de la conducta de salud. Este proceso de vinculación entre la conciencia de riesgo y el comportamiento saludable explica, por ejemplo, la persistencia de conducta no saludable en profesionales de la salud⁷⁴⁻⁷⁶.

2.1.3.1. Teoría del aprendizaje social.

Una teoría es un conjunto de elementos y variables que mediante conceptos, definiciones y proposiciones interrelacionadas expresan una visión sistemática de un fenómeno. La teoría también se define como el conocimiento sistemáticamente organizado que es aplicable a una variedad relativamente amplia de circunstancias para analizar, prever o explicar la naturaleza o comportamiento de un fenómeno⁷⁷.

La Teoría del Aprendizaje Social fue postulada por Rotter en 1954, quien consideró inicialmente que los individuos tienen una orientación de lugar de control interno (es decir, se otorgan a sí mismos la responsabilidad de los resultados y consideran que sus acciones afectan a los resultados) o una orientación externa, que sugiere que asignan la responsabilidad de los resultados a factores externos como la suerte⁷⁸.

Propone que los procesos de imitación y modelaje sirven de base para entender la socialización del estilo de vida. Es decir, la conducta de los progenitores, los iguales y del profesorado, así como las consecuencias que estas conductas tienen para sus actores, influyen en el aprendizaje del estilo de vida de niños, niñas y adolescentes. Para esta teoría, la motivación y el comportamiento están regulados por un pensamiento deliberado que adelanta a la acción, a través

del cual el cambio de comportamiento se determina por el sentido de control personal sobre el ambiente. Estas creencias influyen en la implicación que las personas tienen con el comportamiento saludable o no saludable⁷⁹.

El nuevo sujeto poco a poco va incorporando la cultura de su entorno social, apropiándose de esquemas cognitivos y de un marco valorativo de referencia a través del proceso de interacción, principalmente con los grupos de relaciones primarias, relaciones funcionales y relaciones estructurales. De aquí se desprende que hay conductas sanas y conductas anómalas, de tal manera que un individuo puede incurrir tanto en unas como en otras, la predominancia será lo que definirá su situación como sano o enfermo ante el profesionalista de la salud mental⁸⁰.

2.1.3.2. Modelo de creencias en salud.

El modelo es el conjunto de elementos esenciales que logra representar un aspecto de la realidad. Es por lo general derivado de la teoría y también de la vida empírica o de la simple abstracción a modo de descripción verbal, visual, lógica o matemática⁷⁷.

Earp y Ennett señalaron tres formas principales de uso: como marco conceptual para organizar e integrar información, como sistema diagramático de medición y como estructura conceptual, desarrollada y aplicada para guiar la investigación y la práctica⁸¹.

Uno de los más utilizados en promoción de la salud y que incluye un importante componente cognitivo/perceptivo, es el Modelo de Creencias de Salud (MCS) o Health Belief Model. El Modelo de Creencias en Salud fue desarrollado por un grupo de especialistas en Psicología Social del Departamento de Salud Pública Norteamericano, encabezado por Hochbaum, Rosenstock y Becker en los años de 1950. Surge en consecuencia de su interés por buscar una explicación a la falta de participación pública en los programas de detección precoz y prevención de enfermedad. Posteriormente el modelo fue adaptado para tratar de explicar una variedad de conductas de salud, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad o el cumplimiento del paciente con los

tratamientos y las recomendaciones, la práctica de autoexámenes exploratorios o el uso de tabaco⁸².

Este modelo retoma lo planteado por Lewin respecto a la percepción, otorgando relevancia a la lectura que hace el individuo de su contexto, argumentado con base cognoscitivista, que el comportamiento ante la enfermedad está determinada por el análisis del costo-beneficio de las implicaciones ante la ejecución de la conducta⁸³, de tal forma que la probabilidad de ejecutar una acción para evitar una enfermedad es producto de un proceso en que la persona necesita creer varias cosas. Primero, que es susceptible de sufrirla. Segundo, que la ocurrencia de la enfermedad puede tener una severidad moderada en su vida y, Tercero, que tomar una acción factible y eficaz en particular puede ser benéfico al reducir la susceptibilidad o su severidad, superando o representando mayor importancia que las barreras psicológicas acerca de costos, conveniencia, dolor, incomodidad del examen o de la acción preventiva⁸⁴.

En conjunto, si hay una disposición alta para emitir la conducta y las barreras consideradas son bajas, es probable que realice la conducta preventiva o de salud, o por el contrario, se omitirá la acción.

Dentro de las contribuciones de este modelo se encuentran:

- a) Conceptuar las creencias como elementos relevantes para la interpretación de las conductas de los individuos en lo referente a la salud y la enfermedad⁸⁵.
- b) Intentar sistematizar un modelo que permita estudiar la influencia de las creencias referentes a las conductas ante la enfermedad.
- c) Demostrar que existe una fuerte relación entre la percepción de adquirir una enfermedad y las conductas preventivas⁸³.

En el ámbito de la Psicología de la Salud, se entenderán las creencias de salud como relaciones arbitrarias entre conductas generadas socialmente, y conductas de salud o de riesgo. Esta relación es dependiente de las funciones contextualmente proporcionadas, motivo suficiente para atender, además de las conductas de salud que lleva a cabo o las creencias manifestadas, también a las diferentes funciones que establezcan la relación entre ambas⁸⁴.

2.1.3.2.1. Expectativa de valor.

Desarrollado por Eccles, Adler, Futterman, Goff y Kaczala (1983). Establecen que las expectativas y los valores determinan directamente el comportamiento, la persistencia en la tarea y la elección de la misma. Las expectativas y los valores están influidos por creencias específicas sobre la tarea, percepciones de competencia, percepciones de dificultad de distintas tareas, auto-esquemas y objetivos individuales. Todo ello estaría influido a su vez por percepciones de la actitud y las expectativas de los otros hacia el sujeto, por recuerdos afectivos y por su propia interpretación de sus resultados de logro previos⁸⁶.

El postulado principal es que la conducta depende básicamente de dos variables: el valor que la persona da a un determinado objetivo y la estimación que la persona hace sobre la probabilidad de que al llevar a cabo una acción determinada, se logre el objetivo deseado⁸⁵. Se asume que la opción de que una persona elija un curso de acción diferente se basa en dos tipos de cogniciones:

- a. Probabilidad subjetiva de que un determinado comportamiento conducirá a un conjunto de resultados esperados, y
- b. Valoración de los resultados de la acción⁷⁹.

2.1.3.2.2. Locus de control.

La definición de locus de control fue establecida por Rotter (1966) considerando que si la persona percibe que el acontecimiento es contingente con su conducta o sus propias características relativamente permanentes es una creencia en el control interno; en cambio, cuando un refuerzo es percibido como siguiendo alguna acción personal, pero no siendo enteramente contingente con ella, es típicamente percibido como el resultado de la suerte y se establece como una creencia en el control externo⁸⁶.

Por tanto, el *locus de control* hace referencia a la expectativa de que las acciones personales serán eficaces en el control o dominio del ambiente, clasificándose a los individuos en función de su creencia interna o externa⁷⁸.

En 1978 Wallston propone la Escala *Multidimensional Health Locus of Control*, que ha sido de las más utilizadas para predecir conductas en salud. Esta escala identifica las creencias respecto a los resultados de las personas en función de su salud, ofreciendo tres alternativas: a) el individuo lo atribuye a sus propias acciones, b) a otros y c) a la suerte, destino o azar. El último grupo es el que se ha demostrado tiene menor compromiso con su salud ⁸⁷.

2.1.3.3. Teoría de los rasgos.

La contribución más importante de Raymond Cattell al estudio de la personalidad fue la descripción sistemática de la misma. La personalidad, para Catell, es aquello que nos dice lo que una persona hará cuando se encuentre en una situación determinada. Los rasgos son las unidades de la personalidad que tienen valor predictivo⁸⁸.

Las diferencias en personalidad son diferencias en conducta, y las conductas son una manifestación indirecta de constructos internos relativamente estables. Estos constructos son los rasgos, que dotan a la personalidad de consistencia temporal y marcan una tendencia relativamente estable a reaccionar de una forma determinada.

Allport prefiere llamarlos disposiciones personales. Los definió ya en 1966 como un sistema neuropsíquico (específico del individuo) generalizado y focalizado, dotado de la capacidad de convertir muchos estímulos en funcionalmente equivalentes y de iniciar y guiar formas coherentes (equivalentes) de comportamiento adaptativo y expresivo. Categoriza los rasgos en cardinales (generales a la población), centrales (manifestados constantemente) y secundarios (característicos del individuo pero expresados de manera ocasional al activarse como respuesta a un acontecimiento)⁸⁹.

Para Eysenk, los rasgos son factores disposicionales que determinan nuestra conducta regular y persistentemente en muchos tipos de situaciones diferentes. Reduce los rasgos significativos de valoración para conocer la personalidad a 3: Extraversión (E), Neuroticismo (N) y Psicoticismo (P)⁹⁰.

Cattell establece una clasificación para los rasgos, de acuerdo a su funcionamiento: a) comunes (propios de todas las personas) contra únicos (son característicos de individuo); b) superficiales (fáciles de observar) contra fuentes (solo pueden ser descubiertos mediante análisis factorial); c) constitucionales (dependen de la herencia) contra moldeados por el ambiente (dependen del entorno); d) los dinámicos (motivan a la persona hacia la meta) contra habilidad (capacidad para alcanzar la meta) contra temperamento (aspectos emocionales de la actividad dirigida hacia la meta)⁹¹.

Para comprobar la correlación existente entre la causa y la persistencia de un rasgo, es que utiliza el análisis factorial. Discriminó entre rasgos de superficie y rasgos de origen, siendo los primeros susceptibles de modificarse de acuerdo al contexto o condiciones divergentes. Los rasgos de origen permanecen a pesar de variaciones en la población o situaciones de prueba⁸⁸.

Entre los instrumentos de evaluación de la personalidad desde esta teoría se encuentra el 16 Factores de Personalidad, desarrollado por Cattell, que definió y midió a través del análisis funcional los 16 factores o dimensiones de la personalidad, describiendo lo abierta o cerrada que es una persona, si es estable o emotiva⁹¹.

Los factores establecidos en el instrumento y ejemplos conductuales según la tendencia del individuo, se enlistan a continuación⁹²:

1. Soliloquia -Sociabilidad (Factor A).

A- Fría, minuciosa, precisa y desapasionada.

A+ Cálida, tolerante, generosa, abierta y afable

2. Inteligencia baja / alta (Factor B).

B+ Inteligente. Modula otros factores

B- Algún tipo de limitación intelectual por retraso o bloqueo

3. Debilidad del Yo – Fuerza superior del Y (Factor C).

C- Inestable emocionalmente, afectada por los sentimientos, perturbable.

C+ Estable realista, calmada, serena, objetiva.

4. Sumisión - Dominante (Factor E).

- E- Sumisa, débil, acomodaticia, conformista.
E+ Dominante, independiente, agresiva, competitiva, obstinada y dogmática.
5. Retraimiento – Impetuosidad (Factor F).
F- Sobria, prudente, seria, taciturna, pesimista, cautelosa.
F+ Impulsiva, apasionada, emprendedora, jovial y descuidada.
6. Súper Yo débil – Súper Yo fuerte (Factor G).
G- No ha interiorizado las normas sociales, se las salta y se muestra despreocupada.
G+ Laboriosa, ordenada metódica, perfeccionista, autoexigente.
7. Timidez - Audacia (Factor H).
H- Cohibida, reprimida, tímida, falta de confianza, se mantiene al margen de las relaciones sociales.
H+ Desinhibida, audaz, socialmente atrevida.
8. Severidad – Sensibilidad emocional (Factor I).
I- Endurecida, templada, capaz de sobreponerse. Firme y consistente, segura de sí misma.
I+ Sensible, tierna, dependiente, sobreprotegida, benevolente, comprensiva, agradable.
9. Confianza – Desconfianza (Factor L).
L- Confiada, adaptable, de trato fácil, buena colaboradora
L+ Suspica, engreída, difícil de engañar, desconfiada, ambigua
10. Objetividad - Subjetividad (Factor M).
M- Práctica, convencional, regulada por necesidades externas, formal, correcta.
M+ Imaginativa, despreocupada de lo práctico, creativa.
11. Ingenuidad – Astucia (Factor N).
N- Franca, sencilla, natural, espontánea, poco hábil socialmente.
N+ Astuta, mundana, cortés, atenta a lo social, capaz de captar las intenciones.
12. Adecuación serena – Propensión a la culpabilidad (Factor O).

O- Bien adaptada a las circunstancias, no admite culpas, no se desasosiega

O+ Tendencia a sentirse culpable, inquieta, aprensiva, insegura.

13. Conservadurismo – Radicalismo (Factor (Q1).

Q1- Precavida con lo nuevo, se opone a cambios radicales, inmovilista.

Q1+ Liberal, experimental, le gusta percatarse de las cosas por su experiencia, tolerante con las ideas nuevas

14. Dependencia grupal - Autosuficiente (Factor Q2).

Q2- Dependiente del grupo, seguidora, necesita la aprobación social.

Q2 + Autosuficiente, llena de recursos, prefiere sus propias decisiones, no depende del grupo

15. Indiferencia - Control (Factor Q3).

Q3- Incontrolada, despreocupada de protocolos y orientada por sus propias necesidades.

Q3+ Controlada, socialmente adaptada y atenta.

16. Tranquilidad – Tensión (Factor Q4).

Q4- Reposada, relajada, tranquila, libre de síntomas de ansiedad.

Q4+ Tensa, angustiada, hipervigilante.

Es el Cuestionario de Personalidad de los 16 Factores de Cattell, 16PF uno de los instrumentos de evaluación psicológica más utilizados por los psicólogos en el mundo⁹³.

3. JUSTIFICACIÓN

Atendiendo a la posibilidad de prevenir enfermedades por medio de la detección oportuna es que se ha desarrollado investigación en el área de la salud con el fin de optimizar la calidad de vida de la población a través de las instituciones que cubren esta función. Resulta necesario entonces, conocer la percepción que una comunidad determinada posee respecto a su calidad de vida, de tal manera que esto permite generar alternativas de intervención con las que se impacte en favor de la prevención de las afectaciones principales observadas en ambientes específicos.

Es conveniente estudiar la calidad de vida relacionada a la salud oral, además de importante, porque ofrece información que no es posible obtener de otra forma sino es por el reconocimiento y expresión del propio paciente respecto a las sensaciones y la interpretación que hace de las mismas. Se trata de una condición que impacta a nivel físico, psicológico y social a cualquier población en la medida que se presenta o no alguna disfunción oral.

Por lo antes expuesto, la salud bucal se reconoce hasta ahora como un aspecto poco atendido en la mayoría de los jóvenes, lo que lo convierte en un problema de tipo social debido a la falta de cuidado y atención, desconociendo la mayoría de la población las consecuencias que se provocan a mediano y largo plazo. Así lo advierten Medina, Gómez, Quintero & Méndez⁹⁴ sobre la necesidad de tener en cuenta los factores de riesgo posibles a identificar y promover cambios de conducta, a fin de reducir los índices de los padecimientos en el área bucal de la población.

Sin embargo, para facilitar cambios en la percepción y responsabilidad del bienestar propio, es conveniente identificar los rasgos de personalidad asociados al cuidado o deterioro de la salud en la población juvenil.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La promoción de la salud es una de las funciones principales de los profesionistas en las ciencias de la salud, por lo que es importante que exista en el prestador del servicio un estado emocional óptimo y un buen control del estrés como algunos de los componentes importantes para ofrecer una atención de calidad hacia sus pacientes.

Estudios previos han evidenciado la ausencia de prevención y control del autocuidado en los estudiantes universitarios en México. Los elementos anteriores son indicadores esenciales de la calidad vida en relación a la salud bucal, que al interactuar con los rasgos de personalidad presentes en cada uno de los jóvenes, determinarán su comportamiento para la promoción de la salud.

Esta es la razón principal por lo que se ha elegido la Escuela de Ciencias de la Salud, unidad Valle de las Palmas de la Universidad Autónoma de Baja California para el desarrollo del presente estudio, conformada por una población estimada en 1600 estudiantes en 4 programas educativos: Medicina, Psicología, Odontología y Enfermería.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es el impacto de la salud bucal y los rasgos de personalidad con la calidad de vida en estudiantes de la Escuela de Ciencias de la Salud, Unidad Valle de las Palmas de la UABC?.

5. HIPÓTESIS

5.1. Hipótesis de trabajo

H₁: El estado de salud bucal tiene un impacto directo en la calidad de vida de los estudiantes de la Escuela de Ciencias de la Salud, Unidad Valle de las Palmas, de la UABC.

H₂: Existen rasgos de personalidad específicos asociados a la calidad de vida de los estudiantes de la Escuela de Ciencias de la Salud, Unidad Valle de las Palmas, de la UABC.

5.2. Hipótesis nula

La salud bucal no tiene un impacto en la calidad de vida, ni existen rasgos de personalidad específicos asociados a la calidad de vida de los estudiantes de la Escuela de Ciencias de la Salud, Unidad Valle de las Palmas, de la UABC.

6. OBJETIVOS

6.1. Objetivo general.

Describir la relación del impacto de la salud bucal y los rasgos de personalidad con la calidad de vida en estudiantes de la Escuela de Ciencias de la Salud, Unidad Valle de las Palmas de la UABC.

6.2. Objetivos específicos.

1. Identificar la percepción del impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los estudiantes de la Escuela de Ciencias de la Salud.
2. Valorar el estado de salud bucal de los estudiantes de la Escuela de Ciencias de la Salud.
3. Conocer los rasgos de personalidad asociados a la calidad de vida en los estudiantes de la Escuela de Ciencias de la Salud.

7. VARIABLES

7.1. Independientes.

Salud bucal

- Ordinal

Definición conceptual:

Es la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, úlceras bucales, defectos congénitos, enfermedades periodontales, caries y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal⁶.

Definición operacional:

Índice CPOD (Dientes cariados, perdidos y obturados).

Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).

Rasgos de personalidad

- Nominal

Definición conceptual:

Representa tendencias reactivas generales e indica características de conducta del sujeto que son relativamente permanentes. Implica una configuración y regularidad de la conducta a lo largo del tiempo y de las situaciones⁹⁵.

Definición operacional:

Cuestionario 16 factores de la personalidad (16 FP).

7.2. Dependiente.

Calidad de vida

Definición conceptual:

Es el tipo de respuesta individual y social ante el conjunto de situaciones reales de la vida diaria³⁵.

Definición operacional:

Perfil de Impacto de la Salud Bucal (Oral Health Profile Impact, OHIP), versión adaptada al español de 49 ítems.

7.3. Socio-demográficas.

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional
Edad	Ordinal	Cantidad de años transcurridos desde la fecha de nacimiento.	Número de años cumplidos al día del estudio.
Sexo	Nominal	Sexo al que pertenece.	Femenino/Mujer Masculino/Hombre
Carrera	Nominal	Programa educativo en el que se encuentra inscrito.	Psicología Cirujano Dentista Enfermería Medicina
Semestre	Nominal	Periodo académico cursado.	7º 8º
Consumo de alcohol	Nominal	Acción de ingerir alcohol	Sí No
Consumo de tabaco	Nominal	Acción de fumar tabaco	Sí No

8. MATERIALES Y MÉTODOS

8.1. Tipo de estudio.

De acuerdo a su alcance se realiza un estudio correlacional, atendiendo a que en el objetivo general se determina la búsqueda de la relación existente entre las variables identificadas en la población universitaria de la Escuela de Ciencias de la Salud (CISALUD), Unidad Valle de las Palmas de la Universidad Autónoma de Baja California, en el que se integran alumnos de las cuatro licenciaturas convergentes en dicho centro: Cirujano Dentista, Enfermería, Medicina y Psicología.

Se determina por tanto un diseño de estudio descriptivo-transversal, de tipo no experimental, debido a que no se impacta el curso del fenómeno, además de que se observa en un periodo específico.

8.2. Universo de estudio.

La Escuela de Ciencias de la Salud (ECISALUD), denominada en el inicio Centro de Ciencias de la Salud en la Unidad Académica Valle de las Palmas de la Universidad Autónoma de Baja California se establece en el año 2009 con el objetivo de ofrecer una respuesta a la búsqueda de alternativas que permitieran incrementar la oferta de programas educativos existentes en otras unidades de la misma Universidad para solventar la demanda generada ante el creciente egreso en el nivel de educación previo.

ECISALUD posee características particulares que la distinguen notoriamente de una unidad universitaria ordinaria, una de ellas es su ubicación geográfica (en la periferia del municipio de Tijuana y con notada cercanía al municipio de Tecate, en Baja California, México), instalada en lo que fue considerado un proyecto planeado de urbanización ordenada y sincronizada con distintos actores gubernamentales y de la iniciativa privada para generar esta nueva comunidad en un contexto autosustentable, que al momento no ha concretado el alcance esperado. Sin embargo, el desarrollo y crecimiento ha sido inevitable en lo correspondiente al espacio universitario.

Los programas educativos que oferta ECISALUD son Psicología, Cirujano Dentista, Enfermería y Medicina. La población estudiantil se distribuye al momento en cada una de las licenciaturas de la siguiente manera: 390 psicología, 561 cirujano dentista, 374 enfermería y 747 en medicina.

8.3. Criterios.

Inclusión:

Estudiantes inscritos en CISCALUD.

Mayor de 18 años.

Cursando el 7º u 8º semestre.

Eliminación.

Que no se presente el día de aplicación de instrumentos.

Que no desee participar.

9. METODOLOGÍA

9.1. Participantes.

El tamaño mínimo de la muestra se estimó por la aplicación de la fórmula de porcentajes para una población finita. El nivel de confianza (Z) se estableció en 95%.

Z	N	p	q	d
1.96	178	0.5	0.5	0.03

$$n = \frac{Z^2 pq N}{(N - 1) d^2 + Z^2 pq}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 [(0.5) (0.5) (178)]}{[(178 - 1) (0.03)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)]}$$

$$n = \frac{(3.84) [(0.5) (0.5) (178)]}{(177) (0.0009) + (3.84) (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{171}{1.12}$$

$$n = 153$$

Para obtener la información adecuada a la población, es necesario alcanzar una muestra mínima de 153. una vez establecidos los criterios para la selección de la misma se determina un muestreo intencional o de conveniencia de tipo homogéneo conformado por 178 estudiantes que se encuentran cursando el 7º y 8º semestre de las Licenciaturas, quedando integrada finalmente por 42 de Cirujano Dentista, 12 de Enfermería, 72 de Medicina y 52 de Psicología.

9.2. Procedimiento.

La recolección de datos ocurre en ECISALUD en tres etapas, siendo la primera a través de la invitación a participar en la investigación, seguida de la autorización escrita en un consentimiento informado. En la misma sesión se realizó la aplicación de una cédula de información general y del instrumento *Perfil de Impacto de la Salud Bucal* (Oral Health Profile Impact, OHIP).

En la segunda etapa se realizó la exploración clínica a la población con apoyo de equipo profesional interdisciplinario (2 Cirujanos Dentistas especialistas previamente calibrados), con el objetivo de elaborar la exploración y el diagnóstico preciso sobre el Índice CPO-D y el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS). Este momento de la investigación se desarrolló durante varios días en las clínicas de atención dental de ECISALUD realizando los registros en odontogramas siguiendo criterios de la OMS.

La última etapa se presenta con el Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad, desarrollado por Cattell, organizando la intervención para su aplicación de manera grupal. Esta etapa requirió mayor tiempo debido a la disponibilidad de los estudiantes y el tiempo estimado de respuesta (40-60 minutos).

Al término de cada etapa se llevó a cabo la captura de la información en una base de datos desarrollada en el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 19 de IBM.

9.3. Instrumentos.

Perfil de impacto de la salud bucal (OHIP-49).

El Perfil de Impacto Salud Bucal es un instrumento que ofrece información válida y confiable para la medición detallada de los efectos sociales de los trastornos bucales y genera altos beneficios para la toma de decisiones clínicas y de investigación a los profesionales de la salud dental⁹⁶.

El OHIP es un instrumento que se ha desarrollado de acuerdo a los estándares de la OMS, donde los efectos de la enfermedad se clasifican en una jerarquía que va desde los síntomas internos a la afectación de los roles sociales⁹⁷. La característica principal es que se centra en la experiencia del paciente enfocando la frecuencia del impacto negativo diario de las condiciones bucales sobre la vida en general, organizando los impactos y las dimensiones desde lo biológico al comportamiento y después a lo social, siguiendo el modelo de la OMS⁹⁸.

La información proporcionada por estas medidas facilita una comprensión creciente de cómo los individuos perciben necesidades de salud oral y cómo los resultados de salud impulsan a buscar atención médica⁹⁹.

La construcción de la versión original fue basada en el Modelo Teórico de la Enfermedad y sus resultados se derivaron de la *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*, adaptado para utilizar con trastornos¹⁰⁰. El instrumento tiene la capacidad de evaluar la frecuencia con que una persona experimenta dificultades para cumplir determinadas funciones y realizar actividades de la vida diaria debido a trastornos bucales⁶³. Es un cuestionario de 49 ítems que mide la percepción del impacto de las condiciones orales sobre el bienestar de las personas¹⁰¹ y las respuestas se determinan por escala Lickert que va de 0 a 4 (0= Nunca, 1= Casi nunca, 2= Algunas veces, 3= Frecuentemente y 4= Casi siempre).

Del instrumento señalado existe una adaptación al español y una versión validada en población mexicana (Mx-49)⁶³, que permite identificar el impacto generado en alguna de las siete dimensiones que Locker define como: limitación funcional (dificultad para masticar), dolor físico (la sensibilidad de los dientes), incomodidad psicológica (la conciencia de uno mismo), inhabilidad física (cambios en la dieta), inhabilidad psicológica (la reducción de la capacidad de concentración), inhabilidad social (evitando la interacción social) e incapacidad (no poder trabajar de forma productiva)^{97,63}.

Para el análisis de la información se utilizó como punto de corte el valor obtenido de la Mediana en cada dimensión. En la clasificación general, se determina como Buena Calidad de Vida cualquier valor por debajo de 20 y Mala Calidad de Vida los valores superiores.

Para las dimensiones que componen el instrumento se establecen los valores bajo la misma fórmula, siendo la Mediana el valor que determina el parámetro para una Buena Calidad de Vida cuando son valores inferiores a la Mediana o una Mala Calidad de Vida en el caso de valores por encima de la Mediana (Md). Se describen las dimensiones a continuación¹⁰².

Dimensión 1: Limitación funcional. Se compone de 9 reactivos dirigidos a explorar la percepción de una alta limitación en la masticación, fonación, apariencia estética y relación social, causada por problemas con sus dientes, boca o prótesis. La Mediana establecida es de 6.00.

Dimensión 2: Dolor físico. Se compone de 9 reactivos y valora la presencia de algún grado de dolor asociado a problemas en dientes, boca, encías o maxilares en los últimos 6 meses. Mediana = 7.00.

Dimensión 3: Incomodidad psicológica. Con una extensión de 5 reactivos, es la primera de las dimensiones asociada directamente al funcionamiento psicológico. Esta dimensión hace referencia a la frecuencia con que la persona percibe sentirse abatida, tensionada o insegura a causa de sus problemas bucodentales. Md = 3.00.

Dimensión 4: Inhabilidad física. Por medio de 9 preguntas se cuestiona la experimentación de algún problema, tanto en la comunicación oral por fallas en la pronunciación de fonemas, dietarios por verse obligados a seleccionar alimentos blandos, y/o de higiene oral originada por dolor al cepillado, todos ellos causados por molestias con sus dientes, boca o prótesis. Md = 1.00.

Dimensión 5: Inhabilidad psicológica. Es la segunda de las sub escalas relacionada con aspectos de salud mental. En 6 reactivos se identifica la presencia de episodios de alerta, molestias, imposibilidad de relajación y de concentración, así como sensación de vergüenza al percibir problemas con los dientes, boca o prótesis. Md = 0.50.

Dimensión 6: Inhabilidad social. Corresponde a la percepción acerca de la dificultad en la interacción social, evitando salir, teniendo problemas de relación familiar, dificultades en el trabajo e irritabilidad por problemas bucodentales y protésicos. Integrada por 5 reactivos. Md = 0.

Dimensión 7: Incapacidad. Es la última de las dimensiones vinculada a lo psicológico. Se conforma por 6 reactivos para reconocer las dificultades que se percibe han sido causadas por el estado de los dientes, boca o prótesis, generando problemas de salud, económicos, incapacidad laboral y deterioro general en el bienestar social. Md = 0.

Índice de Dientes Cariados, Perdidos y Obturados.

El objetivo de los índices es traducir una situación clínica a un valor medible u observable que ofrezca información generalizada sobre dicha condición, de tal forma que sean datos factibles de ser tratados estadísticamente con fines de intervención a nivel epidemiológico¹⁰³.

Los instrumentos para determinar el estado de salud bucal han sido seleccionados en atención a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que sugiere la utilización de instrumentos clinimétricos para la medición adecuada de la caries, siendo el más aceptado el índice CPOD (diente cariado, perdido y obturado), cuyo propósito principal es obtener información global del estado de salud bucal de una población específica mediante la sumatoria de dientes cariados, perdidos y obturados⁵.

Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias de Estados Unidos en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental, en parte debido a que señala la experiencia de caries presente o pasada, tomando en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados¹⁰⁴.

Para obtener este índice se realizó el procedimiento ordinario para su determinación y su posterior clasificación:

$$\text{CPOD} = \frac{\text{Total de dientes CPO}}{\text{Total de personas examinadas}} = \frac{20}{76} = 2.63$$

Higiene Bucal:	Buena	0-3
	Regular	3-6
	Mala	+6

Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).

Respecto al Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), se desarrolla en la década de 1960 por Greene y Vermillion y es uno de los procedimientos más

utilizados debido a que funciona principalmente en la aplicación en estudios epidemiológicos y en la valoración de los programas de educación sobre la salud dental, también puede evaluar el grado de aseo bucal de un individuo y servir en estudios clínicos¹⁰⁵.

Para obtener el IHOS es necesario identificar el grado de detritos y cálculo dentario. El promedio de detritos bucales se obtiene sumando los valores encontrados y dividiendo entre las superficies examinadas. El mismo método se utiliza para obtener el promedio del cálculo dentario. El IHOS es la suma del promedio de detritos bucales y del cálculo dentario¹⁰⁶. Greene sugiere una tabla de valor para indicar la higiene bucal del individuo, con la siguiente clasificación¹⁰⁶:

Higiene Bucal:	Excelente	0
	Buena	0.1 – 1.2
	Regular	1.3 – 3.0
	Mala	3.1 – 6.0

Cuestionario de 16 Factores de Personalidad de Cattell (16Fp).

El desarrollo del cuestionario 16 PF fue iniciado por Raymond Cattell y sus colaboradores en la Universidad de Illinois, Estados Unidos en la década de 1940. El objetivo era construir un instrumento que midiera las dimensiones fundamentales de la personalidad del adulto⁹². Es el resultado de más de cuarenta años de investigación empírica por el psicólogo Raymond B. Cattell, quien redujo 4504 rasgos de personalidad a 16 rasgos básicos¹⁰⁷. El procedimiento utilizado para validar y estandarizar el instrumento evidenció diferencias de personalidad entre los sexos.

El 16PF es una prueba estructurada comúnmente utilizada por diversos investigadores alrededor del mundo, como instrumento para la medida y comprensión de la personalidad.

Los estudios de Cattell se basan en la identificación del comportamiento de los rasgos, de los que señala tres propiedades en su manifestación: son dinámicos, del temperamento y cognitivos¹⁰⁸. Para fines estadísticos y de

valoración, el instrumento se sustenta en el análisis factorial de reactivos correlacionado que, una vez agrupados, define como Factores de Personalidad⁹⁵.

El instrumento consta de 187 reactivos y ofrece 3 opciones de respuesta. El participante debe elegir la que considere se adecúa a sí mismo⁹⁵. Los resultados se reflejan en la identificación de un perfil conformado por 16 rasgos de primer orden^{92,109}. Los rasgos que identifican con el Instrumento 16FP se enlistan a continuación⁹³.

Factor	Nombre	Rasgo	
		Bajo	Alto
A	Afectividad	Soliloquia	Sociabilidad
B	Inteligencia	Baja	Alta
C	Estabilidad emocional	Debilidad	Fuerza
E	Poder	Sumisión	Dominante
F	Velocidad de reacción	Retraimiento	Impetuoso
G	Normatividad	Debilidad	Fuerte
H	Interacción social	Timidez	Audacia
I	Emocionalidad	Severidad	Sensibilidad
L	Confianza	Confianza	Desconfianza
M	Orientación de la inteligencia	Objetividad	Subjetividad
N	Inteligencia social	Ingenuidad	Astucia
O	Culpa	Serenidad	Culpabilidad
Q1	Tipo	Conservador	Radicalismo
Q2	Afiliación	Dependencia	Autosuficiencia
Q3	Autoimagen	Indiferencia	Control
Q4	Tensión	Tranquilidad	Tensión

Estos factores están ordenados de acuerdo a su repercusión sobre la conducta en general, siendo el Factor A de mayor influencia. La interpretación de los factores se basa en la puntuación obtenida para cada uno de éstos; por esta razón es que se establece que toda persona sea, por ejemplo, A+ o A-¹¹⁰.

Para identificar entonces las tendencias en el grupo de investigación se utilizaron los criterios mencionados, definiéndose la clasificación de la siguiente manera:

Factor de Personalidad (puntos):	Alto	8, 9 o 10.
	Neutro	4, 5, 6 o 7.
	Bajo	1, 2 o 3.

Análisis estadístico.

Los datos obtenidos fueron valorados y tabulados de acuerdo a lo establecido según el procedimiento en cada instrumento e índice, para posteriormente ser registrados y analizados por medio del programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 19 de IBM. Se estimaron las medidas de tendencia central y de dispersión de cada una de las variables sociodemográficas por medio de análisis descriptivo. Lo mismo se realizó con los resultados totales del OHIP y cada una de sus dimensiones, los índices CPOD e IHOS, y de cada factor del 16FP.

Una vez clasificados los resultados del Perfil de Impacto a la Salud Bucal como Buena Calidad de Vida o Mala Calidad de Vida, se utilizó la prueba *r de Pearson* para obtener el coeficiente de correlación con los 16 factores estableciendo un intervalo de confianza de 95%.

Factor	Significancia estadística
A	0.7
B	0.6
C	0.8
E	0.8
F	0.5
G	0.3
H	0.8
I	0.07
L	0.4

M	0.9
N	0.7
O	0.9
Q1	0.08
Q2	0.1
Q3	0.5
Q4	0.3

Tabla 1. Valores p de Calidad de Vida y Factores de Personalidad

Aspectos éticos.

En el presente estudio no existen riesgos o inconvenientes implicados para las personas involucradas en el estudio de acuerdo a la Ley General de Salud¹¹¹, Norma Oficial Mexicana¹¹² y Declaración de Helsinki¹¹³.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética del Posgrado en Ciencias de la Salud. El participante fue notificado con anticipación sobre la posibilidad de abandonar el estudio en el momento que lo considere conveniente, así como del manejo confidencial de la información proporcionada durante la investigación.

RESULTADOS

Descripción de la muestra.

El estudio se realizó en n=178 estudiantes de la Escuela de Ciencias de la Salud de los semestres 7 y 8 de los programas educativos que se imparten en la unidad y son Psicología, Cirujano Dentista, Enfermería y Medicina. Se obtuvo una distribución de 71.9% del sexo femenino y 28.1% masculino. La edad de los participantes se encontró entre los 21 y 47 años (M= 22.54, DT= ± 3.159). Predomina la población juvenil con un 86.5%, concentrándose el 43.8% de la muestra en los 21 años, seguido del 30.3% con 22 años y un 12.4% con 23 años de edad. La distribución de edades de acuerdo al sexo se indica en la Figura 1.

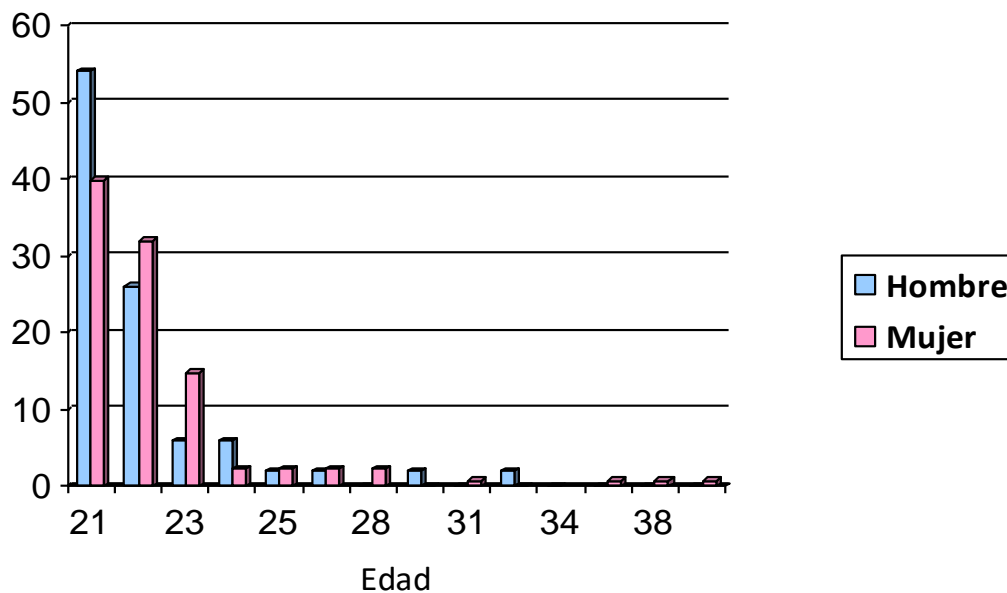


Figura 1. Distribución por sexo y edad.

En la licenciatura en Cirujano Dentista, los integrantes se encuentran de 21 años (16%), 22 (10%), 23 (5%) hasta 36. En Medicina la distribución va desde los 21 años (34%), 22 (22%) hasta los 30. Enfermería concentra edades de los 21 a los 24 y uno de 34 años. Finalmente, en Psicología van de los 21 (17%), 22 (11%), el resto hasta los 26 y un estudiante de 47 años.

Respecto a la distribución de los participantes de acuerdo a las carreras que se imparten en ECISALUD y el sexo, se encontró el predominio del sexo femenino existente en las cuatro licenciaturas, aunque en proporciones distintas, según la población total, como se describe en la Figura 2.

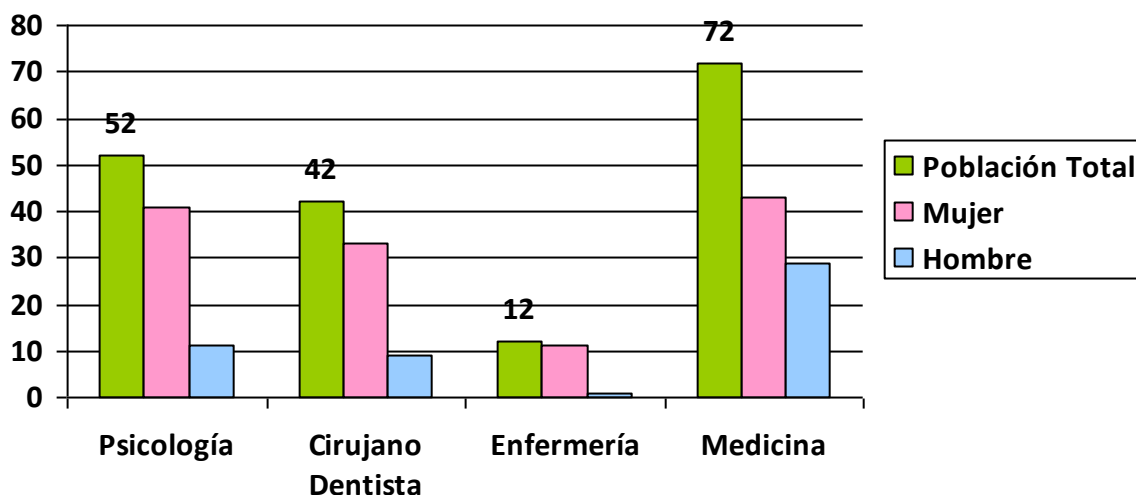


Figura 2. Distribución por sexo y carrera.

Al explorar acerca del consumo de tabaco, se encontró que un 86% manifiesta valores negativos al consumo y sólo un 14% reconoce el hábito, siendo mujeres el 68% de quienes consumen tabaco y 32% hombres. La distribución por carrera de quienes consumen tabaco es del 32% en Psicología 32% Medicina, 28% Cirujano Dentista y 8% Enfermería.

A diferencia de lo que ocurre con el alcohol, donde el 39.9% de la población señala no ingerirlo y el 60.1% acepta el consumo, de los que el 69% son mujeres y el 31% hombres. En relación a la carrera que estudian aquellos que consumen alcohol, el 41% es de Medicina, 28% Cirujano Dentista, 25% Psicología y finalmente un 6% de Enfermería.

Se consideró pertinente conocer el estado civil de los participantes, el cual se distribuye principalmente como Soltero (92.7%), Casado (5.6%), Unión libre (1.1%) y Divorciado (0.6%). Se exploró además el diagnóstico previo de Enfermedades Crónicas, de las que un 15.7% manifestó existencia de afecciones como asma, rinitis alérgica, dermatitis atópica, colitis y ansiedad, principalmente.

Posterior a los datos demográficos se presentan los hallazgos del resto de los instrumentos aplicados, descritos a continuación:

Perfil de Impacto de la Salud Bucal (OHIP-49).

Para identificar la Calidad de Vida (CV) de la población en relación a la percepción de salud bucal, se aplicó la versión de 49 reactivos que se compone de 7 dimensiones a n=178 estudiantes de ECISALUD obteniendo una puntuación M=24.82, Me=20 y una DT±19.507.

El comportamiento de la muestra en cada una de las dimensiones se indica en la Tabla 2.

Dimensión	Máximo posible	Máximo observado	Media	Mediana	Desviación Estándar
Limitación funcional	36	23	6.98	6.00	4.757
Dolor	36	27	7.76	7.00	5.687
Incomodidad psicológica	20	19	4.37	3.00	4.467
Inhabilidad física	36	20	2.77	1.00	3.791
Inhabilidad psicológica	24	19	1.92	0.50	2.991
Inhabilidad social	20	10	0.42	0.00	1.301
Incapacidad	24	11	0.60	0.00	1.560
OHIP Mx-49	196	118	24.82	20.00	19.507

Tabla 2. Distribución estadística por dimensión.

De manera general se identifica que el 52.8% de la población tiene una Buena Calidad de Vida (BCV) M=1.33, Me=1.0 y una DT±0.473), mientras que el 47.2% una Mala Calidad de Vida (MCV) M=1.23, Me=1.0 y una DT±0.421. De quienes tienen BCV el 67% son mujeres y el 33% hombres, mientras que en la presencia de MCV el 77.4% son mujeres y el 22.6% hombres.

La descripción de la Buena y Mala Calidad de Vida por Programa Educativo se discrimina en la Figura 3 y Figura 4.

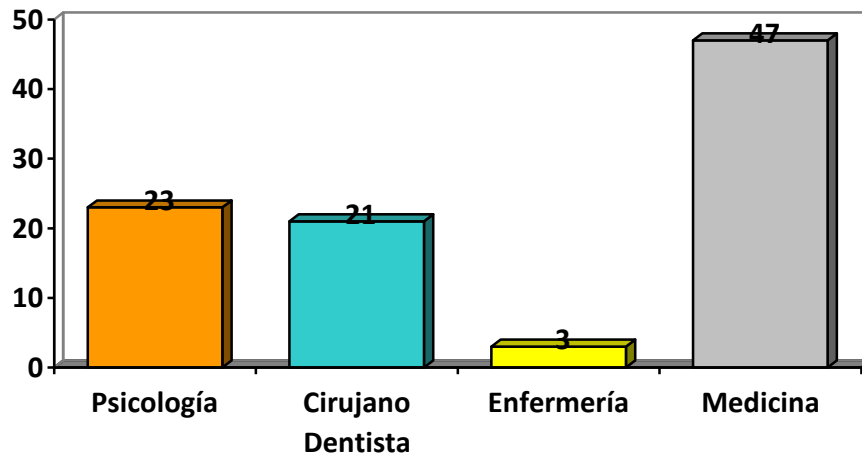


Figura 3. Distribución de Buena Calidad de Vida por Programa Educativo. $M=2.77$, $Me=3.0$ y $DT\pm 1.062$.

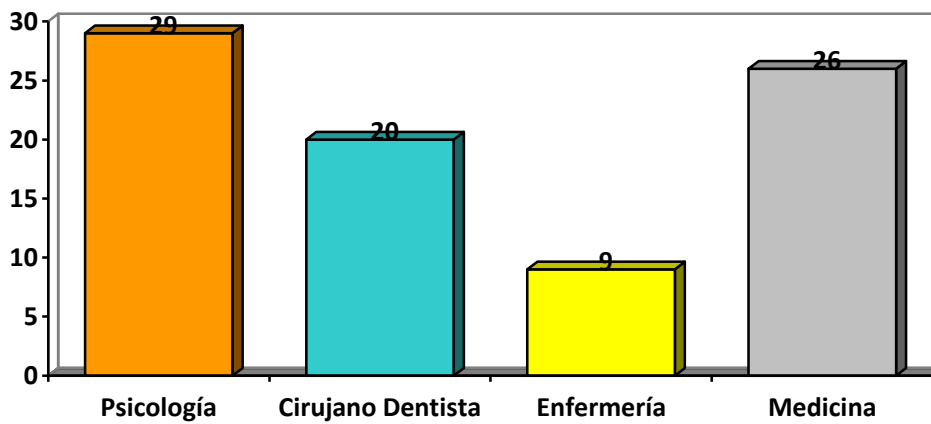


Figura 4. Distribución de Mala Calidad de Vida por Programa Educativo. $M=2.76$, $Me=3.0$ y $DT\pm 1.168$.

Las medias identificadas para cada programa educativo por dimensión se describen en la Tabla 3.

Dimensión	Psicología	Cirujano Dentista	Enfermería	Medicina
Limitación funcional	7.50	6.17	10.83	6.42
Dolor	8.19	8.73	9.33	6.66
Incomodidad psicológica	5.19	3.46	7.17	3.84
Inhabilidad física	3.08	2.59	5.17	2.26
Inhabilidad psicológica	1.98	1.59	2.92	1.89
Inhabilidad social	0.56	0.17	1.00	0.37
incapacidad	0.77	0.29	1.33	0.53
OHIP Mx-49	27.27	23.00	37.75	21.97

Tabla 3. Media aritmética por dimensión y programa educativo.

Índices: Higiene Oral Simplificado y CPO.

Se llevó a cabo la exploración de los índices de Higiene Oral Simplificado (IHOS) y el de Dientes Cariados, Perdidos y Obturados (CPOD) en n=76 estudiantes de ECISALUD que se encontraban entre los participantes anteriores, conformándose por 79% mujeres y 21% hombres. La muestra se redujo debido a que no fue posible realizar la revisión dental a los estudiantes de la carrera de Medicina por la distribución de sus actividades académicas fuera de las instalaciones.

En cuanto al índice de higiene oral obtenido por medio del IHOS se encontró que el 84% posee una buena higiene conformado por 80% mujeres y 20% hombres; 12% con higiene regular siendo el 67% mujeres y el 33% hombres 34%; finalmente, sólo 4% presenta una excelente higiene oral, integrado en su totalidad por mujeres.

La valoración en base al CPOD muestra que el 63% de la población revisada tiene afecciones en cavidades orales que representan un mal estado de salud bucal, de los cuales el 85% son mujeres y el 15% hombres; el 20% tiene un buen estado de salud bucal, de los que un 67% son mujeres y el 33% hombres; y

finalmente, 17% posee un estado de salud bucal regular, constituida esta parte de la muestra por 69% mujeres y 31% hombres.

Salud bucal y calidad de vida.

De los 76 estudiantes que participaron en las dos primeras etapas se encuentra que el 46% tiene una buena calidad de vida y el 54% presenta una mala calidad de vida. Relacionando el conjunto de información se obtiene que de aquellos participantes que perciben una Buena Calidad de Vida ($M=62.4$, $DT\pm 47.77$) se encuentran con mal estado de salud bucal (CPOD) el 71% y un buen estado de salud bucal el 29%; el 91% de la misma población con buena higiene oral, 6% mala higiene y el 3% excelente.

Al relacionar la Mala Calidad de Vida ($M=51.10$, $DT\pm 49.35$) con el CPOD se confirma que el 85% tiene un mal estado de salud bucal, a diferencia del 15%, que alcanza un buen estado. En cuanto al IHOS, el 78% posee una buena higiene, 17% regular y 5% excelente.

Factores de personalidad (16 FP).

En la etapa final de la investigación, se aplicó un instrumento para identificar los rasgos de la personalidad asociados al cuidado a la salud. En esta fase se contó con la colaboración voluntaria de $n=152$ estudiantes que habían participado en la primera etapa, identificándose la calidad de vida asociada a la salud bucal en este grupo con anterioridad. La muestra se constituyó por 72% mujeres y 28% hombres. La proporción de los estudiantes por carrera fue 28% Psicología, 24% Cirujano Dentista, 5% Enfermería y 43% Medicina.

Este instrumento distingue 16 rasgos de la personalidad y se establece la distribución porcentual de la población por cada uno de los rasgos en Alto, Neutro Bajo, según se observa en la Tabla 4.

Rasgo	Alto	Neutro	Bajo
Afectividad	21%	64%	14%
Inteligencia	40%	53%	7%
Estabilidad	16%	65%	19%
Poder	9%	82%	9%
Velocidad de reacción	25%	67%	8%
Normatividad	1%	57%	42%
Interacción social	14%	75%	11%
Emocionalidad	29%	68%	3%
Confianza en los demás	12%	63%	26%
Orientación de la inteligencia	3%	59%	38%
Inteligencia social	9%	59%	32%
Culpa	9%	67%	24%
Tipo de ideación	2%	60%	38%
Afiliación	12%	75%	13%
Autoimagen	10%	73%	17%
Tensión situacional	38%	59%	3%

Tabla 4. Distribución de la predominancia de cada uno de los factores de personalidad en la muestra total.

Factores de personalidad y calidad de vida.

Para esta clasificación se contó con la participación en la primera y tercera etapa con un total de n=152, constituida por 72% mujeres y 28% hombres; de la muestra total el 55% se clasifica con Buena Calidad de Vida y el 45% con Mala Calidad de Vida.

Posteriormente se seleccionaron los rasgos polarizados predominantes en cada grupo. Primero se analizaron los rasgos presentes con mayor frecuencia entre las personas que perciben tener una Buena Calidad de Vida y se encontró que el grupo se caracteriza con un pensamiento concreto, escrupuloso, realista, distraído, liberal y relajado.

Mientras que en el grupo de los que perciben una Mala Calidad de Vida se encuentran personas con pensamiento concreto, retraídos, escrupulosos, realistas, distraídos, astutos, liberales y relajados. Puntualizándose la diferencia en los factores de Velocidad de reacción (-F) e Inteligencia social (+N).

DISCUSIÓN

Esta investigación surge de la inquietud de conocer y describir el impacto que el estado de salud bucal tiene sobre la calidad de vida, identificando además los rasgos de personalidad asociados al autocuidado para la salud en los estudiantes de la Escuela de Ciencias de la Salud, de la unidad Valle de las Palmas, en la Universidad Autónoma de Baja California. Dada la complejidad de los factores abordados es necesario realizar la intervención en tres etapas, atendiendo de manera secuencial el estudio de cada uno de ellos.

Se ha discutido en la literatura científica si la percepción del estado de salud bucal tiene un impacto significativo en la calidad de vida de la población, debido a que se trata de una construcción subjetiva y determinada únicamente por el individuo^{114,115}. En una revisión bibliográfica de estudios epidemiológicos realizada por Misrachi y Espinoza¹¹⁶ se demuestra que la presencia de dientes perdidos, caries, enfermedades periodontales y deficiencias en el cuidado dental son elementos que impactan el bienestar y la calidad de vida. Estudios más recientes como el de Aubert¹¹⁷ confirman lo anterior, al encontrar que un 91.97% de la población juvenil chilena percibe que su salud bucal afecta su calidad de vida.

En este caso, las características de la población son un elemento adicional que particulariza los resultados, debido a que una vez que ingresan a la Escuela de Ciencias de la Salud se deben sujetar a una comunidad alejada de la mancha urbana que en general implica al menos 60 minutos en traslado, por lo que las opciones para alimentarse son limitadas, existe convivencia de al menos 6 horas al día entre los jóvenes, con restricciones en tiempo y espacio para una ordenada alimentación e higiene bucal.

Los hallazgos en el presente estudio confirman que la población considera que su estado de salud bucal impacta la calidad de vida, predominando la identificación hacia una buena calidad de vida, lo que puede relacionarse con el perfil de los estudiantes, todos en el área de la salud.

La dimensión con menor manifestación es la correspondiente a inhabilidad social, que incluye aquellas situaciones en que el estudiante ha tenido dificultad o evita la interacción social, dificultades en el trabajo e irritabilidad por problemas bucodentales y protésicos. Sin embargo, resulta contrastante observar que las dimensiones del perfil de impacto con puntajes máximos relativos a mala calidad de vida son incomodidad psicológica, inhabilidad física e inhabilidad psicológica, mismas que reflejan la experimentación reciente de dolor o molestias orales, además de tensión o vergüenza en diversas situaciones provocada por el estado de salud bucal. Es decir, a pesar de reconocer dolor, molestia o vergüenza, no se consideran razones suficientes para modificar su actividad social, como se encontró en el estudio realizado en adultos mayores¹¹⁸.

En lo general, los estudiantes de Medicina son quienes presentan mayormente una Buena Calidad de Vida con el 64% de los participantes del programa educativo, mientras que en Enfermería el 75% considera que tiene una Mala Calidad de Vida, en Psicología el 56% y el 51% de Cirujano Dentista.

Estos resultados favorecen el desarrollo de la siguiente etapa en la investigación que consiste en la exploración del estado de salud bucal. En lo correspondiente al índice de higiene oral se presentan hallazgos similares a los de Cisneros¹¹⁹ en población universitaria mexicana, con ausencia de mala higiene en los jóvenes, 12% higiene regular, 84% buena y un 4% excelente. Se aplica también el CPOD y se encuentra al 63% clasificado con mal estado de salud bucal, 20% bueno y 17% regular. En ambos casos son las mujeres las principales afectadas. Este es un dato relevante que permite confirmar que el conocimiento de los cuidados necesarios en higiene dental no es llevado a la práctica por los estudiantes. Un estudio con estudiantes mexicanos de odontología presentaba resultados similares¹²⁰.

Los hallazgos hasta este momento establecen una relación entre el estado de salud bucal y la percepción del impacto que tiene sobre la calidad de vida en los estudiantes, pues existe una predominancia en la apreciación de una Mala Calidad de Vida, confirmada con la presencia de un estado de salud bucal regular

o bueno, principalmente. Investigaciones anteriores han concluido de igual forma, aunque se han realizado en adultos mayores^{121,122} y no en población universitaria.

Finalmente se ejecuta la última etapa de la intervención con la aplicación de un instrumento psicométrico para identificar los rasgos de personalidad, asociándose posteriormente en el análisis estadístico con la clasificación previa en Calidad de Vida con el fin de caracterizar los grupos de Buena Calidad de Vida y Mala Calidad de Vida de acuerdo a los rasgos de personalidad predominantes en cada uno.

En este aspecto, los resultados son muy similares encontrándose los mismos rasgos en ambos grupos: pensamiento concreto, escrupuloso, realista, distraído, liberal y relajado; con la excepción de que entre aquellos que perciben una mala calidad de vida se incluyen además las características de tipo desadaptativo de astucia y retraimiento, lo que favorece un comportamiento laxo en cuanto a la responsabilidad del autocuidado para la salud.

De tal forma que no ha sido posible definir los rasgos que favorecen un comportamiento responsable que sirvan como predictores del autocuidado para la salud, sin embargo, se detectan al menos dos que anuncian una relación negativa con la Calidad de Vida asociada a la salud bucal. Se ha confirmado la utilidad de los instrumentos para la identificación de los objetivos planteados. Existen escasos estudios que sirvan como referente para esta línea de la investigación, uno de ellos es el de Dresch, realizado en 3 países con diferentes instrumentos psicométricos, en el que se describe lo complejo de la temática¹²³.

Los resultados obtenidos con la presente investigación son aportaciones relevantes para la comunidad científica en el área de la salud, principalmente para quien se desempeña en el ámbito universitario o de servicios a la comunidad y pueden ser generalizados a comunidades con características similares. Los descubrimientos detallados son importantes en materia de salud pública. La información presentada permite estimar el impacto que tiene la salud bucal en la calidad de vida de la población en edad universitaria, existiendo nulas publicaciones que realicen un abordaje de la temática desde las tres esferas contempladas.

Es importante atender los hallazgos del estudio por medio de la promoción de la salud para prevenir y retardar las consecuencias de un comportamiento deficiente respecto al autocuidado. La colaboración entre varias disciplinas únicamente fortalece los esfuerzos y por ende, potencializa el resultado. Es necesario además complementar la parte formativa en los futuros profesionistas y lograr en ellos una plena conciencia de la responsabilidad que cada ser humano tiene sobre su propia salud.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

13.1. Conclusiones.

En base a la discusión, se plantean las siguientes conclusiones:

1. La salud bucal tiene un impacto directo en la percepción de la calidad de vida en la población universitaria, por lo que es importante el seguimiento correspondiente a la difusión de la información obtenida para el conocimiento de la propia comunidad estudiantil con el fin de que reflexionen responsablemente sobre su estado de salud.
2. El conocimiento de la conducta de protección a la salud no significa que se lleve a la práctica dicho comportamiento, como es el caso de una gran parte de los estudiantes que participaron en la investigación, lo que demanda una modificación en las estrategias de enseñanza dentro de las ciencias de la salud.
3. La Mala Calidad de Vida se asocia a rasgos de personalidad desadaptativos, lo que estudiado a mayor profundidad, generará información significativa para el comportamiento predictivo en salud.
4. Desarrollar estrategias para la promoción de la salud basadas en los modelos teóricos que fundamenten la actividad dentro de la Unidad Académica.
5. Implementar durante el proceso de enseñanza en la Escuela de Ciencias de la Salud, Valle de las Palmas, acciones que favorezcan en el estudiante la práctica de comportamiento para el autocuidado de la salud.

13.2. Limitaciones del estudio.

Dentro de las limitaciones principales para la realización de esta investigación se considera la disponibilidad de la totalidad de la muestra para la participación en todas las etapas del proyecto, lo cual provocó que la población total por etapa sea de distinto tamaño.

13.3. Recomendaciones.

Para futuras investigaciones derivadas de este trabajo se recomienda:

- Contar con la totalidad de los recursos humanos y materiales indicados en el proceso.

- Mantener en la medida de lo posible las características de la población estudiada.

- Utilizar otros instrumentos para la identificación de rasgos o perfiles de personalidad actualizados o vigentes para el país en que se realiza la aplicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Consultado en agosto 2014. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
2. Galán MGN. La calidad de vida: análisis multidimensional. *EnfNeurol* [Internet]. 2012; 11 (3):129-137. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123c.pdf>
3. Herdman M, Baró E. La medición de la calidad de vida: fundamentos teóricos. En Montero CD, Fernández LP editores. *Calidad de vida, inclusión social y procesos de intervención*. España: Universidad de Deusto; 2012.
4. Rebollo AP, Ortega SF. Otras perspectivas de los trasplantes: A. La calidad de vida relacionada con la salud. En Ortega F, Arias M, Campistol JM, Matesanz R, Morales JM. *Trasplante renal*. España: Editorial Médica Panamericana; 2007: 359-367.
5. De la Fuente HJ, González CM, Ortega MM, Sifuentes VMC. Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos. *Salud Pública Méx* [Internet]. 2008; 50(3): 235-240. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000300007&lng=es
6. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Consultado en agosto 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
7. Instituto Nacional para la Investigación Dental y Craneofacial [Internet]. La salud oral en los Estados Unidos: Informe del Cirujano General (Resumen Ejecutivo). 2000. Disponible en: <http://www.nidcr.nih.gov/DataStatistics/ SurgeonGeneral/Report/ExecSummSpanish.htm>
8. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Carga mundial de enfermedades bucodentales y riesgos para la salud bucodental. Consultado en septiembre 2015. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/petersen0905abstract/es/>
9. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Objetivos del programa global de salud bucal. Consultado en septiembre 2015. Disponible en: http://www.who.int/oral_health/objectives/en/
10. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Programa de salud oral. Consultado en septiembre 2015. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1127&Itemid=610&lang=en
11. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades [Internet]. Programa de salud bucal. Consultado en septiembre 2015.

- Disponible en:
http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/portada_bucal.html
12. Secretaría de Salud [Internet]. Programa de acción específico: Prevención, detección y control de los problemas de salud bucal 2013-2018. México. 2014 [Consultado en 2015]. Disponible en:
http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_PrevencionDeteccionControlProblemasSaludBucal2013_2018.pdf
 13. Sánchez MM, Román VM, Dávila MR, González PAA. Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2011; 16(2):110-115.
 14. Secretaría de Salud [Internet]. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. México. 2010 [Consultado en 2015]. Disponible en:
http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DE_LA_SALUD_BUCAL_EN_MEXICO_2010.pdf
 15. Secretaría de Salud [Internet]. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB 2013. México. 2014 [Consultado en 2015]. Disponible en:
http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/bol_sivepab/SIVEPAB-2013.pdf
 16. Patiño MN, Moreno ASA, Loyola RJP, Martínez CGA, Leal TLA, Goldaracena AMP et al . Autorreporte de visitas al dentista y hábitos de higiene bucal en una población universitaria mexicana. *Salud pública Méx* [Internet]. 2012; 54(6): 563-565. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342012000600001&lng=es
 17. Esquivel HRI, Jiménez FJ. Galan MGN. Perfil epidemiológico de salud bucodental de estudiantes de la FES Iztacala. *Revista Odontológica Mexicana* [Internet]. 2007; 11 (1):46-52. Disponible en:
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rom/article/view/15886/15078>
 18. Reig FA, Cabrero GJ, Ferrer CRI, Richart MM. La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios. España: Universidad de Alicante; 2001.
 19. Gómez RNI, Morales GMH. Determinación de los Índices CPO-D e IHOS en estudiantes de la Universidad Veracruzana, México. *Rev Chil Salud Pública* [Internet]. 2012; Vol 16 (1): 26-31. Disponible en:
<http://www.nuevosfoliosbioetica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/18609/19665>
 20. Medina SM, Gómez MM, Quintero OJE, Méndez MMJ. Comportamiento de las enfermedades periodontales en adolescentes. *AMC* [Internet]. 2009; 13(5). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000500002&lng=es

21. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. 2011. Consultado en septiembre 2015. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf
22. Instituto Nacional de Salud Pública [Internet]. Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos GATS México 2014-2015. Consultado en septiembre 2015. Disponible en: <http://www.insp.mx/encuesta-tabaquismo-gats-mexico-2014-15.html>
23. Ayuntamiento de Madrid. Salud Pública. Consultado en septiembre 2015. Disponible en: http://www.madridsalud.es/temas/senderismo_salud.php
24. Instituto Nacional de Salud Pública [Internet]. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Consultado en septiembre 2015. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ActividadFisica.pdf>
25. El Financiero [Internet]. Los 10 estados más obesos de México. 2015. Disponible en: <http://www.elfinanciero.com.mx/rankings/los-10-estados-con-las-mayores-tasas-de-obesidad.html>
26. Contreras LG, Camacho REJ, Ibarra EML, López GLR, Escoto PLMC, Pereira AC et al. Los hábitos alimentarios de estudiantes universitarios. RDU [Internet]. 2014; Vol 14 (11). Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.14/num11/art48/>
27. Instituto Nacional de Salud Pública [Internet]. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Obesidad en adultos: los retos de la cuesta abajo. Consultado en septiembre 2015. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ObesidadAdultos.pdf>
28. Instituto Nacional de Salud Pública [Internet]. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Estado de nutrición, anemia, seguridad alimentaria en la población mexicana. Consultado en 2015. Disponible en: http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_Nutricion.pdf
29. Instituto Nacional de Salud Pública [Internet]. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa: Baja California. Consultado en septiembre 2015. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/BajaCalifornia-OCT.pdf>
30. Cohen CF, Souza SR, Bessa RMA. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2011; 16 (1):1007-1015. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a33v16s1.pdf>
31. Li JL, Wen X, Qing BH, Wei WJ. Generic and oral quality of life is affected by oral mucosal diseases. *BMC Oral Health* [Internet]. 2012; 12 (2). Disponible en:

- http://download.springer.com/static/pdf/320/art%253A10.1186%252F1472-6831-12-2.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmcoralhealth.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1472-6831-12-2&token2=exp=1471884415~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F320%2Fart%25253A10.1186%25252F1472-6831-12-2.pdf*~hmac=eaf8590d7e8d0a361e9232f4dba091019782438466ea71988ab8453d46b8a98d
32. Fernández MFG, Rojo PF. Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Territoris* [Internet]. 2005; 5 :117-135. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Territoris/article/viewFile/117017/147939>
 33. Levy L, Anderson L. La tensión psicosocial: población, ambiente y calidad de vida. México: Manual Moderno. 1980.
 34. Cella DF, Tulsky DS. Measuring quality of life today: methodological aspects. *Oncology* [Internet]. 1990; 4 (5):29-38. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2143408>
 35. Moreno JB, Ximénez GC. Evaluación de la calidad de vida. En *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo XXI; 1996. 1045-1070.
 36. Ardila R. Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología* [Internet]. 2003; 35 (2): 161-164. Disponible en: http://sgpwe.izt.uam.mx/files/users/uami/love/Gestion_12P/80535203_calidad_de_vida_conceptos_redalyc.pdf
 37. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Medición de la calidad de vida. 1997. Consultado en 2015. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
 38. Urzúa MA, Caqueo UA. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica* [Internet]. 2012; 30: 61-71. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
 39. Vinaccia S, Quiceno JM, Zapata C, Obesso S, Quintero DC. Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (epoc). *psicología desde el caribe* [Internet]. 2006; 18: 89-108. Disponible en: [http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/psicologia_caribe/18/4_Calidad%20de%20vi da.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/psicologia_caribe/18/4_Calidad%20de%20vida.pdf)
 40. Arhens VAN, Colmán RRE, Martínez RNE, Morel BMI, Osorio GM, Paciello AMR. Actitud y práctica sobre salud bucal en adolescentes de colegios

- públicos de Asunción. Rev. Salud Pública Parag. [Internet]. 2015; 5(2): 40-47. Disponible en: <http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/rspp/article/view/332>
41. Fernández RJC, González CC. Presencia de factores psicológicos en pacientes con asma bronquial. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo [Internet]. 2013; 10. Disponible en: <http://ride.org.mx/1-11/index.php/RIDASECUNDARIO/article/viewFile/282/276>
 42. Moreno AAI, Krikorian A, Palacio GC. Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida. Avances en Psicología Latinoamericana [Internet]. 2015; 33 (3): 517-529. Disponible en: <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/3148/3028>
 43. Ñuñuvera BMR. ESTILOS DE VIDA Y SU RELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO MARÍA NEGRÓN UGARTE TRUJILLO-PERÚ 2012. Cientifi-k [Internet]. 2013; 1(1): 11-19. Disponible en: <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/CIENTIFI-K/article/view/337>
 44. Guerrero AJM, Sánchez AJG. Factores protectores, estilos de vida saludable y riesgo cardiovascular. Psicología y Salud. 2015; 25 (1): 57-71.
 45. Sanders AE. A Latino Advantage in Oral Health-Related Quality of Life is Modified by Nativity Status. Soc Sci Med [Internet]. 2010; 71(1): 205–211. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20434250>
 46. Sáiz VO, Santamaría VM. La influencia de las variables sociodemográficas en la calidad de vida analizadas con el WHOQOL-Bref. TOG [Internet]. 2015; 12 (21). Disponible en: <http://www.revistatog.com/num21/pdfs/original3.pdf>
 47. Torre LMC. Representaciones del cáncer en jóvenes con y sin esta enfermedad. Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2015.
 48. Durá RMJ. Estilos de vida y conductas de riesgo de los adolescentes universitarios. REDUCA. 2010; 2 (1): 680-695.
 49. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional. 2002. Consultado en 2015. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4930s/s4930s.pdf>
 50. Organización Mundial de la Salud [Internet]. WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF). Consultado en 2015. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/
 51. Power MJ, Harper A, Bullinger M. The World Health Organization WHOQOL-100: tests of the universality of Quality of Life in 15 different cultural groups worldwide. Health Psychology. 1999; 18(5):495-505.
 52. Garduño EL, Salinas AB, Rojas HM (coordinadores). Calidad de vida y bienestar subjetivo en México. Primera edición. México: Plaza y Valdés. 2005.

53. Vahedi S. World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF): Analyses of Their Item Response Theory Properties Based on the Graded Responses Model. *Iran J Psychiatry* [Internet]. 2010; 5:140-153. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3395923/pdf/IJPS-5-140.pdf>
54. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas CR, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Rev Med Chile* [Internet]. 2011; 139: 579-586. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n5/art03.pdf>
55. Velarde JE, Ávila FC. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública de México* [Internet]. 2002; 44 (5): 448-463. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v44n5/14035.pdf>
56. Cardona AJA, Higuera GLF. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2014; 40(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol40_2_14/spu03214.htm
57. Foncerrada MM. La responsabilidad del médico ante los niños enfermos de padecimientos amenazantes para la vida o para la calidad de esta y en la etapa terminal de las enfermedades. *Revista Médica del IMSS*. 1991; 29:33-36.
58. Comín CJ, Anguita M, Formiga F, Almenar L, Crespo LM, Manzano L et al. Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica sistólica en España: resultados del estudio VIDA-IC. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2016; 69 (3): 256-71. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/pdf/90449139/S300/>
59. Sánchez PR, Ballesteros MP, Anzola JD. Concepto de calidad de vida en mujeres con cáncer. *Rev. salud pública* [Internet]. 2010; 12 (6): 889-902. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n6/v12n6a02.pdf>
60. Hofhuis JG, Van-Stel HF, Schrijvers AJ, Rommes JH, Bakker J, Spronk PE. Health-related quality of life in critically ill patients: how to score and what is the clinical impact?. *Curr Opin Crit Care* [Internet]. 2009; 15 (5): 425-430. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19623059>
61. Taphoorn MJB, Sizoo EM, Bottomley A. Review on Quality of Life Issues in Patients with Primary Brain Tumors. *Oncologist* [Internet]. 2010; 15(6): 618–626. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3227985/>
62. Reisine ST, Fertig J, Weber J, Leder S. Impact of dental conditions on patients quality of life. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1989; 17(1): 7-10. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0528.1989.tb01816.x/full>

63. Castrejón PRC, Borges YSA, Irigoyen CME. Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2010; 27(5): 321-329. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n5/a01v27n5.pdf>
64. Rosen G. Análisis histórico del concepto medicina social. En Rojas OF. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2004; 30(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300008&lng=es
65. Secretaría de Salud [Internet]. Perfil Epidemiológico de la Salud Mental en México. México. 2012 [Consultado en 2015]. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2012/Monografias8_Salud_Mental_Mex_ago12.pdf
66. Balcázar NP, Gurrola PGM, Moysén CA. Diabetes y Psicología de la Salud. México: Consorcio de Universidades Mexicanas. 2012.
67. Libertad MA. Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2003; 29(3): 275-281. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300012&lng=es
68. Oblitas, LA. Panorama de la Psicología de la Salud. Revista Psicología Científica [Internet]. 2008; 10 (1). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/psicologia-de-la-salud-panorama>
69. Rodríguez MJ. Psicología de la Salud y Psicología Clínica. Papeles del Psicólogo [Internet]. 1998; 69. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=772>
70. Morales CF, Psicología de la Salud. Realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo. Psiencia Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica [Internet]. 2012; 4. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3331/333127382005.pdf>
71. Instituto Nacional de Estadística y Geografía [Internet]. Estadísticas vitales. México. [Consultado en 2016]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/consulta.asp?c=11800>
72. Expansión [Internet]. Datos macro. Esperanza de vida al nacer. [Consultado en 2016]. Disponible en: <http://www.datosmacro.com/demografia/esperanza-vida>
73. World Health Professions Alliance WHPA [Internet]. Manual de Usuario para los Profesionales de la Salud. Francia. [Consultado en 2016]. Disponible en: http://www.whpa.org/ncd_health_improvement_card_professionals_sp.pdf

74. Anabria Ferrand PA, González QLA, Urrego MD. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos: estudio exploratorio. Rev.Fac.Med [Internet]. 2007; 15(2): 207-217. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562007000200008&lng=en.
75. Grimaldo Muchotrigo MP. Estilo de vida saludable en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud. Psicología y Salud [Internet]. 2012; 22(1): 75-87. Disponible en: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-1/22-1/Mirian%20Pilar%20Grimaldo%20Muchotrigo.pdf>
76. Arguello M, Bautista Y, Carvajal J, De Castro K, Díaz D, Escobar M, et al. Estilos de vida en estudiantes del área de la salud de Bucaramanga. Revista de Psicología Universidad de Antioquia [Internet]. 2009; 1(2):27-41. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922009000100003&lng=pt&tlng=es
77. Cabrera GA. Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX. Colombia Médica [Internet]. 2004; 35 (3). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v35n3/cm35n3a8.pdf>
78. Morrison V, Bennet P. Psicología de la Salud. España: Pearson. 2008.
79. Estilos de vida y promoción de la salud: material didáctico. España. Disponible en: <http://grupo.us.es/estudiohbsc/images/pdf/formacion/tema4.pdf>
80. Quintanilla Montoya R, Haro Jiménez LP, Vega Miranda JC, González De Mendoza JM, Ramírez Flores LE. Educación y salud mental. Revista de Educación y Desarrollo [Internet]. 2004; 3:61-64. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/3/003_Quintanilla.pdf
81. Cabrera G, Tascón J, Lucumí D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2001; 19(1): 91-101. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0766.pdf>
82. Soto Mas F, Lacoste Marín J, Papenfuss RL, Gutiérrez León A. El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. Revista Salud Pública [Internet]. 1997; 71: 335-311. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/revista_cdrom/VOL71/71_4_335.pdf
83. Álvarez Bermúdez. Estudio de las creencias, salud y enfermedad. México: Trillas. 2002.

84. Moreno San Pedro E, Gil Roales-Nieto J. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud International. Journal of Psychology and Psychological Therapy [Internet]. 2003; 3 (1): 91-109. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/560/56030105.pdf>
85. Universidad de Cantabria. España. Consultado en 2015 .Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.4.1-el-modelo-de-creencias-en-salud-becker-1974>
86. Visdómine Lozano C, Luciano C. Locus de control y autorregulación conductual: revisiones conceptual y experimental. International Journal of Clinical and Health Psychology [Internet]. 2006; 6 (3): 729-751. Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-201.pdf
87. Editores: Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud-ALAPSA. Tópicos selectos en psicología de la salud. Aportes latinoamericanos. México. 2013.
88. Cloninger SC. Teorías de la personalidad. 3ª edición. México: Pearson. 2003.
89. Polaino LA, Cabanyes TJ, Del Pozo AA. Fundamentos de Psicología de la Personalidad. 1ª ed. España: Instituto de Ciencias para la Familia; 2003.
90. Schmidt V, Firpo L, Vion D, De Costa Oliván ME, Casella L, Cuenya L et al. Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. Revista Internacional de Psicología. 2010; 11 (2).
91. Palacios Cruz J, Gantiva C, Montaña Sinisterra M. Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. Psychologia [Internet]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225531007>.
92. Amador Campos JA, Forns Santacana M, Kirchner Nebot A. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico Facultad Cuestionarios de personalidad de Cattell. Universidad de Barcelona. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/346/1/143.pdf>
93. García Méndez GA. Estructura factorial del modelo de personalidad de Cattell en una muestra colombiana y su relación con el modelo de cinco factores. Avances en Medición [Internet]. 2005; 3: 53-72. Disponible ne: http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/1413/8574/8847/Articulo_3_Catell_y_cinco_factores_53-72_2.pdf
94. Medina Seruto M, Gómez Mariño M, Quintero Ortiz JE, Méndez Martínez MJ. Comportamiento de las enfermedades periodontales en adolescentes. AMC [internet]. 2009; 13 (5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000500002&nrm=iso

95. Fernández Sánchez N. Cuestionario de 16 factores de la personalidad. Material didáctico. México: Universidad Nacional Autónoma de México. 2007. Disponible en: http://www.e-continua.com/documentos/16FP_instructivo_nfs.pdf
96. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health* [Internet]. 1994; 11(1):3-11. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8193981>
97. Ugalde Meza E. Perfil de la Salud Oral (OHIP-14) en pacientes de la Clínica U Dental, con base en la incapacidad psicológica según el sexo. *Idental* [Internet]. 2014; 7 (2). Disponible en: http://www.ulacit.ac.cr/files/revista/articulos/esp/resumen/111_article3idental7.2.pdf
98. Con Salud. La halitosis puede ser un signo de diversas enfermedades. España: Instituto del aliento. Consultado en 2015. Disponible en: <http://consalud.es/pacientes/-la-halitosis-puede-ser-un-signo-de-diversas-enfermedades-11471>.
99. Finbarr A. Assessment of oral health related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes* [Internet]. 2003; 1. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC201012/pdf/1477-7525-1-40.pdf>
100. Locker D, Quiñonez C. Functional and psychosocial impacts of oral disorders in canadian adults: a national population survey. *JCDA* [Internet]. 2009; 75 (7). Disponible en: <http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-75/issue-7/521.pdf>
101. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* [Internet]. 1997; 25(4): 284-90. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0528.1997.tb00941.x/epdf>
102. Mirrachi C, Ríos M, Morales I, Urzúa JP, Barahona P. Calidad de vida y condición de salud oral en embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* [Internet]. 2009; 26(4): 455-61. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n4/a07v26n4.pdf>
103. Aguilar Agullo MJ, Cañamas Sanchis MV, Ibañez Cabanell P, Gil Loscos F. Importancia del uso de índices en la práctica periodontal diaria del higienista dental. *Periodoncia* [Internet]. 2003; 13(3):233-244. Disponible en: http://www.uv.es/periodoncia/media/IndicesMariaJose_1.pdf
104. Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires. Indicadores epidemiológicos para la caries dental. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000236cnt-protocolo-indice-cpod.pdf>

105. Valencia Badachi C, Arzate Mora N, González Hernández E. Medición del Índice de Higiene Oral Simplificado en los alumnos del 2º semestre turno matutino de la licenciatura de odontología del IPN CICS-UST. Revista CICS-UST [Internet]. 2011; 1(1). Disponible en: <http://www.virtual.cics-sto.ipn.mx/UTyCV/revista-cics/?p=74>
106. Red de estomatología social. Índice de higiene bucal. Disponible en: <http://estsocial.sld.cu/docs/Publicaciones/Indice%20de%20Higiene%20Bucal.pdf>
107. Núñez MA, Alemán Y. El 16PF como instrumento psicométrico: Una revisión de literatura. Recinto Universitario de Mayagüez. Disponible en: <http://www.uprm.edu/socialsciences/mnunez/16pf.htm>
108. Martín Jorge ML. Análisis histórico y conceptual de las relaciones entre la inteligencia y la razón. Universidad de Málaga Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Básica. Disponible en: <http://www.biblioteca.uma.es/bbl/doc/tesisuma/1685391x.pdf>
109. Consejo general de Colegios oficiales de psicólogos. Evaluación del test 16fp. Madrid.
110. Tobo I. Análisis de un perfil del 16FP. Universidad Nacional Abierta y a Distancia Zcori. Disponible en: <https://unadzcori.academia.edu/>
111. Secretaría de Salud [Internet]. Ley General de Salud. México. 1984. [Consultado en 2015]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
112. Secretaría de Salud [Internet]. Norma Oficial Mexicana a NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. México. [Consultado en 2015]. Disponible en: http://transparencia.uach.mx/informacion_publica_de_oficio/fraccion_i/nom_001_ssa3_2012.pdf
113. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 1964. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf
114. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. JAMA [Internet]. 1994; 272(8):619-26. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7726894>
115. Locker D, Allen F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure?. Community Dent Oral Epidemiol [Internet]. 2007; 35(6):401-11. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18039281>

116. Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud. *Revista Dental de Chile* [Internet]. 2005; 96 (2): 28-35. Disponible en: <http://www.revistadentaldechile.cl/agosto05/PDF%20agosto%2005/Utilidad%20de%20las%20Mediciones%20de%20la%20Calidad%20de%20Vida%20Relacionada%20con%20la%20Salud.pdf>
117. Aubert J, Sánchez S, Castro R, Monsalves MJ, Castillo P, Moya P. Calidad de vida relacionada con salud oral en mayores de 14 años en la comunidad San Juan Bautista, Isla Robinson Crusoe, Chile. *Int. J. Odontostomat.* [Internet]. 2014; 8(1):141-145. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/ijodontos/v8n1/art19.pdf>
118. López Castellanos G, López Ramírez LB, Nachon García MG, Hernández Lunagomez D. Salud bucal, salud bucal percibida y calidad de vida en adultos mayores. *Rev Med UV* [Internet]. 2014. <http://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2014/muv142a.pdf>
119. Cisneros Estala MA, Tijerina González LZ, Cantú Martínez PC. Salud bucal y hábitos alimentarios en estudiantes universitarios. *RESPYN* [Internet]. 2010; 11 (4). Disponible en: http://www.respyn.uanl.mx/xi/4/articulos/salud_bucal_1.htm
120. Solórzano Arévalo I, Rocha Navarro ML, Lepe Zúñiga VJ. Salud oral en estudiantes de odontología de México. *Revista ADM* [Internet]. 2007; LXIV(5):187-191 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2007/od075c.pdf>
121. Locker D, Clarke M, Payne B. Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population. *JDR* [Internet]. 2000; 79(4): 970-975. Disponible en: <http://jdr.sagepub.com/content/79/4/970.short>
122. Moya P, Chappuzeau E, Caro JC, Monsalves MJ. Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. *Rev Estomatol Herediana* [Internet]. 2012; 22(4):197-202. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/85/70>
123. Dresch V. Relaciones entre personalidad y salud física-psicológica: diferencias según sexo-genero, situación laboral y cultura-nación. Universidad Complutense de Madrid. 2006. Disponible en: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t29612.pdf>

ANEXOS

Cédula



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD VALLE DE LAS PALMAS

Los siguientes datos son confidenciales y solo podrán ser utilizados para fines de investigación.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre _____ Sexo 1) FEM 2) MASC Edad _____

Estado Civil

1) SOLTERO 2) CASADO 3) DIVORCIADO 4) VIUDO 5) UNIÓN LIBRE

Nivel socioeconómico_(NO CONTESTAR) _____

FICHA ESCOLAR.

Carrera _____ Semestre _____ Situación académica (NO CONTESTAR) _____

FICHA MÉDICA

Fumas? 0) NO 1) SI Cuantos cigarros al día aproximadamente? _____

Tomas bebidas alcohólicas? 0) NO 1) SI

Cuantas copas a la semana aproximadamente? _____

En los últimos 6 meses has tomado antibióticos? 0) NO 1) SI

Estas Embarazada? 0) NO 1) SI 2) NO APLICA

OHIP-49

Perfil de impacto de la salud bucal

En los últimos 6 meses:

0	1	2	3	4	9
NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE	NO APLICA

1	Has tenido dificultad para masticar alimentos debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?	
2	Has tenido problemas al pronunciar algunas palabras debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?	
3	Has notado que algún diente no se ve bien?	
4	Has notado que tu apariencia se ha visto afectada debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?	
5	Has sentido que tienes mal aliento debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?	
6	Has sentido que tu sentido del gusto ha empeorado debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?	
7	Se te ha quedado comida atrapada entre tus dientes o debajo de tus dentaduras?	
8	Has sentido que tu digestión ha empeorado debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?	
9	Has sentido que tus dentaduras no ajustan apropiadamente?	
10	Has tenido dolor en tu boca?	
11	Has tenido la mandíbula adolorida?	
12	Has tenido dolores de cabeza debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?	
13	Has tenido sensibilidad en tus dientes, por ejemplo debido a alimentos o bebidas fríos o calientes?	
14	Has tenido dolor dental?	
15	Has tenido dolor de encías?	
16	Has encontrado incomodo comer cualquier alimento debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?	
17	Has tenido puntos dolorosos en tu boca?	
18	Has tenido dentaduras que no son confortables?	
19	Has estado preocupado por problemas dentales?	
20	Has estado avergonzado debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?	
21	Tus problemas dentales te han hecho sentir totalmente infeliz?	
22	Te has sentido incómodo con la apariencia de tus dientes, boca o dentaduras?	
23	Se has sentido tenso debido a problemas con tu dientes, boca o dentaduras?	
24	Tu modo de hablar ha sido poco claro debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?	

0	1	2	3	4	9
NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE	NO APLICA
25	Las personas te han malinterpretado algunas palabras debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?				
26	Has experimentado menos sabor en tu comida debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?				
27	Has sido incapaz de cepilarte los dientes adecuadamente debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?				
28	Has tenido que evitar algunos alimentos debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?				
29	Ha sido insatisfactoria tu dieta debido problemas con tus dientes, boca o dentaduras?				
30	Has sido incapaz de comer con tus dentaduras debido a problemas con ellas?				
31	Has evitado sonreír debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?				
32	Has tenido que interrumpir tus comidas debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?				
33	Se interrumpido tu sueño debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?				
34	Te has sentido irritado debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?				
35	Has encontrado difícil relajarte debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?				
36	Te has sentido deprimido debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?				
37	Has visto afectada tu concentración debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?				
38	Te has avergonzado un poco debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?				
39	Has evitado salir a la calle debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?				
40	Has sido menos tolerante con tu familia debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?				
41	Has tenido dificultades para relacionarte con otras personas debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?				
42	Has estado un poco irritable con otras personas debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?				
43	Has tenido dificultades para realizar tus labores habituales debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?				
44	Has sentido que tu salud general ha empeorado debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?				
45	Has sufrido algún tipo de pérdida económica debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?				
46	Has sido incapaz de disfrutar la compañía de otras personas como deberías debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?				
47	Has sentido que tu vida en general es menos satisfactoria debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?				
48	Has sido totalmente incapaz de funcionar debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?				
49	Has sido incapaz de trabajar con toda tu capacidad debido a problemas con tus dientes, boca o dentaduras?				

16 Factores de Personalidad

1. Entendí perfectamente las instrucciones de este cuestionario:
a) sí, b) en duda, c) no.
2. Estoy dispuesto a contestar cada pregunta tan sinceramente como me sea posible.
a) sí, b) en duda, c) no.
3. Preferiría tener una casa:
a) en una zona poblada
b) intermedio
c) aislada en un bosque
4. Yo tengo la energía suficiente para enfrentarme a mis dificultades.
a) siempre
b) generalmente
c) pocas veces.
5. Me siento un poco nervioso ante los animales salvajes, aunque estén enjaaulados.
a) sí, b) indeciso, c) no.
6. Evito criticar a las personas y a sus ideas.
a) siempre, b) a veces, c) nunca.
7. Yo hago o bservaciones sarcásticas a las personas que creo que se las merecen.
a) siempre, b) a veces, c) nunca.
8. Yo prefiero la música semiclásica que las canciones populares.
a) cierto, b) intermedio, c) falso.
9. Si yo viera pelear a los niños de mi vecino:
a) dejaría que se arreglaran solos,
b) no sabría qué hacer,
c) intentaría reconciliarlos.
10. En las reuniones sociales:
a) me hago notar,
b) no sé,
c) prefiero permanecer a distancia.
11. Yo preferiría ser:
a) ingeniero constructor,
b) indeciso,
c) escritor de guiones (dramaturgo).
12. Yo prefiero detenerme a observar a un artista pintando que a escuchar a algunas personas discutiendo violentamente.
a) cierto, b) no sé, c) falso.
13. Casi siempre puedo tolerar a la gente vanidosa que se cree la gran cosa.
a) sí, b) en duda, c) no.
14. Cuando un hombre es deshonesto, casi siempre lo puedes notar en su cara.
a) sí, b) en duda, c) no.
15. Sería mejor que las vacaciones fueran más largas y que todos tuvieran que tomarlas.
a) de acuerdo, b) indeciso, c) en desacuerdo.
16. Preferiría correr el riesgo de un trabajo con un sueldo elevado aunque irregular, que un trabajo con un sueldo menor y constante.
a) sí, b) en duda, c) no.
17. Yo hablo sobre mis sentimientos:
a) sólo si es necesario,
b) intermedio,
e) cada vez que tengo la oportunidad.
18. En ocasiones tengo la sensación de un vago peligro, o un miedo súbito por razones que no comprendo.
a) sí, b) intermedio, c) no.
19. Cuando me regañan por algo que no hice, no me siento culpable.
a) cierto, b) intermedio, c) no.
20. Con dinero puedo comprar casi todo.
a) sí, b) dudoso, c) no.
21. En mis decisiones influyen mis:
a) mis emociones,
b) mis sentimientos y razón por igual,
c) mis razonamientos.
22. La mayoría de las personas serían más felices si se relacionaran más con sus semejantes e hicieran lo mismo que otros.
a) sí, b) intermedio, c) no.
23. Cuando me veo en un espejo, algunas veces confundo cuál es la derecha y cuál es la izquierda.
a) cierto, b) en duda, c) falso.
24. Cuando estoy platicando me gusta:
a) decir las cosas tal y como se me ocurren,
b) intermedio,
c) organizar primero mis pensamientos.
25. Cuando algo en verdad me pone furioso, por lo general me calmo rápidamente.
a) sí, b) intermedio, c) no.
(Fin de la Columna 1 en la Hoja de respuestas)
26. Si yo tuviera el mismo sueldo y horario me gustaría más trabajar como:
a) carpintero o cocinero,
b) indeciso,
c) mesero en un buen restaurante
27. Yo soy apto para:
a) algunos pocos empleos,
b) varios empleos,
e) muchos empleos.
28. "Pala" es a "cavar" como "cuchillo" es a:
a) afilado, b) cortar, c) puntiagudo
29. A veces no puedo dormir porque una idea me da vueltas en la cabeza.
a) cierto, b) dudoso, c) falso.
30. En mi vida privada, casi siempre alcanzo las metas que me propongo.
a) cierto, b) dudoso, c) falso.
31. Cuando una ley es anticuada debe ser cambiada:
a) sólo después de una discusión considerable,
b) intermedio,
c) rápidamente.
32. Me disgusta trabajar en un proyecto en el que se toman medidas rápidas que afectan a otros.
a) cierto, b) intermedio, c) falso.

159. No hago caso a las sugerencias bien intencionadas de los demás, aunque pienso que debería.
a) en ocasiones, b) casi nunca c) nunca.
160. Siempre mi criterio para cualquier decisión se basa en los principios del bien y el mal.
a) sí, b) indeciso, c) no.
161. Me disgusta un poco que un grupo me observe cuando trabajo.
a) sí, b) intermedio, c) no.
162. Debido a que no siempre es posible obtener las cosas por medio de métodos graduables y razonables, a veces es necesario usar la fuerza.
a) cierto, b) intermedio, c) falso.
163. En la escuela prefiero (o preferí):
a) español y literatura,
b) indeciso,
c) aritmética y matemáticas.
164. A veces me causa problemas el que la gente hable mal de mí a mis espaldas, sin tener razón.
a) sí, b) indeciso, c) no.
165. Platicar con la gente convencional, común y corriente:
a) es a menudo interesante e importante,
b) intermedio,
c) me molesta porque dicen cosas tontas y superficiales.
166. Algunas cosas me enojan tanto que prefiero no hablar de ellas.
a) sí, b) intermedio, c) no.
167. Es muy importante en la educación:
a) dar suficiente afecto a los niños,
b) intermedio,
c) que los niños aprendan hábitos y actitudes convenientes.
168. La gente me considera una persona estable, sin perturbaciones, ante las altas y bajas de la vida.
a) sí, b) intermedio, c) no.
169. Pienso que la sociedad debe crear nuevas costumbres por razones modernas y eliminar viejas costumbres o simples tradiciones.
a) sí, b) indeciso, c) no.
170. Yo pienso que en el mundo actual es más importante resolver:
a) los asuntos sobre moralidad,
b) indeciso,
c) las dificultades políticas.
171. Yo aprendo mejor:
a) leyendo un libro bien escrito,
b) intermedio,
c) participando en una discusión de grupo.
172. Prefiero guiarme yo mismo en lugar de actuar según las reglas aprobadas.
a) cierto, b) indeciso, c) falso.
173. Prefiero esperar hasta que estoy seguro que es correcto lo que pienso decir, antes de exponer mis razones.
a) siempre,
b) en general,
c) solamente si es posible.
174. Algunas cosas que no tienen importancia, "me ponen los nervios de punta".
a) sí, b) intermedio, c) no.
175. Pocas veces digo cosas que pienso sin reflexionar y que después tengo que lamentar grandemente.
a) cierto, b) indeciso, c) falso.
- (Fin de la Columna 7 en la Hoja de respuestas)
176. Si me pidieran que trabajara en una obra de caridad:
a) aceptaría,
b) indeciso,
c) diría con cortesía que estoy ocupado.
177. ¿Cuál de las siguientes palabras es distinta a las otras dos?
a) ancho, b) zigzag, c) derecho.
178. "Pronto" es a "nunca", como "cerca" es a:
a) nada, b) lejos, c) fuera.
179. Cuando cometo una torpeza social, yo puedo olvidarla pronto.
a) sí, b) intermedio, c) no.
180. Me reconocen como un "hombre de ideas" porque siempre se me ocurren algunas cuando hay algún problema.
a) sí, b) intermedio, c) no.
181. Yo creo que me muestro más:
a) animado en reuniones de crítica y protesta,
b) indeciso,
c) tolerante a los deseos de otras personas
182. Me consideran como una persona muy entusiasta.
a) sí, b) intermedio, c) no.
183. Prefiero un trabajo con variedad, viajes y cambios aunque tenga riesgos.
a) sí, b) intermedio, c) no.
184. Soy una persona bastante estricta que insiste siempre en hacer las cosas tan correctamente como sea posible.
a) cierto, b) intermedio, c) falso.
185. Me agradan los trabajos que requieren concentración y habilidades precisas.
a) sí, b) intermedio, c) no.
186. Me considero un tipo enérgico que se mantiene activo.
a) sí, b) indeciso, c) no.
187. Estoy seguro de haber contestado correctamente, y de no haber dejado ninguna pregunta sin contestar.
a) sí, b) indeciso, c) no.
- (Fin del cuestionario)

33. La mayoría de la gente que conozco me considera como un conversador agradable.
a) sí, b) indeciso, c) no.
34. Cuando veo a personas desalfidadas y desaseadas, yo:
a) las acepto, b) intermedio. c) me disgusto.
35. Me siento un poco apenado si de repente me convierto en el centro de atención en una reunión social.
a) sí, b) intermedio, c) no.
36. Siempre me gusta participar en reuniones concurridas, por ejemplo: una fiesta, un mitin.
a) sí, b) intermedio, c) no.
37. En la escuela prefiero (o prefiri):
a) la música, b) indeciso, c) los trabajos manuales.
38. Cuando estoy encargado de hacer algo, yo insisto en que se sigan mis instrucciones o bien renuncio:
a) sí, b) a veces, c) no.
39. Para los padres es más importante:
a) ayudar a sus niños a desarrollar sus afectos,
b) intermedio,
c) enseñar a sus niños cómo controlar sus emociones.
40. En una tarea de grupo, yo más bien trataría de:
a) imponer acuerdos,
b) intermedio,
c) hacer apuntes y ver que se obedezcan las reglas.
41. De vez en cuando siento la necesidad de realizar actividades físicas rudas o pesadas.
a) sí, b) indeciso, c) no.
42. Preferiría juntarme con gente bien educada a juntarme con individuos toscos y rebeldes.
a) sí, b) intermedio, c) no.
43. Me siento muy afligido cuando la gente me critica en público.
a) cierto, b) intermedio, c) falso.
44. Cuando el jefe (o el maestro) me llama:
a) veo una oportunidad para hablar de cosas que me interesan,
b) indeciso,
c) temo haber hecho algo mal.
45. Lo que este mundo necesita son:
a) ciudadanos firmes y serios,
b) no sé,
e) "idealistas" con planes para mejorarlo.
46. En todo lo que leo, estoy siempre pendiente de las intenciones propagandistas.
a) sí, b) indeciso, c) no.
47. De adolescente participé en los deportes escolares:
a) pocas veces,
b) frecuentemente,
c) muy frecuentemente.
48. Yo conservo mi cuarto bien arreglado, con cada cosa en su lugar.
a) sí, b) algunas veces, c) no.
49. A veces me pongo tenso e inquieto cuando pienso en los sucesos del día.
a) sí, b) intermedio, c) no.
50. A veces dudo que la gente con la que hablo se interese realmente en lo que digo.
a) sí, b) intermedio, c) no.
- (Fin de la Columna 2 en la Hoja de respuestas)
51. Si tuviera que escoger, preferiría ser:
a) guardabosques,
b) indeciso,
e) maestro de escuela.
52. En santos y cumpleaños:
a) me gusta hacer regalos personales,
b) indeciso,
c) creo que aun poco molesto comprar regalos.
53. "Cansado" es a "trabajo" como "orgullo" es a:
a) sonrisa, b) éxito, c) felicidad.
54. ¿Cuál de las siguientes palabras es de clase distinta a las otras dos?
a) vela, b) luna, c) luz eléctrica
55. He sido abandonado por mis amigos:
a) casi nunca,
b) ocasionalmente,
c) muy a menudo.
56. Yo tengo algunas cualidades por lo que me siento superior a la mayoría de la gente.
a) sí, b) dudoso, c) no.
57. Cuando me enojo, yo me esfuerzo por ocultar mis sentimientos a los demás.
a) cierto, b) a veces, c) falso.
58. Me gusta asistir a espectáculos, o ir a fiestas:
a) más de una vez a la semana (más de lo normal),
b) una vez a la semana (lo normal),
c) menos de una vez a la semana (menos de lo normal).
59. Pienso que suficiente libertad es más importante que las buenas costumbres y el respeto a la ley.
a) cierto, b) indeciso, c) falso.
60. En presencia de personas de mayor experiencia, edad o posición, tiendo a permanecer callado.
a) sí, b) intermedio, c) no.
61. Se me hace difícil hablar o recitar frente a un grupo numeroso.
a) sí, b) intermedio, c) no.
62. Cuando estoy en un lugar extraño, tengo un buen sentido de la orientación (encuentro fácilmente donde está el Norte, Sur, Este y Oeste).
a) sí, b) intermedio, c) no.
63. Si alguien se enoja conmigo, yo:
a) trato de calmarlo, b) indeciso, c) me irrito.

126. Si los salarios fueran los mismos, preferiría ser:
a) abogado, b) indeciso, c) navegante o piloto.
127. "Mejor" es a "peor" como "más lento" es a:
a) rápido, b) óptimo, c) más veloz.
128. ¿Cuáles de las siguientes letras deben ir al final de esta lista:
xooooooooo?
a) xxx, b) xxx, c) xooo.
129. Cuando se llega la hora de algo que yo había planeado o anticipado, a veces no siento ganas de ir.
a) cierto, b) intermedio, c) falso.
130. Yo puedo trabajar con cuidado en muchas cosas, sin ser molestado por las personas que hacen ruido a mi alrededor.
a) sí, b) intermedio, c) no.
131. A veces platico a personas desconocidas, cosas que me parecen importantes aunque no me las pregunten.
a) sí, b) intermedio, c) no.
132. Yo paso mucho de mi tiempo libre platicando con amigos sobre reuniones sociales en las que nos divertimos en el pasado.
a) sí, b) intermedio, c) no.
133. Me agrada hacer cosas temerarias y atrevidas nada más por gusto.
a) sí, b) intermedio, c) no.
134. La escena de un cuarto desarreglado me molesta.
a) sí, b) intermedio, c) no.
135. Me considero una persona muy sociable con la que es fácil llevarse.
a) sí, b) intermedio, c) no.
136. En mi trato social:
a) demuestro mis emociones como quiero,
b) intermedio,
c) me guardo mis emociones.
137. Me gusta la música:
a) alegre, ligera y animada,
b) intermedio,
c) emotiva y sentimental.
138. Yo admiro más la belleza de un hermoso poema que la belleza de un arma bien hecha.
a) sí, b) indeciso, c) no.
139. Si nadie se da cuenta de una buena observación mía:
a) no le doy importancia.
b) indeciso.
c) repito la frase para que la gente pueda escucharla nuevamente.
140. Me gustaría trabajar como vigilante con criminales que estuvieran en libertad bajo palabra.
a) sí, b) intermedio, c) no.
141. Uno debe tener cuidado al mezclarse con toda clase de extraños, por el peligro de una infección.
a) sí, b) indeciso, c) no.
142. En un viaje al extranjero, yo preferiría ir en un "tour" planeado con un conductor de viajes experimentado, que planear por mí mismo los lugares que desearía visitar.
a) sí, b) indeciso, c) no.
143. Me consideran, acertadamente, como una persona trabajadora y de mediano éxito.
a) sí, b) indeciso, c) no.
144. Si las personas abusan de mi amistad, no lo resentido y lo olvido pronto.
a) cierto, b) indeciso, c) falso.
145. Si se desarrolla una discusión acalorada entre los miembros de un grupo, yo:
a) quisiera ver a un "ganador",
b) intermedio,
c) desearía que se calmaran rápidamente.
146. Me gusta hacer mis planes yo solo, sin que nadie me interrumpa para aconsejarme.
a) sí, b) intermedio, c) no.
147. A veces dejo que mis acciones se vean influidas por mis celos.
a) sí, b) intermedio, c) no.
148. Yo creo firmemente que "el jefe pudiera no tener la razón, pero siempre tendrá la razón por ser el jefe".
a) sí, b) indeciso, c) no.
149. Me pongo tenso cuando pienso en todas las cosas que me aquejan.
a) sí, b) a veces, c) no.
150. No me desconcierta que la gente me grite lo que tengo que hacer cuando estoy jugando.
a) cierto, b) indeciso, c) falso.
- (Fin de la Columna 6 en la Boja de respuestas)
151. Preferiría la vida de:
a) un artista,
b) indeciso,
c) secretario de un club social.
152. ¿Cuál de las siguientes palabras no corresponde a las otras dos?
a) alguno, b) unos, c) muchos.
153. "Llama" es a "cañal" como "rosa" es a:
a) espina, b) pétalo rojo, c) perfume.
154. Tengo sueños tan intensos que me inquietan cuando duermo.
a) a menudo, b) en ocasiones, c) casi nunca.
155. Aunque las probabilidades de que algo tenga éxito estén completamente en contra, sigo pensando en aceptar el riesgo.
a) sí, b) intermedio, c) no.
156. Me agrada saber bien lo que el grupo tiene que hacer para que así sea yo el que manda.
a) sí, b) intermedio, c) no.
157. Preferiría vestirme sencilla y correctamente, y no con un estilo peculiar y llamativo.
a) cierto, b) indeciso, c) falso.
158. Me llama más la atención pasar una tarde con un pasatiempo tranquilo que en una fiesta animada.
a) cierto, b) indeciso, c) falso.

64. Cuando leo un artículo tendencioso o injusto en una revista tiendo a olvidarlo, más que a sentir ganas de "devolverles el golpe"
- a) cierto, b) dudoso, c) falso
65. Tiendo a olvidar muchas cosas triviales y sin importancia, como nombres de calles o de tiendas.
- a) sí, b) algunas veces, c) no.
66. Me gustaría llevar la vida de un veterinario, curando y operando animales.
- a) sí, b) intermedio, c) no.
67. Yo como mis alimentos con placer, aunque no siempre tan cuidadosa y apropiadamente como algunas personas
- a) cierto, b) intermedio, c) falso.
68. Algunas veces no tengo ganas de ver a nadie:
- a) raras veces,
b) intermedio,
c) muy frecuentemente.
69. A veces las personas me dicen que muestro de manera demasiado clara mi agitación.
- a) sí, b) intermedio, c) no.
70. De adolescente, si mi opinión era distinta a la de mis padres, yo por lo general:
- a) la mantenía,
b) indeciso,
c) aceptaba la autoridad de mis padres.
71. Me gustaría tener una oficina para mí, que no fuera compartida con otra persona.
- a) sí, b) indeciso, c) no.
72. Preferiría disfrutar la vida discretamente a mi manera, más que ser admirado por mis éxitos.
- a) cierto, b) indeciso, c) falso
73. Me siento maduro en la mayoría de mis actos:
- a) verdadero, b) dudoso, c) falso
74. Cuando la gente me critica me enojo, en vez de sentirme ayudado.
- a) frecuentemente,
b) ocasionalmente,
c) nunca.
75. Estoy dispuesto a expresar mis sentimientos sólo bajo mi estricto control.
- a) sí, b) intermedio, c) no.
- (Fin de la Columna 3 en la Hoja de respuestas)
76. Al inventar algo útil, preferiría:
- a) perfeccionarlo en el laboratorio,
b) indeciso,
c) vendérselo a la gente.
77. "Sorpresa" es a "extraño" como "miedo" es a:
- a) valiente, b) ansioso, c) terrible.
78. ¿Cuál de las siguientes fracciones es distinta a las otras dos?
- a) $3/7$, b) $3/9$, c) $3/11$.
79. Yo no sé por qué, pero algunas personas como que me ignoran o me evitan.
- a) cierto, b) indeciso, c) falso.
80. Las personas me tratan con menos consideración de lo que merecen mis buenas intenciones.
- a) a menudo, b) en ocasiones, c) nunca
81. En un grupo, me molesta que se digan albures o groserías aun cuando no haya mujeres delante.
- a) cierto, b) intermedio, c) falso
82. Yo tengo indudablemente menos amigos que la mayoría de la gente
- a) sí, b) en duda, c) no
83. Detestaría estar en un lugar donde no hubiera muchas personas con quien platicar
- a) cierto, b) indeciso, c) falso.
84. Las personas dicen que soy descuidado a veces, aunque ellas me consideren simpático.
- a) sí, b) intermedio, c) no.
85. En distintas ocasiones de mi vida social, he experimentado miedo al público
- a) frecuentemente,
b) en ocasiones,
c) casi nunca.
86. Cuando estoy en un grupo pequeño, me agrada permanecer en silencio y mejor dejar que otros hablen.
- a) cierto, b) intermedio, c) falso.
87. Yo prefiero leer
- a) una narración realista de batallas militares ó políticas,
b) indeciso,
c) una novela sentimental o imaginativa.
88. Cuando la gente mandona trata de imponerse, yo hago exactamente lo contrario de lo que ellas quieren.
- a) sí, b) intermedio, c) no.
89. Es una regla que mis jefes o los miembros de mi familia me consideren culpable sólo si existe una razón real.
- a) cierto, b) intermedio, c) falso.
90. Me desagrada la manera como algunas personas observan con descaro o sin recato a otras, en las calles o en las tiendas.
- a) sí, b) intermedio, c) no.
91. En un viaje largo, preferiría:
- a) leer algo serio pero interesante,
b) indeciso,
c) platicar con el pasajero de junto.
92. En una situación que puede volverse peligrosa, yo creo conveniente hacer ruido y escándalo, aunque se pierda la serenidad y la cortesía.
- a) sí, b) indeciso, c) no.
93. Si mis conocidos me tratan mal y me demuestran que les disgusta:
- a) me importa poco,
b) intermedio,
c) me pongo triste.
94. Las alabanzas y los cumplidos que me dicen, me desagradan.
- a) sí, b) intermedio, c) no.

95. Me gustaría más bien tener un trabajo con:
- un sueldo fijo y seguro
 - intermedio.
 - un sueldo bastante alto, que dependiera de mi constante persuasión a gente que me desagrada.
96. Para mantenerme informado, yo prefiero:
- discutir los asuntos con las personas,
 - intermedio,
 - leer los reportes noticiosos diarios
97. Me gusta tomar parte activa en asuntos sociales, comités, etc.
- sí,
 - intermedio,
 - no.
98. En el desempeño de una tarea, no estoy satisfecho ha-ta que no se ha realizado con atención el más mínimo detalle.
- cierto,
 - intermedio,
 - falso.
99. A veces pequeñas contrariedades me irritan demasiado.
- sí,
 - intermedio,
 - no.
100. Yo siempre duermo profundo, nunca hablo ni camino durmiendo
- sí,
 - intermedio,
 - no.
- (Fin de la Columna 4 en la Hoja de respuestas)
101. Sería muy interesante trabajar en una empresa:
- hablando con los clientes,
 - intermedio,
 - llevando las cuentas y el archivo.
102. "Tamaño" es a "longitud" como "deshonestidad" es a:
- prisión,
 - pecado,
 - robo.
103. AB es a dc como SR es a:
- qp,
 - pq,
 - tu.
104. Cuando la gente no es razonable:
- me quedo callado,
 - intermedio,
 - los desprecio.
105. Si alguien habla en voz alta cuando estoy escuchando música:
- puedo concentrarme en la música y no me molesta,
 - intermedio,
 - acaban con mi placer y me molesto.
106. Creo que soy bien descrito como:
- educado y tranquilo,
 - intermedio,
 - enérgico.
107. Asisto a reuniones sociales sólo cuando tengo que hacerla, de otra manera trato de evitarlas.
- sí,
 - indeciso,
 - no.
108. Ser precavido y esperar poco es mejor que ser optimista y esperar siempre el éxito.
- cierto,
 - indeciso,
 - falso.
109. Cuando pienso en las dificultades de mi trabajo:
- trato de planearlas anticipadamente,
 - intermedio,
 - supongo que podré manejarlas cuando se presenten.
110. Para mí es fácil incorporarme con las personas en una reunión social.
- cierto,
 - intermedio,
 - falso.
111. Cuando un poco de diplomacia y persuasión son necesarias para que la gente actúe, yo generalmente soy el primero en fomentarlas.
- cierto,
 - indeciso,
 - falso.
112. Sería muy interesante ser
- orientador vocacional de muchachos que tratan de encontrar su carrera,
 - indeciso,
 - ingeniero mecánico industrial.
113. Si estoy completamente seguro de que una persona es injusta o es egoísta, se lo digo, aunque me traiga problemas.
- sí,
 - intermedio,
 - no.
114. A veces yo hago observaciones tontas en broma, sólo para que las personas se sorprendan y ver qué es lo que dicen.
- sí,
 - intermedio,
 - no.
115. Me gustaría ser reportero de teatro, ópera, conciertos.
- sí,
 - indeciso,
 - no.
116. Yo nunca siento la necesidad de hacer garabatos ni ponerme nervioso cuando estoy en una reunión.
- cierto,
 - indeciso,
 - falso.
117. Si alguien me dice algo, que sé que es falso, yo muy probablemente me diga:
- "Él es un embustero",
 - intermedio,
 - "Aparentemente él está mal informado".
118. Yo siento que me van a castigar, aun cuando no haya hecho nada malo:
- a menudo,
 - ocasionalmente,
 - nunca.
119. La idea de que las enfermedades tienen causas tanto físicas como mentales es muy exagerada.
- sí,
 - intermedio,
 - no.
120. La pompa y el esplendor de cualquier ceremonia estatal son cosas que deben conservarse.
- sí,
 - intermedio,
 - no.
121. Me molesta que las personas piensen que soy demasiado diferente o muy poco convencional.
- mucho,
 - algo,
 - nada.
122. En la elaboración de alguna cosa, más bien yo trabajaría:
- en equipo,
 - indeciso,
 - por mi propia cuenta.
123. En algunos momentos me es difícil evitar un sentimiento de lástima hacia mí mismo.
- a menudo,
 - en ocasiones,
 - nunca.
124. A menudo me enoja demasiado rápido con la gente.
- sí,
 - intermedio,
 - no.
125. Yo puedo cambiar viejos hábitos sin dificultad, y sin volver a ellos.
- sí,
 - intermedio,
 - no.
- (Fin de la Columna 5 en la Hoja de respuestas)

