



---

---

**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS MÉDICAS E INVESTIGACIÓN**

TESIS

***CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ORAL Y SÍNTOMAS  
DEPRESIVOS DE ACUERDO CON EL SEXO EN POBLACIÓN MEXICANA***

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
**MAESTRA EN CIENCIAS MÉDICAS E INVESTIGACIÓN**

**Presenta:**

Yamel Tlaiye García

Directores de tesis:

D.C. Irma del Carmen Zamora Ginez

D.C. Blanca Guadalupe Baez Duarte

M.E.I. Guillermo Franco Romero

Puebla, Pue.

Septiembre, 2021

## DIRECTORES DE TESIS



---

D.C. Irma del Carmen Zamora Ginez



---

D.C. Blanca Guadalupe Baez Duarte



---

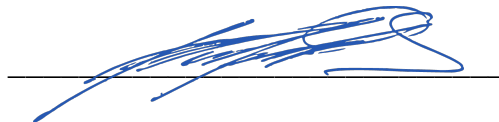
M.E.I. Guillermo Franco Romero



---

Maestría en Ciencias Médicas e Investigación

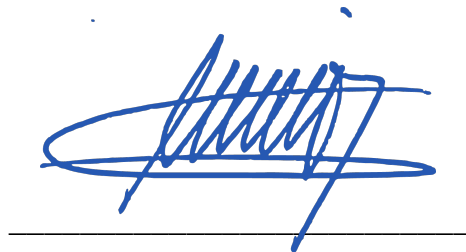
## COMITÉ REVISOR



D.C. Maura Cárdenas García



D.C. Alejandra García Zapién



M.C. Gabriel Muñoz Quintana

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la beca No. CVU 997618 que me brindó.

A la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla por darme la oportunidad una vez más de estudiar y crecer tanto profesional como personalmente.

A mis directoras de tesis, la D.C. Irma Zamora Ginez y la D.C. Blanca Guadalupe Baez Duarte por darme la oportunidad de trabajar en su línea de investigación, por la confianza, el conocimiento y las herramientas que día a día me brindaron para poder concluir con éxito la maestría, sin duda alguna me ayudaron y enseñaron a dar lo mejor de mí. A mi codirector de tesis el M.E.I. Guillermo Franco Romero por su disposición, comprensión y su apoyo siempre.

A los miembros de mi comité tutorial, la D.C. Maura Cárdenas García, la D.C. Alejandra García Zapién y el M.C. Gabriel Muñoz Quintana por sus consejos y observaciones que ayudaron a mejorar y pulir este proyecto de investigación, gracias por su tiempo.

Mi reconocimiento, admiración y agradecimiento a cada uno de ustedes por su gran labor y esfuerzo que implicó esta nueva modalidad de enseñanza dadas las circunstancias actuales.

Finalmente, le agradezco a mis compañeros de la maestría, especialmente a Fernando Limón, Sandra Vélez y Alfonso Ponce por el apoyo, la ayuda, el trabajo en equipo y la amistad que forjamos a lo largo de este camino.

## DEDICATORIA

A Dios, por darme la fuerza, la sabiduría y el valor necesario para poder concluir con éxito esta gran etapa de mi vida.

A mis padres, Judith y Miguel Ángel, por su amor, confianza y apoyo incondicional desde el principio de este camino, gracias por creer en mí y darme fortaleza en los momentos en los que más la necesité, los honro y los amo infinitamente.

A mis hermanas, Esbeire y Karime, por su comprensión y apoyo en este proceso y por la ayuda que siempre me brindan sin pedir nada a cambio, gracias por ser mis cómplices en esta vida para poder alcanzar todas mis metas y sueños, las amo inmensamente.

A Fernando Limón, por iluminar mis días con tu amor, apoyo y paciencia, gracias por compartir conmigo este camino y esta vida, no me queda duda del gran trabajo en equipo que hacemos en cualquier circunstancia, te amo.

A mi tía Martha Aideé, por el apoyo y los valiosos consejos y asesorías brindados a lo largo de este proyecto y de mi vida, gracias por escucharme y ayudarme en todo momento, te amo tía.

A mi familia, amigos y compañeros en general, por el apoyo que me brindaron en compartir mi encuesta y poder cumplir con el objetivo, los llevo en mi corazón.

## RESUMEN

**Introducción:** La depresión es considerada un trastorno mental caracterizado por sentimientos de tristeza, culpa, pérdida del interés y placer, trastornos del apetito o del sueño, sensación de cansancio y falta de concentración, se estima que este trastorno afecta a más de 300 millones de personas a nivel mundial, por lo que es considerado como la principal causa mundial de discapacidad. En México, la prevalencia de síntomas depresivos en adultos es del 17.9%, presentándose un 22.5% en mujeres y 12.3% en hombres, siendo 1.8 veces aproximadamente más elevada en el sexo femenino que en el masculino. La calidad de vida relacionada a la salud oral (CVRSO) se define como la percepción que el individuo tiene del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como de tejidos duros y blandos de la cavidad oral en el desempeño de las actividades de la vida diaria. Se ha reconocido que la salud oral puede tener un fuerte impacto en la vida psicológica y social de las personas, en donde el bienestar, el interés y la autoestima pueden observarse disminuidos por trastornos o patologías orales. Actualmente, son escasos los estudios respecto a si los síntomas depresivos en sujetos sin diagnóstico clínico de depresión tienen asociación con la CVRSO y si esta asociación afecta más a un sexo que a otro.

**Objetivo:** determinar la asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud oral y síntomas depresivos de acuerdo con el sexo en población mexicana.

**Metodología:** El presente estudio con número de registro 874 ante el Comité de investigación de la Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, tiene un diseño comparativo, observacional y transversal, realizado entre el periodo de mayo de 2020 a julio de 2021 en el laboratorio de Metabologénica y la Clínica Virtual Dale Un Minuto a tu Vida ambos a cargo del Cuerpo Académico CA-319 Metabologénica. Se estudió una muestra de 465 sujetos de los cuales 320 fueron mujeres y 145 hombre. La población estuvo formada por adultos, sin diagnóstico clínico de depresión que contaron con acceso a medios electrónicos

para contestar el formulario titulado “Impacto de la calidad de vida relacionada con la salud oral y síntomas depresivos en población mexicana”. Dicho formulario permitió que el sujeto contestara cada sección para recolectar datos generales, demográficos, datos médicos, que permitieron conocer la historia de su enfermedad en caso de padecer alguna, el impacto de la calidad de vida relacionada con la salud oral mediante el Perfil de Impacto en la Salud Oral de 14 ítems (OHIP-14), así como los síntomas depresivos mediante la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de siete reactivos (CESD-7). Se realizó la prueba de  $\chi^2$  para la comparación de frecuencias, para determinar la asociación de la calidad de vida relacionada con la salud oral y síntomas depresivos de acuerdo con el sexo; se realizó el análisis de regresión logística para indicar los odds ratios (OR) tomando una significancia de  $p < 0.05$ . El análisis estadístico fue realizado por medio del paquete estadístico IBM SPSS versión 23.

**Resultados:** se observó que el 20.6% de las mujeres y el 17.9% de los hombres presentaron síntomas depresivos, sin embargo, no hubo diferencias significativas entre sexos ( $p > 0.05$ ). Respecto a la CVRSO se observó que el sexo femenino representó el mayor porcentaje con un impacto alto de la CVRSO (62.5%) en comparación con el sexo masculino (49.6%), mostrando diferencias significativas entre grupos ( $p = 0.002$ ). Se encontró asociación entre los niveles de síntomas depresivos y el impacto alto en la CVRSO en ambos sexos (sexo femenino: OR=3.66,  $p < 0.001$  ajustado, sexo masculino: OR=2.91,  $p = 0.04$  ajustado).

**Conclusión:** Aunque en el análisis de regresión logística por grupos ajustado para edad, estado civil, ocupación, escolaridad y nivel socioeconómico se observó una ligera influencia a consecuencia de estas variables, no fue de manera significativa, por lo que la asociación entre los niveles de síntomas depresivos y el impacto alto en la CVRSO sigue siendo significativa en ambos sexos.

## ÍNDICE

<b>CAPITULO 1</b> .....	<b>1</b>
<b>1. ANTECEDENTES GENERALES</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ORAL</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1.1 DIAGNÓSTICO</b> .....	<b>2</b>
<b>1.2 RELEVANCIA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA SALUD GENERAL Y SALUD ORAL</b> .....	<b>4</b>
<b>1.3 SÍNTOMAS DEPRESIVOS</b> .....	<b>5</b>
<b>1.3.1 DIAGNÓSTICO</b> .....	<b>6</b>
<b>1.4 SEXO Y SALUD</b> .....	<b>9</b>
<b>2. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS</b> .....	<b>11</b>
<b>2.1 CALIDAD DE VIDA, SALUD ORAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS</b> .....	<b>11</b>
<b>2.2 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ORAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS</b> .....	<b>12</b>
<b>CAPITULO 2.</b> .....	<b>14</b>
<b>3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>14</b>
<b>4.HIPÓTESIS</b> .....	<b>14</b>
<b>5. JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>15</b>
<b>6. OBJETIVOS</b> .....	<b>16</b>
<b>6.1 Objetivo general</b> .....	<b>16</b>
<b>6.2 Objetivos específicos</b> .....	<b>16</b>
<b>7. METODOLOGÍA</b> .....	<b>17</b>
<b>7.1 Descripción del estudio</b> .....	<b>17</b>
<b>7.2 Criterios de la selección de la muestra</b> .....	<b>17</b>
<b>7.2.1 Criterios de Inclusión</b> .....	<b>17</b>
<b>7.2.2 Criterios de Exclusión</b> .....	<b>17</b>
<b>7.2.3 Criterios de Eliminación</b> .....	<b>18</b>
<b>7.3 Definición de las variables y escalas de medición</b> .....	<b>18</b>
<b>7.4 Instrumentos</b> .....	<b>18</b>
<b>7.5 Estrategia de trabajo</b> .....	<b>19</b>
<b>7.6 Diagrama de flujo</b> .....	<b>20</b>
<b>7.7 Análisis estadístico</b> .....	<b>20</b>
<b>8. RESULTADOS</b> .....	<b>22</b>



<b>9. DISCUSIÓN .....</b>	<b>31</b>
<b>10. CONCLUSIÓN .....</b>	<b>40</b>
<b>CAPITULO 3 .....</b>	<b>41</b>
<b>11. SEGOS Y LIMITACIONES .....</b>	<b>41</b>
<b>12. FORTALEZAS .....</b>	<b>42</b>
<b>13. PERSPECTIVAS.....</b>	<b>43</b>
<b>14. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>44</b>
<b>15. ANEXOS.....</b>	<b>51</b>

## LISTA DE CUADROS

<b>Número</b>	<b>Título</b>	<b>Página</b>
<b>Cuadro 1.</b>	Instrumentos utilizados para evaluar calidad de vida relacionada con la salud oral	2
<b>Cuadro 2.</b>	Dimensiones y temas de las preguntas asociadas del OHIP-14	3
<b>Cuadro 3.</b>	Instrumentos utilizados para tamizaje de depresión traducidas al español con validación en diferentes poblaciones	6
<b>Cuadro 4.</b>	Dimensiones del CESD-7	7
<b>Cuadro 5.</b>	Distribución de la edad de acuerdo con el sexo en la población de estudio	22
<b>Cuadro 6.</b>	Distribución de frecuencias y porcentajes de sujetos que presentaron o no síntomas depresivos de acuerdo con el sexo	23
<b>Cuadro 7.</b>	Distribución de frecuencias y porcentajes de las categorías de puntuación del OHIP-14 de acuerdo con el sexo	24
<b>Cuadro 8.</b>	Características de los sujetos de acuerdo con el sexo en las categorías de puntuación del OHIP-14	24
<b>Cuadro 9.</b>	Distribución de frecuencias y porcentajes de los ítems del OHIP-14 de acuerdo con el sexo	26
<b>Cuadro 10.</b>	Características de los sujetos de acuerdo con el impacto en la calidad de vida relacionada con la salud oral	27
<b>Cuadro 11.</b>	Regresión logística para impacto en la calidad de vida relacionada con la salud oral y niveles de síntomas depresivos de acuerdo con el sexo	28

**Cuadro 12.** Regresión logística ajustada para impacto alto y niveles de síntomas depresivos de acuerdo con el sexo 29

## LISTA DE FIGURAS

<b>Número</b>	<b>Título</b>	<b>Página</b>
<b>Figura 1.</b>	Distribución de la población de estudio de acuerdo con el sexo	22

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>CESD</b>	Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos
<b>CESD-7</b>	Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de siete reactivos
<b>CVRSO</b>	Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral
<b>ENESS</b>	Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social
<b>ENSANUT</b>	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
<b>GOHAI</b>	Índice de Evaluación de Salud Oral Geriátrico/General
<b>IADR</b>	Asociación Internacional para la Investigación Dental
<b>INEGI</b>	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
<b>MADRS</b>	Escala de Depresión de Montgomery-Asberg
<b>OHIP</b>	Perfil de Impacto en la Salud Oral
<b>OHIP- 49</b>	Perfil de Impacto en la Salud Oral de 49 ítems
<b>OHIP-14</b>	Perfil de Impacto en la Salud Oral de 14 ítems
<b>OIDP</b>	Impacto de la Salud Oral en las Actividades Diarias
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>RDC/TMD</b>	Criterios Diagnósticos de Investigación para Trastornos Temporomandibulares
<b>SDS</b>	Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung
<b>WHOQOL-BREF</b>	Grupo de Estudio sobre Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud

## **CAPITULO 1**

### **1. ANTECEDENTES GENERALES**

#### **1.1 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ORAL**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) define calidad de vida como “la percepción que tiene un individuo sobre su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes”, mencionando que su evaluación debe estar basada contemplando varios criterios y no solo un aspecto como el dolor; por lo que, su objetivo es estudiar el impacto que genera ese dolor en la autonomía individual y en la vida psicológica, social y espiritual de los individuos.

Por otro lado, se define salud oral como “el bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado de la dentición, así como tejidos duros y blandos de la cavidad oral”, al mencionar que uno de los objetivos de la odontología es promover y mantener la calidad de vida de los individuos al existir una estrecha relación entre las enfermedades orales y sus efectos en el desempeño de la vida diaria, define calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO) como “la percepción que el individuo tiene del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como de tejidos duros y blandos de la cavidad oral en el desempeño de las actividades de la vida diaria, teniendo en cuenta sus circunstancias presentes y pasadas, sus implicaciones en el cuidado, sus expectativas, sus paradigmas y acorde al sistema de valores de su contexto sociocultural” (2).

Sin embargo, las medidas objetivas de enfermedad no proporcionan suficiente información acerca del impacto que tienen los trastornos orales en la calidad de vida, así mismo, los índices utilizados en odontología no proporcionan alguna indicación sobre el impacto del proceso de la enfermedad en la función o bienestar psicosocial (3).

### 1.1.1 DIAGNÓSTICO

Debido a esto, en los últimos años, han surgido diversos instrumentos para evaluar la CVRSO; entre los más conocidos se encuentran el Impacto de la salud oral en las actividades diarias (OIDP), el Índice de evaluación de salud oral geriátrico/general (GOHAI), el Perfil de impacto en la salud oral de 49 ítems (OHIP-Mx-49) y el Perfil de impacto en la salud oral de 14 ítems (OHIP-EE-14) (Cuadro 1) (4).

**Cuadro 1. Instrumentos utilizados para evaluar calidad de vida relacionada con la salud oral**

<b>Instrumento</b>	<b>Características</b>	<b>Usos</b>	<b>Datos de validación</b>
<b>Impacto de la salud oral en las actividades diarias (OIDP)</b>	Versión validada y traducida al español.	Utilizado en adultos mayores. Conformado por 8 ítems.	$\alpha$ de Cronbach de 0.82
<b>Índice de evaluación de salud oral geriátrico/general (GOHAI)</b>	Versión validada y traducida al español.	Se utiliza sólo para evaluar a adultos mayores, es breve y está conformado por 12 ítems.	$\alpha$ de Cronbach de 0.61
<b>Perfil de impacto en la salud oral de 49 ítems (OHIP-Mx-49)</b>	Versión validada y traducida al español en población mexicana.	Es extensa, está conformada por 49 ítems.	$\alpha$ de Cronbach de 0.79
<b>Perfil de impacto en la salud oral de 14 ítems (OHIP-EE-14)</b>	Versión validada y traducida al español en población mexicana.	Se ha utilizado en adultos jóvenes y adultos mayores, es breve y está conformada por 14 ítems.	$\alpha$ de Cronbach de 0.91

*Tomado y modificado de Velázquez y cols., 2001.*

Uno de los instrumentos más utilizados es el “Perfil de Impacto en la Salud Oral” (OHIP, por sus siglas en inglés), el cual presenta un enfoque basado en los trastornos funcionales y sus consecuencias sociales mediante una jerarquía de resultados basados en la clasificación de la OMS de deficiencias, discapacidades y minusvalías para medir la salud oral; este instrumento autoaplicable tiene como objetivo medir la frecuencia y la gravedad de los problemas orales en el bienestar funcional y psicosocial relacionados con afecciones orales de manera general

(como dificultad para masticar o dolor dental) más que con trastornos o síndromes orales específicos; sin embargo, menciona que, al no medir aspectos positivos de la salud oral, el impacto que proporciona este instrumento se conceptualiza como un resultado adverso (5).

El OHIP es una medida formada por 49 ítems, dividida en siete dominios teóricos basados en: limitación funcional, dolor, malestar psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social y minusvalía, el cual se presenta en un formato de respuesta de tipo Likert (0= nunca, 1= casi nunca, 2= algunas veces, 3= frecuentemente, 4= casi siempre) (5).

Posteriormente, se desarrolló una versión abreviada mediante un análisis de regresión, en donde se seleccionaron dos preguntas por dimensión para obtener un total de 14 preguntas, nombrándolo OHIP-14 (Cuadro 2) (6) (7).

**Cuadro 2. Dimensiones y temas de las preguntas asociadas del OHIP-14**

<b><i>DIMENSIONES</i></b>	<b><i>TEMA DE LAS PREGUNTAS</i></b>
<b><i>Limitación funcional</i></b>	Dificultad para masticar, problemas para pronunciar palabras.
<b><i>Dolor físico</i></b>	Sensibilidad en los dientes, dolor en la boca.
<b><i>Malestar psicológico</i></b>	Sentirse cohibido o tenso.
<b><i>Discapacidad física</i></b>	Cambios en la dieta o alimentación.
<b><i>Incapacidad psicológica</i></b>	Dificultad para relajarse y concentrarse.
<b><i>Discapacidad social</i></b>	Evitar interacción social, irritabilidad.
<b><i>Discapacidad</i></b>	Vida menos satisfactoria, no poder trabajar productivamente.

***Tomado y modificado de Nuttall, M. y cols., 2001.***

En el año 2012, Castrejón y cols., (8) desarrollaron la versión del OHIP-14 en español (OHIP-EE-14) en población mexicana (derivada de la versión completa en español previamente validada del OHIP-Mx-49) con el objetivo de registrar la disfunción, el malestar y la discapacidad relacionados con el estado general de salud oral, en donde, respecto a su validez, las siete dimensiones mostraron



coeficientes alfa de Cronbach que iban de 0.4 a 0.8; así mismo, de manera general, este instrumento mostró un coeficiente alfa alto de 0.918, con un límite de confianza de 95%= 0.895-0.938; por otro lado, presentó un coeficiente de correlación intraclase de 0.825 (límite de confianza del 95%= 0.711-0.894).

## **1.2 RELEVANCIA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA SALUD GENERAL Y SALUD ORAL**

La Asociación Internacional para la Investigación Dental (IADR, por sus siglas en inglés) (9) en la iniciativa Agenda Global de Investigación sobre Desigualdades en Salud Oral (IADR-GOHIRA), menciona que una correcta salud oral es fundamental en la salud general y es parte integral de la calidad de vida; sin embargo, las desigualdades a nivel mundial que persisten en materia de salud bucodental, afectan de gran manera la productividad y la calidad de vida de muchas regiones en el mundo, ya que un gran número de personas que viven con condiciones orales no tratadas pueden tener un impacto negativo en la calidad de vida como resultado de una mala salud oral

Aunado a esto, la presencia de diversas afecciones como la enfermedad periodontal, caries, la pérdida de órganos dentarios y el mal estado de los mismos por restauraciones deficientes o mal ajustadas, promueven este impacto negativo en la calidad de vida al generar dolor, problemas para masticar, deglutir, hablar, además de incapacidad para sonreír (afectando el estado de ánimo, la seguridad y autoestima de las personas por su aspecto estético); en donde a la larga, puede llegar a impactar el ámbito laboral y por consecuencia el económico por un ausentismo laboral a causa de estas afecciones (10).

Así mismo, se ha explicado que se han llevado a cabo múltiples investigaciones sobre los determinantes biológicos y sociales de la salud general y oral, incluida la influencia de factores psicológicos (como la depresión); por lo que, se menciona que las personas con trastornos mentales tienen resultados de salud oral significativamente peores que la población general (11).

### **1.3 SÍNTOMAS DEPRESIVOS**

La OMS (12) define depresión como un trastorno mental que se presenta de manera frecuente, caracterizado por tristeza, sentimientos de culpa, pérdida de interés o del placer, falta de autoestima, trastornos del apetito o del sueño, sensación de cansancio y falta de concentración, aunado a esto, sus últimos datos y cifras estiman que este trastorno afecta a más de 300 millones de personas a nivel mundial. Con una prevalencia mundial estimada de 17%, considerándola así como la principal causa mundial de discapacidad, contribuyendo considerablemente a la carga mundial general de morbilidad (13).

Rentería (13), tomando datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental, reportó que un 18% de la población urbana en edad productiva, es decir, personas entre 15 y 64 años, sufren algún trastorno del estado de ánimo como la depresión, además menciona que dentro de los grupos vulnerables que presentan un mayor riesgo de padecer este trastorno son familias en situación de pobreza e individuos desempleados.

Los síntomas depresivos se definen como síntomas asociados con la depresión, que hacen énfasis en el componente afectivo y en el estado de ánimo deprimido (14). Según datos y cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (15), en la Encuesta Nacional de los Hogares del año 2017, el 32.5% de integrantes del hogar de 12 años y más presentaron síntomas depresivos.

En los resultados nacionales del año 2018 de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (16), se reportó que el 17.9% de los adultos mexicanos presentaron sintomatología depresiva. A nivel estatal, se reportó para el estado de Puebla que el 15.5% presentaron sintomatología depresiva.

Se ha reportado que, en México, el incremento alarmante de cifras de las personas que padecen depresión, la posicionan como la primera causa relacionada al deterioro de la calidad de vida; Si bien, este padecimiento tiene un gran impacto en el país, muchas personas desconocen que la padecen, ya sea porque la han desestimado o porque no buscan oportunamente la ayuda adecuada (17).

### 1.3.1 DIAGNÓSTICO

Actualmente existen diferentes instrumentos de tamizaje que permiten medir sintomatología depresiva facilitando la identificación de casos con riesgo potencial de desarrollar depresión (Cuadro 3) (18).

**Cuadro 3. Instrumentos utilizados para tamizaje de depresión traducidas al español con validación en diferentes poblaciones**

<i>Instrumento</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Características</i>	<i>Validación</i>
<b><i>Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)</i></b>	Cuantifica la frecuencia de los síntomas depresivos en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo.	Autoaplicable conformada por 20 ítems.	Validada en población española $\alpha$ de Cronbach 0.79
<b><i>Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS)</i></b>	Evalúa la gravedad de los síntomas depresivos.	Debe ser administrada por un clínico y está conformado por 10 ítems.	Validada en población española $\alpha$ de Cronbach 0.88
<b><i>Escala de Depresión Geriátrica de Yessavag</i></b>	Califica la depresión específicamente en población adulta mayor	Autoaplicable conformada por 30 ítems	Validada en población mexicana $\alpha$ de Cronbach 0.80
<b><i>Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión abreviada (CESD-7)</i></b>	Mide el nivel actual de sintomatología depresiva en pacientes sin diagnóstico clínico de depresión.	Autoaplicable, conformada por 20 ítems	Validada en población mexicana $\alpha$ de Cronbach 0.92

***Tomado y modificado de Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014.***

Entre estos instrumentos se encuentra la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD, por sus siglas en inglés), esta escala autoaplicable fue diseñada para utilizarse en estudios epidemiológicos con el objetivo de medir el nivel actual de sintomatología depresiva, la cual consta de 20 ítems que evalúan diferentes aspectos experimentados en la última semana; sin embargo, menciona también que este instrumento no fue diseñado para realizar un

diagnóstico clínico de depresión, sino solo para identificar y medir niveles altos de sintomatología depresiva en individuos que no han recibido tal diagnóstico (19).

Posteriormente, Herrero y Gracia (20) presentaron y validaron una versión breve en castellano, denominada CESD de siete reactivos basada en 5 dimensiones (CESD-7) que evaluaba diferentes aspectos (Cuadro 4), presentando una consistencia interna adecuada con un alfa de Cronbach  $\geq .82$ . Se ha descrito que, una de las ventajas de utilizar este instrumento en estudios poblacionales con base en encuestas, es que el tiempo en su aplicación es mínimo, consiguiendo una medición más eficiente de los síntomas depresivos (21).

Recientemente, Salinas-Rodríguez y cols., validaron en población mexicana el punto de corte de la escala CESD-7 para indicar la presencia de síntomas depresivos en la última semana, con un valor  $\geq 9$ , el cual se obtiene mediante la suma de los puntajes de las 7 preguntas, lo que arroja un puntaje general entre 0 y 21 (14).

**Cuadro 4. Dimensiones del CESD-7**

<i>Estado de ánimo deprimido (3 ítems)</i>
<i>Disminución del placer (1 ítem)</i>
<i>Problemas de sueño (1 ítem)</i>
<i>Fatiga (1 ítem)</i>
<i>Pensamiento (1 ítem)</i>

**Tomado y modificado de Sánchez G. y cols., 2014.**

Respecto al sexo, se ha encontrado que la depresión es más frecuente en el sexo femenino, en donde las mujeres presentan dos veces más riesgo de padecer este trastorno que los hombres (22).

El último reporte de la ENSANUT (16) del año 2018, arroja una prevalencia de síntomas depresivos a nivel nacional de 22.5% en mujeres y 12.3% en hombres, presentándose 1.8 veces aproximadamente más elevada en el sexo femenino que en el masculino. Por otra parte a nivel estatal, la prevalencia de síntomas depresivos

se presenta en un 21.0 % para mujeres y 9.0% para hombres, en donde se menciona que dicha prevalencia en mujeres adultas es 2.3 veces más que entre los hombres adultos (23).

Medina y cols., (24) a través de datos y cifras de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, reportaron una prevalencia general de depresión de 4.5%, con un 2.5% entre los hombres y 5.8% entre las mujeres. Por su parte, González y cols., (25) reportaron que, en estudiantes de nivel medio y superior de la Ciudad de México, el 17.9% de las mujeres presentaron síntomas depresivos en comparación con el 11.1% de los hombres al aplicar la escala CESD.

Por otro lado, Glick y cols., (26) mencionan que la OMS en el año 2002, dentro de su Programa Mundial de Salud Bucodental resaltó la necesidad de contemplar a la salud oral como esencial para la salud general y como un factor determinante en la calidad de vida, posteriormente, enfatizó que la salud oral debía integrarse a los programas de prevención de enfermedades, incluyendo enfermedades o trastornos mentales como la depresión.

Además, es conocido que la pérdida de interés a consecuencia de este padecimiento afecta de manera importante la salud oral de las personas, ya que los pacientes con depresión pueden desarrollar diversas patologías orales como caries, gingivitis y periodontitis, lo que conlleva a la pérdida paulatina de órganos dentarios, en parte debido a una deficiente higiene oral secundaria al autodescuido personal (27) (28);

Aunado a esto, se ha estudiado la relación entre diversos trastornos mentales (como la depresión) que pueden influir en el comportamiento, convirtiéndose en precursores de enfermedad periodontal y caries; así mismo, se sabe que la reducción del flujo salival como consecuencia por el uso de medicamentos antidepresivos genera un gran impacto en la cavidad oral provocando anomalías en los tejidos duros y blandos de la misma, por lo que, resulta indispensable valorar el estado de salud mental de los pacientes para poder ofrecer una atención oral de manera integral a pacientes con potencial riesgo de depresión (29).

Por otro lado, se ha reconocido que la salud oral puede tener un fuerte impacto en la vida psicológica y social de las personas, en donde el bienestar, el interés y la autoestima pueden observarse disminuidos por trastornos o patologías orales (30).

## **1.4 SEXO Y SALUD**

En el año 2020, Mauvais – Jarvis y cols., (31) realizaron una revisión bibliográfica sobre el sexo como modificador de la salud, la enfermedad y la medicina, en la cual concluyen que, concientizar a los médicos e investigadores que, el sexo es un importante modificador en la epidemiología, fisiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas, efectos psicológicos, respuesta al tratamiento y progresión de la enfermedad, es esencial para el éxito de la atención clínica y la investigación, basándose en el hecho de que estas diferencias son debido a una combinación de eventos y regulaciones genéticas, epigenéticas y hormonales.

Aunado a esto, se ha propuesto que, diferencias genético – biológicas, predisponen a una mayor susceptibilidad al sexo masculino de presentar más enfermedades por la existencia del cromosoma X en su herencia (XY), en comparación con el sexo femenino, que al presentar un segundo cromosoma X (XX), el proceso de envejecimiento celular sucede de manera más lenta (32).

Así mismo, se ha observado el sexo masculino está condicionado socialmente para descuidar la enfermedad y por ende el dolor, teniendo como consecuencia una disminución en el uso general de los servicios de salud, por lo que se considera que tienen una menor probabilidad de formar parte de controles de rutina en comparación con el sexo femenino (31).

Por otra parte, estas teorías mencionadas, coinciden con los resultados reportados del INEGI (33), en su publicación “Mujeres y hombres en México 2019”, en la que menciona que el proceso de salud - enfermedad en mujeres y hombres presenta características distintas, de las cuales se deben considerar los aspectos biológicos, el entorno físico, las condiciones socioeconómicas, culturales y educativas en las que cada sexo se desenvuelve; ya que, la Encuesta Nacional de

Empleo y Seguridad Social (ENESS) del año 2017, mencionó que a nivel nacional, el sexo femenino representa el mayor porcentaje de población, con un 80.8% que está afiliado a alguna institución o programa de salud pública en comparación con el sexo masculino, con un 77.1%; de igual manera, se observó que, por sexo es mayor la proporción de mujeres que recurren a los servicios médicos con un 58.6% en comparación con el sexo masculino, con un 49.6%.

Por lo tanto, se considera necesario incorporar el sexo como una variable de importancia en la mayoría de las pautas, prácticas clínicas y protocolos médicos actuales, así como considerarse a lo largo del proceso de investigación, desde el diseño de las preguntas de investigación hasta la interpretación de los resultados del estudio, para establecer nuevas normas de diagnóstico y recomendaciones de prácticas basadas en el sexo y de esta manera implementar campañas de protocolo del sistema de salud más específicas (31).

## **2. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS**

### **2.1 CALIDAD DE VIDA, SALUD ORAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS**

Diversos estudios han establecido la asociación entre calidad de vida, salud oral y síntomas depresivos. Por ejemplo, Barbosa y cols., (34) en el año 2018, investigaron síntomas depresivos y estado de salud oral en el Sistema de Salud Pública de Brasil, en donde participaron 776 sujetos de 15 años en adelante, con una edad media de  $39.88 \pm 14.3$  años; este estudio formó parte de una encuesta epidemiológica sobre disfunción temporomandibular y su relación con diferentes aspectos, entre los cuales se encontraba la depresión en jóvenes y adultos; los participantes fueron examinados de acuerdo con los Criterios Diagnósticos de Investigación para Trastornos Temporomandibulares (RDC/TMD): Ejes I y II, considerados como un sistema que proporciona varios elementos de información fiables respecto a estos trastornos, además de incluir datos demográficos y características de los pacientes, entre las que se encuentra el nivel de depresión;

En el modelo de regresión logística final se encontró una asociación entre la presencia de síntomas depresivos con la autopercepción de la salud oral (OR=1.549 [IC 95%=1.054-2.277];  $p=0.026$ ) y el sexo (OR=1.751 [IC 95%=1.163-2.638];  $p=0.007$ ); también se observó que una mala percepción de la salud oral aumentaba 1.5 veces las posibilidades de presentar una condición depresiva (OR=1.5 [IC 95%=1.054-2.277];  $p=0.026$ ) y que el sexo femenino tenía 1.7 veces más posibilidades de presentar depresión (OR = 1.7 [IC 95%=1.163-2.638]  $p=0.007$ ) en comparación con el sexo masculino; así concluyen que las condiciones de salud oral, la autopercepción de la salud oral y el sexo presentan asociación con síntomas depresivos (34).

Así mismo, en el año 2006, Esquivel y cols., (35) en la Ciudad de México, evaluaron el efecto de la depresión en la percepción de la salud oral y calidad de vida, en 115 adultos mayores de entre 60 y 96 años (media de 73.88 años) que pertenecían a asilos y a Centros Sociales del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM); mediante la escala de Depresión Geriátrica de Yessavag se determinaron síntomas depresivos, la evaluación del estado de salud oral se determinó mediante el Instrumento para medir la percepción de la salud oral



adaptado para población adulta mayor en México y se utilizó un cuestionario genérico para medir la calidad de vida creado por el Grupo de Estudio sobre Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-BREF);

Se observó que, la media de la percepción de calidad de vida fue alto ( $68.12 \pm 10.8$ ) comparado con la media de salud oral ( $33.70 \pm 25.32$ ) y con la media de la depresión ( $32.24 \pm 24.22$ ), indicando la baja presencia de este trastorno en el grupo estudiado; además; reportan que el efecto de la depresión se correlaciona de manera negativa con la calidad de vida en ambos grupos (asilos:  $r = -0.649$ ,  $p > 0.05$ ; INAPAM:  $r = -0.678$ ,  $p > 0.05$ ); Por otro lado, al realizar una prueba t de Student, se observaron diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) en la percepción de calidad de vida y salud oral en los grupos que vivían en asilos y fuera de ellos, siendo en todos los casos más pobre para los que presentaban depresión; concluyen que la depresión es un trastorno que sin duda afecta la percepción de la salud oral y calidad de vida en los adultos mayores que la padecen (35).

## **2.2 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ORAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS**

Hasta el momento, son escasos los estudios que evalúan la asociación entre los síntomas depresivos en sujetos sin diagnóstico clínico de este trastorno con la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral, y si esta asociación afecta más a un sexo que a otro.

Zhang y cols., (36) en el año 2019, en China, investigaron la asociación entre sexo, CVRSO y síntomas depresivos; la población de estudio estuvo conformada por 3,461 estudiantes universitarios entre 15 y 22 años, con una media  $18.4 \pm 1.3$  años, de los cuales el 71.5% fueron mujeres y el 28.5% hombres. La CVRSO se evaluó mediante el OHIP-14 y los síntomas depresivos se evaluaron mediante la Escala de Autoevaluación de la Depresión (SDS); se reportó que el 72.3% de los encuestados obtuvo una CVRSO regular o deficiente; por otra parte, solo el 20.7% presentó síntomas depresivos, en donde las asociaciones entre las características de los encuestados y la calidad de vida fueron consistentes entre géneros; al realizar el análisis de regresión logística para la asociación de CVRSO con síntomas

depresivos, ajustado a algunos factores de confusión sociodemográficos y de comportamiento relacionados con la salud, se encontró que la asociación de síntomas depresivos fue significativamente mayor en la categoría con una puntuación superior a 6, ((sexo masculino: OR= 3,07 [IC 95%=1,98-4,76];  $p<0,001$ ), (sexo femenino: OR= 2,90 [IC 95%=2,21–3,81];  $p<0,001$ )), en comparación con la categoría con una puntuación menor a 6 ((sexo masculino: OR=0.94 [IC 95%=0.59–1.50];  $p=0.789$ ), (sexo femenino: OR=1.28 [IC 95%=0.96–1.69];  $p=0.092$ )), observando que era más alto en mujeres en comparación con los hombres; por lo que concluyen que la CVRSO es un factor crítico para el riesgo a presentar síntomas depresivos en estudiantes universitarios.

## **CAPITULO 2.**

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Actualmente, son escasos los estudios respecto a si los síntomas depresivos en sujetos sin diagnóstico clínico de depresión tienen asociación con la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral y si esta asociación afecta más a un sexo que a otro. Además, se ha reportado que, el no valorar el estado de salud mental de los pacientes, puede no llegar a ofrecer una atención oral adecuada, ya que, al no tener en cuenta la relevancia de esta asociación, resulta poco posible diseñar e implementar programas de salud más completos que satisfagan de mejor manera las necesidades de las personas con enfermedades orales. Así mismo el uso de estos instrumentos en odontología, es poco común, por lo que generalizar y promover su uso puede permitir el desarrollo de intervenciones terapéuticas específicas con base en el sexo y estado de salud oral de cada paciente.

Por otra parte, la necesidad creciente de conocer la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral de cada persona, así como los factores que pueden llegar a impactarla de manera positiva o negativa y que pueden estar relacionados con la salud general y oral, hace necesario indagar y establecer esta asociación para comprender de mejor manera si la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral es un factor de riesgo para presentar síntomas depresivos en ambos sexos.

Por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

**¿Existe asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud oral y los síntomas depresivos de acuerdo con el sexo en población mexicana?**

### **4.HIPÓTESIS**

Existe asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud oral y los síntomas depresivos de acuerdo con el sexo en población mexicana

## 5. JUSTIFICACIÓN

Es conocido que la pérdida de interés a causa de la depresión afecta de manera importante y diversa la calidad de vida de las personas y sin duda alguna a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral, ya que, como consecuencia de dicho padecimiento, el cuidado y la higiene oral pueden pasar a segundo término, provocando la aparición de diversas patologías orales, que paulatinamente conlleven a la pérdida de los órganos dentarios y por lo tanto a alguna disfunción oral. Así mismo, se ha hecho énfasis en resaltar la necesidad de contemplar a la salud oral como esencial para la salud general y como un factor determinante en la calidad de vida.

Por otra parte, se ha reportado que, en México, existe un incremento importante de cifras de las personas que padecen depresión, posicionándola como la primera causa relacionada al deterioro de la calidad de vida; sin embargo, se ha observado que la prevalencia de síntomas depresivos varía conforme al sexo, en donde los estudios enfocados en el estudio de esta variable son extensos en población adulta mayor y mucho menor la enfocada a jóvenes y adultos jóvenes.

Analizar los resultados y datos obtenidos de este estudio de acuerdo con el sexo, permitirá, no solo establecer recomendaciones sobre prácticas basadas en el sexo, sino también sentar las bases para que los profesionales del área de la salud y estomatólogos de manera práctica puedan detectar a sujetos en riesgo de padecer depresión a través de la medición de síntomas depresivos y poder trabajar de manera integral y multidisciplinaria en la prevención, detección y seguimiento de la depresión para obtener mejores resultados en los tratamientos dentales y como consecuencia impactar positivamente la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral en los pacientes.

Además, hasta nuestro conocimiento no se ha descrito esta asociación en población mexicana.

## **6. OBJETIVOS**

### **6.1 Objetivo general**

1. Determinar la asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud oral y síntomas depresivos de acuerdo con el sexo en población mexicana.

### **6.2 Objetivos específicos**

1. Conformar grupos de estudio de acuerdo con el sexo.
2. Determinar la sintomatología depresiva en los sujetos de estudio mediante el CESD-7.
3. Determinar el impacto en la calidad de vida relacionada con la salud oral en los sujetos de estudio mediante el OHIP-14.

## **7. METODOLOGÍA**

### **7.1 Descripción del estudio**

Estudio comparativo, transversal, prolectivo y homodémico que se llevó a cabo en la Facultad de Medicina en el laboratorio de Metabologenómica y la Clínica Virtual Dale Un Minuto a tu Vida ambos a cargo del Cuerpo Académico de Metabologenómica, de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP) a través de formularios electrónicos compartidos en internet. El proyecto se registró ante el Comité de Investigación y la Secretaria de Investigación y Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la BUAP con el No. 874 (anexo 1) de acuerdo con las pautas y aspectos éticos establecidos para investigación (anexo 2). Este proyecto se realizó durante el periodo comprendido entre Mayo del 2020 y Julio del 2021

La población de estudio estuvo conformada por aquellos sujetos que contaron con acceso a medios electrónicos, reunieron los criterios de selección, aceptaron participar y que firmaron el consentimiento informado (anexo 3). Por último, el tamaño de la muestra fue a conveniencia. Dando un total de  $n=384$  sujetos. Se eligieron aquellos sujetos que cumplieron con los criterios de selección.

### **7.2 Criterios de la selección de la muestra**

#### **7.2.1 Criterios de Inclusión**

- Cualquier sexo.
- Edad de 18 años en adelante.
- Que aceptaran participar y firmaran el consentimiento informado (anexo 3)

#### **7.2.2 Criterios de Exclusión**

- Sujetos que no hubieran nacido ni radiquen en México.
- Mujeres embarazadas o lactando.
- Sujetos con consumo dependiente de alcohol (anexo 4) y fumadores con consumo severo (anexo 5) según las escalas adjuntas al formulario.
- Sujetos que consumieran o dependieran de medicamentos antidepresivos.

### 7.2.3 Criterios de Eliminación

- Sujetos que tuvieran diagnóstico clínico de depresión
- Sujetos que no terminaran el formulario
- Sujetos que decidieran retirarse del estudio
- Sujetos que no aceptaran el uso de sus datos.

### 7.3 Definición de las variables y escalas de medición

- Variables de estudio: CVRSO (Impacto alto/Impacto bajo), síntomas depresivos (Presenta/No presenta) y sexo.
- Variables de ajuste: edad, estado civil, ocupación, grado de escolaridad y nivel socioeconómico.

Dichas variables se encuentran especificadas en cuanto a definición conceptual y operacional en el apartado de anexos (anexo 6).

### 7.4 Instrumentos

- **Determinación del impacto de la calidad de vida relacionada con la salud oral mediante el OHIP-14:** a través de los resultados de las 14 preguntas del OHIP-14 (anexo 7), se suman los puntajes de las respuestas "0" – nunca, "1"- casi nunca, "2" - algunas veces, "3" – frecuentemente, "4" - casi siempre, obteniendo un puntaje general entre 0 y 56. El punto de corte establecido para indicar impacto bajo es de <6, puntajes  $\geq 6$  indican un impacto alto, por lo que a mayor puntaje, mayor impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud oral (36).
- **Determinación de síntomas depresivos mediante el CESD-7:** a través de los resultados de las 7 preguntas de la escala CESD-7 (anexo 8), se suman los puntajes de las respuestas: "0" - rara vez o nunca, "1" - pocas veces o alguna vez, "2" - número considerable de veces, "3" - todas las veces, obteniendo un puntaje general entre 0 y 21. El punto de corte establecido para indicar la presencia de síntomas depresivos en la última semana es  $\geq 9$ , un puntaje menor representa la ausencia de síntomas depresivos en la última semana (14).

## **7.5 Estrategia de trabajo**

El proyecto se dividió en 4 etapas:

### **Etapas 1. Invitación para participar en el proyecto**

Se invitó a participar a sujetos a través de redes sociales, medios digitales y videos informativos para que contestaran el formulario “Impacto de la calidad de vida relacionada con la salud oral y síntomas depresivos en población mexicana” en la cual se explica en qué consiste el proyecto y los objetivos del mismo.

### **Etapas 2. Identificación de la población, aceptación para participar en el proyecto y llenado de la encuesta**

Los sujetos que quisieron participar de manera voluntaria lo asentaron en la sección 1 del formulario que representó el consentimiento informado (anexo 3), lo cual, les permitió pasar a las siguientes secciones para recabar otros datos.

### **Etapas 3. Recolección de datos y análisis de la información**

A través del formulario, el sujeto fue contestando cada sección para recolectar datos generales (anexo 9) demográficos (anexo 10), datos médicos (anexo 11) que permitieron conocer la historia de su enfermedad en caso de padecer alguna, el impacto de la calidad de vida relacionada con la salud oral mediante el OHIP-14 (anexo 7), así como los síntomas depresivos mediante el CESD-7 (anexo 8). Posteriormente, con esta información se creó la base de datos en Excel y la conformación de grupos de acuerdo con el sexo para su análisis estadístico.

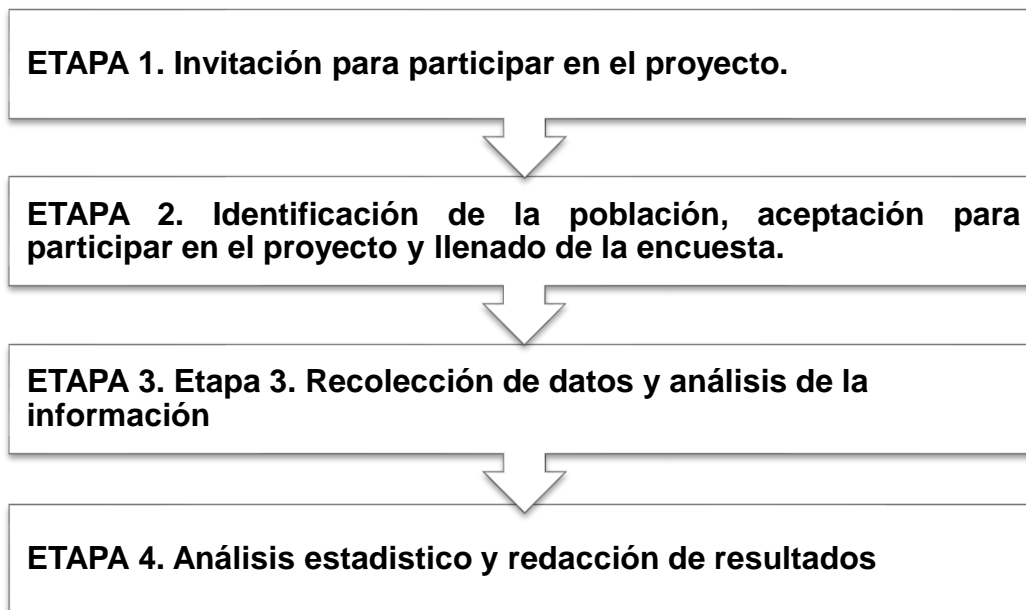
Por último, quienes terminaron el llenado y cumplieron con los criterios de inclusión formaron parte de la población de estudio.

### **Etapas 4. Análisis estadístico y resultados**

Se realizó la captura de datos para el análisis estadístico y la redacción de la tesis.



## 7.6 Diagrama de flujo



## 7.7 Análisis estadístico

El análisis estadístico se llevó a cabo con el paquete SPSS versión 23; Se realizó el modelo de Kolmogorov Smirnov y Shapiro Wilk para comprobar la normalidad de las variables, por lo que al presentar una distribución no normal se utilizaron pruebas no paramétricas. Siendo así, se reportaron estadísticos descriptivos de la edad de la población de acuerdo con el sexo (mediana, mínimo y máximo según correspondía) y frecuencias para la presentación por sexo, impacto de la calidad de vida relacionada con la salud oral (impacto alto e impacto bajo) y síntomas depresivos (presencia o ausencia), estado civil, ocupación, grado de escolaridad y nivel socioeconómico; para la comparación de frecuencias se utilizó la prueba de  $\chi^2$ .

Para determinar la asociación de la calidad de vida relacionada con la salud oral y síntomas depresivos de acuerdo con el sexo se realizó el análisis de regresión logística para indicar los odds ratios (OR) y se dicotomizaron las variables de ajuste de la siguiente manera:

Para la edad se consideró los años 18 hasta 59 para conformar el grupo *“Adulto joven”* y mayor o igual a 60 años para conformar el grupo *“Adulto mayor”*.

Para estado civil se consideró a las categorías *“soltero, viudo y divorciado”* para conformar el grupo *“Sin pareja”* y las categorías *“casado y unión libre”* para conformar el grupo *“Con pareja”*.

Para la ocupación, se consideró a las categorías *“ama de casa, estudiante, desempleado, jubilado”* para conformar el grupo *“Trabajo inactivo”* y las categorías *“obrero, empleado, independiente, propietario de empresa”* para conformar los grupos *“Trabajo activo”*.

Para el nivel de escolaridad, se consideró a las categorías *“primaria y secundaria”* para conformar el grupo *“≤9 años de educación formal”* y las categorías *“preparatoria, licenciatura y posgrado”* para conformar el grupo *“≥10 años de educación formal”*.

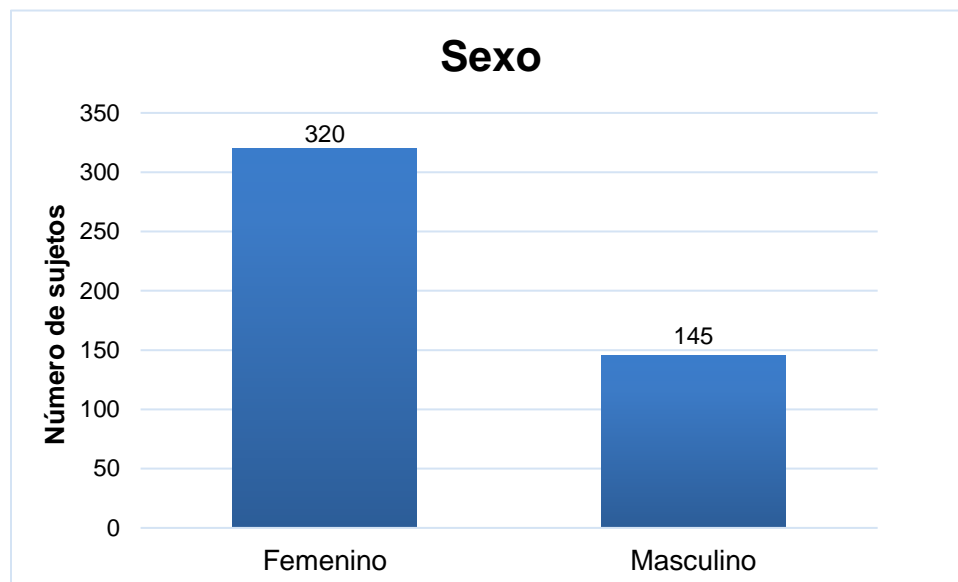
Para el nivel socioeconómico, se consideró a las categorías *“A/B, C, C+, C-”* para conformar el grupo *“Jefe de familia con estudios mayores a primaria”* y las categorías *“D+, D y E”* para conformar el grupo, *“Jefe de familia con estudios hasta primaria”*.

Se consideró una  $p < 0.05$  como significativa para todos los análisis estadísticos llevados a cabo.

Por otro lado, en cuanto al poder estadístico, a través del programa GPower 3.1, se realizó el cálculo del poder de la muestra total así como para cada sexo para el análisis de regresión logística para determinar la asociación entre impacto en la CVRSO y síntomas depresivos a dos colas.

## 8. RESULTADOS

En total, se recibieron 741 encuestas, de las cuales 51 fueron excluidas con base en los criterios de selección y 225 eliminadas por falta de datos. Por lo que, la población total, estuvo conformada por 465 sujetos, de los cuales el 68.8% fueron mujeres y el 31.2% hombres (Figura 1). El cuadro 5 muestra la distribución de la edad de acuerdo con el sexo.



**Figura 1. Distribución de la población de estudio de acuerdo con el sexo**

**Cuadro 5. Distribución de la edad de acuerdo con el sexo en la población de estudio**

Variable	Mediana	Mínimo	Máximo	p
<b>Edad (años)</b>				
<b>Mujeres</b>	33.00	18	80	<b>p=0.483</b>
<b>Hombres</b>	34.00	18	72	

Significancia  $p \leq 0.05$ , prueba de U de Mann Whitney

Respecto a la prevalencia de síntomas depresivos de acuerdo con la escala CESD7, se observó que el 20.6% de las mujeres y el 17.9% de los hombres presentaron síntomas depresivos como se muestra en el cuadro 6, sin embargo, no hubo diferencias significativas entre sexos ( $p=0.499$ ).

**Cuadro 6. Distribución de frecuencias y porcentajes de sujetos que presentaron o no síntomas depresivos de acuerdo con el sexo**

<i>Síntomas depresivos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>	<i>p</i>	
<b>Sexo femenino</b>				
<i>Sin síntomas depresivos</i> *	254	79.4	<b>p=0.499</b>	
<i>Con síntomas depresivos</i> *	66	20.6		
<b>Sexo masculino</b>				
<i>Sin síntomas depresivos</i> *	119	82.1		
<i>Con síntomas depresivos</i> *	26	17.9		

Significancia  $p \leq 0.05$ , prueba de Chi<sup>2</sup>.

\*Punto de corte establecido para "Sin síntomas depresivos" <9, "Con síntomas depresivos"  $\geq 9$

En cuanto a los ítems del CESD-7 que se presentaron con mayor frecuencia de acuerdo con el sexo, como se observa en el cuadro 7, estuvieron el ítem 6 "Disfruté de la vida" seguido por el ítem 5 "No dormí bien", no obstante, no se observaron diferencias significativas entre sexos ( $p=0.098$  y  $p=0.297$  respectivamente). El ítem 7 "Me sentí triste", fue el único que mostró diferencias significativas ( $p=0.007$ ) al compararlo por sexo, siendo las mujeres las que lo presentaron en mayor frecuencia que los hombres (mujeres: 12, hombres: 3).

Respecto a la CVRSO medida a través del OHIP-14, el sexo femenino presentó el mayor porcentaje con un impacto alto de la CVRSO (62.5%) en comparación con el sexo masculino (49.6%), mostrando diferencias significativas entre grupos ( $p=0.002$ ) (Cuadro 8).

**Cuadro 7. Distribución de frecuencias y porcentajes de los ítems del CESD-7 de acuerdo con el sexo.**

Ítems del CESD-7	Sexo femenino		Sexo masculino		p
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
<b>Ítem 1</b> Sentía como si no pudiera quitarme de encima la tristeza	6	1.9	3	2.1	0.587
<b>Ítem 2</b> Me costaba concentrarme en lo que estaba haciendo	17	5.3	7	4.8	0.204
<b>Ítem 3</b> Me sentí deprimido/a	10	3.1	4	2.8	0.097
<b>Ítem 4</b> Me parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo	7	2.2	5	3.4	0.318
<b>Ítem 5</b> No dormí bien	25	7.8	15	10.3	0.297
<b>Ítem 6</b> Disfruté de la vida	133	41.6	76	52.4	0.098
<b>Ítem 7</b> Me sentí triste	12	3.8	3	2.1	0.007

Significancia  $p \leq 0.05$ , prueba de Chi<sup>2</sup>

**Cuadro 8. Distribución de frecuencias y porcentajes de las categorías de puntuación del OHIP-14 de acuerdo con el sexo**

Perfil de Impacto en la Salud Oral (OHIP-14)	Frecuencia	%	p
<b>Sexo femenino</b>			p=0.002
<b>Impacto bajo *</b>	120	37.5	
<b>Impacto alto *</b>	200	62.5	
<b>Sexo masculino</b>			
<b>Impacto bajo *</b>	77	53.1	
<b>Impacto alto *</b>	68	46.9	

Significancia  $p \leq 0.05$ , prueba de Chi<sup>2</sup>

\*Punto de corte establecido para "Impacto bajo" <6, "Impacto alto"  $\geq 6$

En cuanto a los ítems del OHIP-14 que se presentaron con mayor frecuencia de acuerdo con el sexo, como se observa en el cuadro 9, estuvieron el ítem 4 “Ha tenido sensibilidad en sus dientes, boca o dentadura”, seguido por el ítem 2 “Ha notado que su apariencia se ha visto afectada debido a problemas con sus dientes, boca o dentadura”, no obstante, solo se observaron diferencias significativas entre sexos en el ítem 4 ( $p=0.010$ ), siendo las mujeres las que lo presentaron en mayor porcentaje que los hombres

Aunque el ítem 3 “Ha tenido dolores de cabeza debido a problemas con sus dientes, boca o dentadura” no se presentó con mayor frecuencia en comparación con los demás ítems, si mostró diferencias significativas ( $p=0.036$ ) al compararlo por sexo, siendo las mujeres las que lo presentaron en mayor porcentaje que los hombres.

Por otro lado, en el cuadro 10 se resumen las características de los sujetos por sexo y de acuerdo con las categorías de puntuación del OHIP-14, en donde se puede observar que los niveles de sintomatología depresiva y el impacto en la CVRSO presentan diferencias significativas tanto en el grupo del sexo masculino ( $p<0.05$ ) como en el femenino ( $p<0.001$ ). Por otra parte, en cuanto al estado civil y la ocupación, no se encontraron diferencias significativas.

Aunado a esto, se encontraron diferencias significativas entre los grupos de impacto en la CVRSO, el grado de escolaridad en el grupo del sexo masculino y el nivel socioeconómico en el grupo del sexo ( $p<0.05$ ) (cuadro 10).

Posteriormente, se realizó el análisis de asociación en la muestra total, en donde se encontró una asociación significativa entre el Impacto alto de la CVRSO y la presencia de síntomas depresivos ( $OR= 4.115$ ,  $IC\ 95\% [2.340-7.234]$ ,  $p<0.001$ ). Así mismo, se llevó a cabo el análisis de regresión logística por grupos de acuerdo con el sexo para determinar la asociación entre CVRSO y síntomas depresivos; en donde, se puede observar, en el cuadro 11, que hay una asociación entre dichas variables, expresando que, a mayor impacto alto en la CVRSO, mayor riesgo de presentar síntomas depresivos en ambos sexos (femenino:  $OR=4.27$  [ $IC=2.088-8.764$ ],  $p<0.001$ ; masculino:  $OR=3.87$  [ $IC=1.514-9.930$ ],  $p\leq 0.05$ ).

**Cuadro 9. Distribución de frecuencias y porcentajes de los ítems del OHIP-14 de acuerdo con el sexo**

Ítems del OHIP-14	Sexo femenino		Sexo masculino		p
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
<b>Ítem 1</b> <i>¿Ha tenido dificultad para masticar alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o dentadura?</i>	3	0.9	1	0.7	0.344
<b>Ítem 2</b> <i>¿Ha notado que su apariencia se ha visto afectada debido a problemas con sus dientes, boca o dentadura?</i>	10	3.1	4	2.8	0.883
<b>Ítem 3</b> <i>¿Ha tenido dolores de cabeza debido a problemas con sus dientes, boca o dentadura?</i>	3	0.9	0	0	0.036
<b>Ítem 4</b> <i>¿Ha tenido sensibilidad en sus dientes, por ejemplo, debido a alimentos o bebidas frías o calientes?</i>	14	4.4	2	1.4	0.010
<b>Ítem 5</b> <i>¿Los problemas dentales lo han hecho sentir totalmente infeliz?</i>	6	1.9	3	2.1	0.087
<b>Ítem 6</b> <i>¿Se ha sentido incómodo con la apariencia de sus dientes, boca o dentadura?</i>	10	3.1	3	2.1	0.072
<b>Ítem 7</b> <i>¿Las personas le han malinterpretado algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o dentadura?</i>	1	0.3	0	0	0.577
<b>Ítem 8</b> <i>¿Ha evitado sonreír debido a problemas con sus dientes, boca o dentadura?</i>	10	3.1	3	2.1	0.340
<b>Ítem 9</b> <i>¿Ha encontrado difícil relajarse debido a problemas con sus dientes, boca o dentadura?</i>	3	0.9	1	0.7	0.675
<b>Ítem 10</b> <i>¿Se ha avergonzado un poco debido a problemas con sus dientes, boca o dentadura?</i>	8	2.5	2	1.4	0.204
<b>Ítem 11</b> <i>¿Ha tenido dificultades al relacionarse con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?</i>	4	1.3	1	0.7	0.847
<b>Ítem 12</b> <i>¿Ha estado un poco irritable con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o dentadura?</i>	3	0.9	0	0	0.655
<b>Ítem 13</b> <i>¿Ha sufrido algún tipo de pérdida económica debido a problemas con sus dientes, boca o dentadura?</i>	1	0.3	0	0	0.210
<b>Ítem 14</b> <i>¿Ha sido totalmente incapaz de funcionar debido a problemas con sus dientes, boca o dentadura?</i>	1	0.3	0	0	0.490

Significancia  $p \leq 0.05$ , prueba de Chi<sup>2</sup>

**Cuadro 10. Características de los sujetos de acuerdo con el impacto en la calidad de vida relacionada con la salud oral**

	Hombres=145		p	Mujeres=320		p
	Impacto bajo*	Impacto alto*		Impacto bajo*	Impacto alto*	
<b>Edad (años)</b>	39.35±18.61	33.29±18.61	p=0.271	37.79±18.61	34.41±18.61	p=0.122
<b>CESD-7 n (%)</b>						
<i>Sin síntomas depresivos**</i>	70 (90.9)	49 (72.1)		110 (91.7)	144 (72.0)	
<i>Con síntomas depresivos**</i>	7 (9.1)	19 (27.9)	<b>p=0.003</b>	10 (8.3)	56 (28.0)	<b>p&lt;0.001</b>
<b>Estado civil n (%)</b>						
<i>Soltero</i>	42 (54.5)	45 (66.2)		64 (53.3)	131 (65.5)	
<i>Casado</i>	29 (37.7)	19 (27.9)		46 (38.3)	47 (23.5)	
<i>Divorciado</i>	2 (2.6)	0 (0.0)	p=0.303	1 (0.8)	3 (1.5)	p= 0.82
<i>Viudo</i>	0 (0.0)	0 (0.0)		2 (1.7)	3 (1.5)	
<i>Unión libre</i>	4 (5.2)	4 (5.9)		7 (5.8)	16 (8.0)	
<b>Ocupación n (%)</b>						
<i>Ama de casa</i>	0 (0.0)	1 (1.5)		21 (17.5)	24 (12.0)	
<i>Obrero</i>	1 (1.3)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	
<i>Empleado</i>	33 (42.9)	19 (27.9)		45 (37.5)	61 (30.5)	
<i>Independiente</i>	2 (2.6)	2 (2.9)	p=0.180	1 (0.8)	5 (2.5)	p=0.173
<i>Propietario de empresa</i>	8 (10.4)	11 (16.2)		9 (7.5)	9 (4.5)	
<i>Estudiante</i>	25 (32.5)	32 (47.1)		42 (35.0)	95 (47.5)	
<i>Desempleado</i>	2 (2.6)	2 (2.9)		1 (0.8)	5 (2.5)	
<i>Jubilado</i>	6 (7.8)	1 (1.5)		1 (0.8)	1 (0.5)	
<b>Escolaridad n (%)</b>						
<i>Primaria</i>	0 (0.0)	0 (0.0)		1 (0.8)	1 (0.5)	
<i>Secundaria</i>	0 (0.0)	1 (1.5)		1 (0.8)	4 (2.0)	
<i>Preparatoria</i>	11 (14.3)	18 (26.5)	<b>p=0.029</b>	28 (23.3)	52 (26.0)	p=0.869
<i>Licenciatura</i>	42 (54.5)	40 (58.8)		70 (58.3)	114 (57.0)	
<i>Posgrado</i>	24 (31.2)	9 (13.2)		20 (16.7)	29 (14.5)	
<b>Nivel socioeconómico n (%)</b>						
<i>A/B</i>	36 (46.8)	26 (38.2)		58 (48.3)	67 (33.5)	
<i>C+</i>	21 (27.3)	25 (36.8)		37 (30.8)	55 (27.5)	
<i>C</i>	15 (19.5)	9 (13.2)		15 (12.5)	45 (22.5)	
<i>C-</i>	5 (6.5)	5 (7.4)	p=0.314	8 (6.7)	20 (10.0)	<b>p=0.021</b>
<i>D+</i>	0 (0.0)	2 (2.9)		1 (0.8)	6 (3.0)	
<i>D</i>	0 (0.0)	1 (1.5)		1 (0.8)	7 (3.5)	
<i>E</i>	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	

Significancia  $p \leq 0.05$ , prueba de Chi<sup>2</sup>.

OHIP-14, Perfil de impacto en la salud oral de 14 ítems, CESD-7, Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos de 7 ítems.

\*Punto de corte establecido para "Impacto bajo" <6, "Impacto alto" ≥6.

\*\*Punto de corte establecido para "Sin síntomas depresivos" <9, "Con síntomas depresivos" ≥9.



**Cuadro 11. Regresión logística para impacto en la calidad de vida relacionada con la salud oral y niveles de síntomas depresivos de acuerdo con el sexo**

		B	OR	I.C. 95%		p
				Inferior	Superior	
<b>Impacto alto *</b>						
<b>Sexo femenino</b>	<i>Sin síntomas depresivos **</i>	-1.453	0.234	0.114	0.479	<b>&lt;0.001</b>
	<i>Con síntomas depresivos **</i>	1.453	4.278	2.088	8.764	<b>&lt;0.001</b>
<b>Sexo masculino</b>	<i>Sin síntomas depresivos **</i>	-1.355	0.258	0.101	0.660	<b>0.005</b>
	<i>Con síntomas depresivos **</i>	1.355	3.878	1.514	9.930	<b>0.005</b>
<b>Impacto bajo *</b>						
<b>Sexo femenino</b>	<i>Sin síntomas depresivos **</i>	-1.453	0.234	0.114	0.479	<b>&lt;0.001</b>
	<i>Con síntomas depresivos **</i>	1.453	4.278	2.088	8.764	<b>&lt;0.001</b>
<b>Sexo masculino</b>	<i>Sin síntomas depresivos **</i>	1.355	3.878	1.514	9.930	<b>0.005</b>
	<i>Con síntomas depresivos **</i>	-1.355	0.258	0.101	0.660	<b>0.005</b>

Significancia  $p \leq 0.05$ , Regresión logística binaria sin ajustar.

\* Punto de corte establecido para "Impacto bajo"  $< 6$ , "Impacto alto"  $\geq 6$ .

\*\* Punto de corte establecido para "Sin síntomas depresivos"  $< 9$ , "Con síntomas depresivos"  $\geq 9$ .

Finalmente, el cuadro 12 presenta el análisis de regresión logística por sexo ajustado para edad, estado civil, ocupación, escolaridad y nivel socioeconómico, en donde se observa una ligera influencia de estas variables, aunque ésta no es significativa, por lo que, la asociación entre los niveles de síntomas depresivos y el impacto alto en la CVRSO sigue siendo significativa en ambos sexos.

**Cuadro 12. Regresión logística ajustada para impacto alto y niveles de síntomas depresivos de acuerdo con el sexo**

Impacto alto <sup>*</sup>		B	OR	I.C. 95%		p
				Inferior	Superior	
Sexo femenino	<i>Sin síntomas depresivos</i> <sup>**</sup>	-1.299	0.273	0.128	0.580	<0.001
	<i>Con síntomas depresivos</i> <sup>**</sup>	1.299	3.664	1.725	7.785	<0.001
	<i>Edad - Adulto Joven</i>	0.198	1.219	0.301	4.937	0.781
	<i>Edad - Adulto Mayor</i>	-0.198	0.820	0.203	3.323	0.781
	<i>Edo civil - Sin pareja</i>	0.436	1.546	0.513	4.660	0.439
	<i>Edo civil - Con pareja</i>	-0.436	0.647	0.215	1.949	0.439
	<i>Escolaridad ≤9</i>	-0.034	0.966	0.466	2.006	0.927
	<i>Escolaridad ≥10</i>	0.034	1.035	0.499	2.147	0.927
	<i>Ocupación - Trabajo inactivo</i>	0.210	1.233	0.700	2.172	0.468
	<i>Ocupación - Trabajo activo</i>	-0.059	0.943	0.547	1.625	0.833
	<i>Nivel socioeconómico<sup>I</sup></i>	-1.210	0.298	0.063	1.414	0.128
	<i>Nivel socioeconómico<sup>II</sup></i>	1.210	3.352	0.707	15.888	0.128
Sexo masculino	<i>Sin síntomas depresivos</i> <sup>**</sup>	-1.071	0.343	0.122	0.963	<b>0.042</b>
	<i>Con síntomas depresivos</i> <sup>**</sup>	1.071	2.918	1.038	8.206	<b>0.042</b>
	<i>Edad - Adulto Joven</i>	0.116	1.123	0.300	4.198	0.863
	<i>Edad - Adulto Mayor</i>	-0.116	0.891	0.238	3.330	0.863
	<i>Edo civil - Sin pareja</i>	0.033	1.034	0.202	5.303	0.968
	<i>Edo civil - Con pareja</i>	-0.033	0.967	0.189	4.960	0.969
	<i>Escolaridad ≤9 años</i>	-0.871	0.418	0.169	1.034	0.059
	<i>Escolaridad ≥10 años</i>	0.871	2.390	0.967	5.906	0.059
	<i>Ocupación - Trabajo inactivo</i>	-0.123	.884	0.415	1.882	0.749
	<i>Ocupación - Trabajo activo</i>	0.123	1.131	0.531	2.409	0.749
	<i>Nivel socioeconómico<sup>I</sup></i>	20.798	0.000	0.000	.	0.999
	<i>Nivel socioeconómico<sup>II</sup></i>	20.798	1077950698	0.000	.	0.999

Significancia  $p \leq 0.05$ , Regresión logística binaria ajustada para Edad en años (Adulto joven: 18-59, Adulto Mayor:  $\geq 60$ ), Estado civil (Sin pareja, Con pareja), Escolaridad ( $\leq 9$  años de educación formal,  $\geq 10$  años de educación formal), Ocupación (Trabajo inactivo, Trabajo activo), Nivel socioeconómico (I – Jefe del hogar c/ estudios superiores a primaria, II – Jefe del hogar c/ estudios hasta primaria).

<sup>\*</sup> Punto de corte establecido para "Impacto bajo"  $< 6$ , "Impacto alto"  $\geq 6$ .

<sup>\*\*</sup> Punto de corte establecido para "Sin síntomas depresivos"  $< 9$ , "Con síntomas depresivos"  $\geq 9$ .

Por otro lado, en cuanto al poder estadístico, a través del programa GPower 3.1. se realizó el cálculo del poder de la muestra total del análisis de la regresión logística de la asociación entre impacto alto síntomas depresivos a dos colas tomando en cuenta el  $OR= 4.115$ ,  $Pr(Y=1|X=1) H_0= 0.82$ ,  $\alpha$  err prob= 0.05,  $n= 465$ ,  $R^2=0.081$ , distribución  $X=$  Binomial,  $x$  parm= 0.5, valor crítico  $z= 1.95$  obteniendo un poder de  $1- \beta= 0.98$ .

En cuanto al poder de la muestra de mujeres para el análisis de la regresión logística de la asociación entre impacto alto síntomas depresivos a dos colas tomando en cuenta el  $OR= 3.664$ ,  $Pr(Y=1|X=1) H_0= 0.85$ ,  $\alpha$  err prob = 0.05,  $n= 320$ ,  $R^2=0.106$ , distribución  $X=$  Binomial,  $x$  parm= 0.5, valor crítico  $z= 1.95$  obteniendo un poder de  $1- \beta= 0.83$ .

En cuanto al poder de la muestra de hombres para el análisis de la regresión logística de la asociación entre impacto alto síntomas depresivos a dos colas tomando en cuenta el  $OR= 2.918$ ,  $Pr(Y=1|X=1) H_0= 0.73$ ,  $\alpha$  err prob = 0.05,  $n= 145$ ,  $R^2=0.135$ , distribución  $X=$  Binomial,  $x$  parm= 0.5, valor crítico  $z= 1.95$  obteniendo un poder de  $1- \beta= 0.54$ .

## 9. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud oral y los síntomas depresivos de acuerdo con el sexo; para lo cual se llevó a cabo un estudio comparativo transversal, teniendo como principal hallazgo la asociación entre la CVRSO y los síntomas depresivos en ambos sexos en la población de estudio.

Inicialmente, en diversos estudios se ha determinado la prevalencia de síntomas depresivos, encontrándose que el sexo femenino presenta mayor prevalencia en comparación con el masculino. Con base en lo anterior, la prevalencia de síntomas depresivos de la población de este estudio (20.6% de las mujeres y 17.9% de los hombres) difiere y resulta menor al compararla con aquella reportada por De los Santos y Carmona-Valdés (37) en el año 2018, quienes determinaron en 3920 mexicanos una prevalencia de 55.8% en mujeres y 44.2% en hombres, aunque su población estuvo conformada solo por adultos mayores. Así mismo, la ENSANUT (23) del año 2018, en los resultados para el estado de Puebla, al utilizar la escala CESD-7, reportó una prevalencia de síntomas depresivos ligeramente mayor a este estudio para el sexo femenino, pero menor para el sexo masculino (21.0% y 9.0% respectivamente) al estudiar 627 mil sujetos.

Además, Ettman y cols., (38) en el año 2020, reportaron también una prevalencia de síntomas depresivos mayor tanto en mujeres como hombres (28.1% y 19.2%, respectivamente) al estudiar 5134 estadounidenses de 18 años en adelante. Estos estudios epidemiológicos están conformados por un tamaño de muestra mucho más amplio que el reportado en el presente estudio, por lo que existe la posibilidad de que si se aumentara el tamaño de muestra de nuestro estudio, la prevalencia de síntomas depresivos se modifique y aumente. Sin embargo, Glass y cols., (39) mencionan que, durante los últimos años, se ha observado una tasa de respuesta baja y una reducción en la participación en todos los diseños de estudios epidemiológicos, por lo que, al establecer la voluntad de participar en encuestas de salud en una población australiana conformada por 2013 sujetos, reportaron que el sexo femenino es el grupo que muestra una mayor disposición a participar en investigaciones de salud en comparación con el sexo

masculino. Por lo que se sugiere que ésta pueda ser la causa de que las mujeres presenten una mayor prevalencia de síntomas depresivos, así como mayor disposición a expresar sus sentimientos y al cuidado de la salud.

La prevalencia de síntomas depresivos entre hombres y mujeres es diferente, con respecto a ello, la OMS (12), la ENSANUT del año 2018 (16) y la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (24), han reportado que el sexo femenino constantemente presenta mayor prevalencia de síntomas depresivos en comparación con los hombres; en este contexto, Kuehner (40), menciona que, desde la pubertad hasta los 18 años y posteriormente desde la edad adulta temprana hasta la edad adulta avanzada, las mujeres son el grupo predominante con depresión, agregando que, aún después de la menopausia, esta predominancia no se modifica, sino que continua hasta la vejez.

Con lo revisado hasta el momento y considerando estos hallazgos se sugiere que la diferencia entre sexos observada se puede deber a que existen factores de riesgo de tipo biológicos-genéticos (como diferencia de susceptibilidad individual, heredabilidad y riesgo genético, niveles hormonales y respuesta fisiológica al estrés) y ambientales (como exposición al estrés y susceptibilidad al estrés).

Respecto a lo anterior, Deng y cols., (41) explican y respaldan la teoría de que existen diferencias de sexo en la expresividad emocional, mencionando que, las mujeres tienen una mayor expresividad y una respuesta emocional más intensa tanto para las emociones negativas como positivas en comparación con los hombres, explicando que estas diferencias pueden deberse en parte a estereotipos sociales que de alguna manera exigen y provocan que los hombres no informen con honestidad sus emociones y por lo tanto reporten reacciones emocionales falsas. Por lo tanto, estas teorías concuerdan con los resultados encontrados en este estudio, en donde el sexo femenino reporta una mayor frecuencia del hecho disfrutar la vida y sentir tristeza en comparación con el masculino.

En cuanto a “No dormí bien” reportado también con mayor frecuencia por el sexo femenino, Boccabella y Malouf, (42) en el año 2017, al estudiar 744 australianos, reportaron que las mujeres presentan más problemas relacionados con el sueño, una mayor deficiencia del sueño, así como problemas para dormir por

la noche en comparación con el sexo masculino, hecho que puede afectar la concentración y el estado de ánimo. Estos hallazgos sugieren que los problemas para dormir pueden ser un factor de riesgo para la presencia de depresión.

Contrario a lo anterior, Collado y cols., (43) difieren a lo reportado, debido a que al estudiar diferentes patologías y problemas del sueño en 317 mexicanos, de los cuales el 68% fueron hombres y el 32% mujeres, no encuentran diferencias significativas al hacer comparaciones de acuerdo con el sexo.

Aunado a lo anterior, a través de estudios epidemiológicos se ha demostrado que el sexo femenino experimenta más problemas de sueño y síntomas depresivos, respecto a esto, en el año 2020, Morssinkhof y cols., (44) mencionan que, los problemas para dormir y la depresión, están fuertemente asociados y que de manera común ocurren juntos; así mismo, describen por un lado, que el insomnio y una duración del sueño corta podrían ser factores de riesgo para padecer episodios y síntomas depresivos, y por otro, que cambios y alteraciones en las hormonas sexuales (niveles de estrógeno y progesterona específicamente) parecen coincidir con el aumento de síntomas depresivos y problemas del sueño. Los resultados anteriores, permiten concebir que afectaciones de este tipo llegan a impactar de manera importante el funcionamiento diario y la calidad de vida. Por lo tanto, considerar la medición y el estudio de los niveles hormonales aunado al diagnóstico clínico de depresión podría plantear mecanismos fisiológicos de esta patología.

Respecto a “Disfrutar la vida” reportado con mayor frecuencia por el sexo femenino sin síntomas depresivos, Zweig (45), concuerda con nuestros resultados, al afirmar y evidenciar, en el año 2015, al examinar 73 países (incluido México), que las mujeres son más felices que los hombres en casi una cuarta parte de los países aun después de controlar diversas circunstancias individuales como el ingreso, la educación, el estado civil y el estado de salud, además de mencionar que la cultura y las normas sociales pueden jugar un papel importante en el bienestar percibido.

También, nuestros resultados difieren de lo reportado por Barbosa y cols., (34) en donde en el año 2018, se observó que en 776 brasileños, entre 15 y 70 años, los síntomas depresivos presentados con mayor frecuencia hacían referencia a las dimensiones de preocupación, ansiedad y culpa, seguida por la tristeza y casi

al último problemas para dormir. La razón principal de estas diferencias podría deberse a que la escala que utilizaron para evaluar la depresión (RDC/TMD: Eje II) considera las dimensiones de preocupación, culpabilidad y ansiedad en comparación con la escala CESD-7 utilizada en este estudio, que nos los considera, por lo que, desarrollar y utilizar escalas de tamizaje para depresión que contemplen diferentes dimensiones podría permitir diagnósticos y abordajes terapéuticos más específicos al explorar nuevos síntomas.

Posteriormente, se estudió la calidad de vida relacionada con la salud oral, en donde se observó que, las mujeres reportaron un mayor impacto alto en la calidad de vida relacionada con la salud oral con respecto a los hombres, además, se encontraron diferencias significativas al comparar los grupos de impacto alto y bajo de acuerdo con el sexo, aunado a esto, se observó que, el impacto alto obtuvo un mayor porcentaje de frecuencia en la muestra total (con un 57.6%). Estos resultados, difieren con los obtenidos por Díaz-Cárdenas y cols., (10) en el año 2017, en donde a través de una muestra de 400 adultos atendidos en Clínicas Odontológicas de la Universidad de Cartagena, con edades entre 20 y 59 años, se observó que el 60.2% presentó un impacto bajo y solo un 33.2% un impacto alto al aplicar el GOHAI.

Estas diferencias pueden radicar en el hecho de que el OHIP-14, utilizado en nuestro estudio, contempla 5 dimensiones basadas en la limitación funcional, dolor, malestar psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social y minusvalía, a diferencia del GOHAI, que solo abarca 3 dimensiones (función física, función psicosocial y función del dolor), por lo que es posible que, al no considerar un mayor número dimensiones, la muestra estudiada por Díaz-Cárdenas y cols., haya reportado un menor impacto alto.

Sin embargo, si concuerdan con los hallazgos obtenidos en el estudio realizado por Mc Grath y Bedi (46), en una muestra conformada por 1049 mujeres y 816 hombres, en donde se observó que las mujeres reportaron una mayor afectación de la salud oral y un mayor impacto negativo sobre la calidad de vida en general en comparación con los hombres. De acuerdo con estudios epidemiológicos realizados, se ha observado que las mujeres parecen manifestar, aceptar y hablar

mucho más sobre sus malestares con comparación con los hombres, así mismo se ha observado que el sexo femenino es el que acude con mayor frecuencia al médico (32), por lo que se puede pensar que esta mayor expresión de síntomas por parte de las mujeres es la razón principal de la diferencia en la prevalencia de impacto alto en la CVRSO.

Por otro lado, a pesar de que no hubo diferencias significativas entre sexos en los resultados de este estudio, al cuestionamiento “¿Ha notado que su apariencia se ha visto afectada debido a problemas con sus dientes, boca o dentadura?” del OHIP-14, Díaz Cárdenas y cols., (47) mencionan que existe asociación entre un impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud oral y la insatisfacción con la sonrisa, dientes y boca, por lo que enfatizan que este impacto negativo puede llegar a comprometer y afectar los dominios de autoestima, seguridad, función y aspecto social en las personas.

Por otra parte, en cuanto a las características de los sujetos de acuerdo con el sexo en las categorías de alto y bajo impacto de la CVRSO, no se encontraron diferencias significativas entre la edad y las categorías del OHIP-14 en los 465 sujetos estudiados (con una mediana de 33 años para las mujeres y 34 años para los hombres), lo que concuerda con los resultados de Zhang y cols., (48) en una muestra de 3461 estudiantes universitarios entre 15 y 22 años, al no encontrar diferencias significativas entre la edad y las categorías del OHIP-14.

Sin embargo, Müller y cols., (49) manifiestan que en los últimos años, la tasa de edentulismo ha disminuido en diversos países, por lo que la pérdida de dientes ocurre años más tarde en la vida. Así mismo, mencionan que estos hechos se relacionan con la pérdida de vitalidad y la vejez, ya que el envejecimiento fisiológico puede provocar desde una visión deficiente hasta la destreza reducida generando que las prácticas de higiene oral se dificulten, requieran mayor tiempo y sean más complejas, lo que aumenta el riesgo de presentar diversas patologías orales que a su vez provocan dolor, pérdida dental y una disminución en la calidad de vida general.

En otras palabras, se puede deducir que a mayor edad, mayor pérdida dental y por lo tanto mayor riesgo de presentar un impacto alto en la calidad de vida



relacionada con la salud oral, afectando dimensiones como limitación funcional (dificultad para masticar, problemas para pronunciar palabras) y discapacidad física (cambios en la dieta o alimentación). Lo anterior permite pensar que es posible que no se hayan encontrado diferencias significativas entre la edad y las categorías del OHIP-14 de nuestro estudio por el hecho de tener una población relativamente joven.

Por otra parte, en cuanto a los resultados encontrados en el presente estudio sobre diferencias significativas entre los grupos de impacto en la CVRSO, el grado de escolaridad en el grupo del sexo masculino y el nivel socioeconómico en el grupo del sexo femenino, éstos difieren de los resultados de Domínguez y cols., (50) en una muestra de 185 ecuatorianos con edades entre 20 y 64 años edad, quienes reportaron que no hay diferencias significativas entre el grado de escolaridad, nivel socioeconómico (establecido por el ingreso mensual) y la CVRSO.

Sin embargo, Caglayan y cols., (51) en una muestra de 1090 turcos, conformada en su mayoría por edades entre 18 y 27 años, reportaron que existen diferencias entre los puntajes del OHIP-14 con las variables de sexo y grado de escolaridad. Estos hallazgos resultan controversiales pues se ha considerado que entre los factores de riesgo asociados a una mayor probabilidad de presentar problemas orales se encuentran factores sociales como un bajo nivel de instrucción, escolaridad e ingresos (52).

Respecto a esto, Hakeberg y Wide, (53) en el año 2018, mediante una muestra de 3500 adultos suecos, al estudiar la relación entre la salud oral autoinformada con diferentes medidas de posición socioeconómica (sexo, estado civil, nivel de educación e ingresos), demostraron que ésta se asoció de manera importante con la salud oral, observando diferencias de acuerdo con el sexo, ya que las mujeres reportaron niveles de educación más altos, pero los hombres tuvieron mayores ingresos. Por lo que concluyen, por un lado, que cuanto más baja sea la posición económica, peor salud oral, pero por otro, que cuanto menor es el nivel de educación, menor es el nivel de ingresos.

Es posible, que estas diferencias se puedan deber, en gran parte, por la existente brecha salarial y la desigualdad salarial, que, de acuerdo con la

Organización Internacional del Trabajo (OIT), afecta principalmente a las mujeres, pues se ha observado que, los trabajos que realizan los hombres, están sobrevalorados tanto social como económicamente, desvalorizando así los que llevan a cabo las mujeres, provocando una reducción en la generación de ingresos y en el número de horas laborales (54).

En cuanto a los hallazgos de la regresión logística realizada para impacto en la calidad de vida relacionada con la salud oral y niveles de síntomas depresivos de acuerdo con el sexo, se pudo observar que tanto para bajo como para alto impacto en la CVRSO hubo asociación con síntomas depresivos en ambos sexos. Respecto a lo anterior, diversos estudios (55) (30) han demostrado que los síntomas depresivos provocan cambios en el comportamiento que promueven hábitos y conductas nocivas (como el consumo en exceso de tabaco, alcohol, carbohidratos y azúcares), considerándose factores que pueden causar severos daños al esmalte dental y a los tejidos blandos de la cavidad oral, que a su vez generan un fuerte impacto en la vida psicológica y social de las personas, en donde el bienestar, el interés y la autoestima pueden observarse disminuidos.

Siendo así, podría pensarse que la depresión implica cambios conductuales y de comportamiento (como la mala alimentación, hábitos de cepillado e higiene oral deficientes, pérdida de interés en valoraciones odontológicas regulares y falta de apego a los tratamientos) en mayor o menor medida que influyen en el desarrollo de problemas y patologías orales que por consecuencia generan un impacto en la cavidad oral y en la CVRSO.

A través de los diferentes análisis de regresión logística realizados, se pudo observar que existe una asociación entre la CVRSO y los síntomas depresivos, en donde a mayor impacto alto en la CVRSO, mayor riesgo de presentar síntomas depresivos en ambos sexos. Así mismo, se observó que esta asociación persiste y sigue siendo significativa aún después de ajustarla para las variables de edad, estado civil, ocupación, escolaridad y nivel socioeconómico.

Lo anterior, concuerda con el modelo de regresión logística final de Barbosa y cols., (34) en el cual se observó que la salud oral autopercebida de los sujetos (evaluada por la pérdida dental, maloclusión y estado de prótesis orales) y el sexo

tuvieron asociación con los síntomas depresivos, además, los autores reportaron que una mala percepción de la salud oral incrementó en 1.5 veces el riesgo de presentar síntomas depresivos.

También, Zhang y cols., (36) refieren a través de los diferentes modelos de regresión logística que se realizaron, una asociación entre el impacto alto en la CVRSO y los síntomas depresivos en ambos sexos aun después de ajustar para la variable de edad. Estos resultados permiten plantear la teoría sobre que la promoción de la salud oral y la implementación de acciones preventivas enfocadas al cuidado de la salud oral y de la CVRSO pueden mejorar el estado de salud mental en las personas.

Así mismo, los hallazgos de Htun y Peltzer (56) en 633 sujetos entre 35 y 65 años, también concuerdan con este estudio, al reportar, por medio del modelo de regresión logística final ajustado, un estado de salud oral deficiente (pérdida de dientes, caries y mala percepción de salud periodontal percibida) y un estado de salud general deficiente por presencia de síntomas depresivos tuvo asociación con una CVRSO deteriorada y deteriorada frecuentemente, sin embargo, difieren en cuanto a que, al evaluar las características de los sujetos, el nivel socioeconómico alto tuvo asociación con una CRVSO deteriorada.

Podría pensarse que, un estilo de vida poco saludable ( sedentarismo, alta carga de trabajo y poco tiempo libre) y una mala alimentación (aumento en el consumo de carbohidratos y preferencia por comida rápida) de este sector económico de la población, podría afectar las prácticas de salud oral, volviéndolas más deficientes y afectando de esta manera tanto la salud oral como la calidad de vida. Aunado a esto, nuestro estudio excluyó sujetos con dependencia de alcohol y consumo severo de cigarro, que a diferencia del estudio de Htun y Peltzer (56), fueron considerados dentro la población, sin embargo no encontraron asociaciones significativas con una CVRSO deteriorada ni deteriorada frecuentemente.

Sin embargo, nuestros resultados difieren de los hallazgos de Kim y cols., (57) del año 2017, ya que al analizar la autoevaluación de la salud, incluido el estado de salud oral y la salud mental (como el estrés, la depresión y la ideación suicida) en 11,347 sujetos, reportaron que no se encontró asociación entre el estado de

salud oral subjetivo (conformado por la salud oral autopercebida y la salud de los dientes o encías) con la depresión.

Recapitulando lo anterior, resulta indispensable ampliar y profundizar estos resultados y sin duda establecer nuevas estrategias y programas de prevención, apoyo y salud basados en el sexo que permitan evaluaciones y tratamientos más específicos dirigidos a las diferentes necesidades de cada grupo y que de esta manera se promueva ampliamente la calidad de vida general, la CVRSO y la salud mental de las personas. También, es importante que profesionistas enfocados a la salud mental, hagan conciencia sobre el impacto y la influencia que la percepción de la salud oral y problemas relacionados con la misma, tienen sobre el desarrollo, tratamiento y manejo de los síntomas depresivos y por ende de la depresión.

Por último, los resultados respecto a los análisis de regresión logística realizados presentan una fortaleza, al obtener un poder estadístico adecuado ( $1 - \beta = 0.98$ ), puesto que a mayor poder, menor probabilidad de cometer un error tipo II.

## 10. CONCLUSIÓN

La prevalencia de síntomas depresivos se encontró en un 20.6% para el grupo del sexo femenino y un 17.9% para el grupo del sexo masculino.

Los ítems del CESD-7 que se presentaron con mayor frecuencia de acuerdo con el sexo, fueron el ítem 6 "Disfruté de la vida" seguido por el ítem 5 "No dormí bien", siendo el grupo del sexo femenino quien los presentó en mayor porcentaje en comparación con el masculino.

El 62.5% del grupo del sexo femenino presentó un impacto alto de la CVRSO, mientras que solo el 37.5% presentó un impacto bajo, por otro lado, el 46.9% del grupo del sexo masculino presentó un impacto alto de la CVRSO, mientras que el 53.1% presentó un impacto bajo.

Los ítems del OHIP-14 que se presentaron con mayor frecuencia de acuerdo con el sexo, fueron el ítem 4 "Ha tenido sensibilidad en sus dientes, boca o dentadura", seguido por el ítem 2 "Ha notado que su apariencia se ha visto afectada debido a problemas con sus dientes, boca o dentadura", siendo el grupo del sexo femenino quien los presentó en mayor porcentaje en comparación con el masculino.

Existe una asociación entre la CVRSO y los síntomas depresivos, en donde a mayor impacto alto en la CVRSO, mayor riesgo de presentar síntomas depresivos en ambos sexos (femenino: OR=4.27 [IC=2.088-8.764],  $p<0.001$ ; masculino: OR=3.87 [IC=1.514-9.930],  $p<0.05$ ).

Existe una asociación entre la CVRSO y los síntomas depresivos, en donde a menor impacto alto en la CVRSO, menor riesgo de presentar síntomas depresivos en ambos sexos (femenino: OR=0.234 [IC=0.114-0.479],  $p<0.001$ ; masculino: OR=0.258 [IC=0.101-0.660],  $p<0.05$ ).

La asociación entre la CVRSO y los síntomas depresivos persiste y sigue siendo significativa en ambos sexos aún después de ajustarla para las variables de edad, estado civil, ocupación, escolaridad y nivel socioeconómico, las cuales influyeron ligeramente aunque no de manera significativa.

## **CAPITULO 3**

### **11. LIMITACIONES**

Aunque la escala CESD-7 ha demostrado ser un buen instrumento de tamizaje para el diagnóstico de síntomas depresivos y presentar una consistencia interna adecuada con un alfa de Cronbach  $\geq .82$ , no considera dentro de sus dimensiones la evaluación de la ansiedad, el estrés o la preocupación (factores que también se han asociado con la depresión), además, no es considerado como tal el estándar de oro para el diagnóstico clínico de depresión.

## **12. FORTALEZAS**

Fue posible realizar el presente trabajo a través de plataformas y medios con un poder estadístico alto para indicar la asociación entre CVRSO medida a través el OHIP-14 y síntomas depresivos medidos a través del CESD-7 tanto en la muestra total como de acuerdo con el sexo.

### **13. PERSPECTIVAS**

La realización de un estudio longitudinal que permita medir la asociación y los cambios en el impacto de la CVRSO y la presencia o ausencia de síntomas depresivos en adultos mexicanos al recibir tratamientos dentales.

Determinar en futuros estudios los niveles hormonales, estrógeno, progesterona y testosterona específicamente, en la población de estudio para ofrecer una posible explicación de la prevalencia de síntomas depresivos y su asociación de acuerdo con el sexo, ya que cambios y alteraciones en las hormonas sexuales parecen coincidir con el aumento de síntomas depresivos.



## 14. BIBLIOGRAFÍA

1. Power M, Kuyken W. World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med.* 1998;46(12):1569–85.
2. Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Reyes-Morales H, de la Fuente-Hernández J, Solórzano-Santos F, García-Peña C. Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales. *Salud Publica Mex.* 2007;49(3):173–81.
3. Finbarr Allen P. Assessment of Oral Health Related Quality of Life. *Health and Quality of Life Outcomes.* 2003;8(40):1–8.
4. Velázquez LB, Ortíz LB, Cervantes A, Cárdenas Á, García C, Sánchez S. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2014;52(55):448–56.
5. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health.* 1994 Mar;11(1):3–11.
6. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997 Aug;25(4):284–90.
7. Nuttall NM, Steele JG, Pine CM, White D, Pitts NB. The impact of oral health on people in the UK in 1998. *Br Dent J.* 2001 Feb;190(3):121–6.
8. Castrejón-Pérez RC, Borges-Yáñez SA. Derivation of the short form of the Oral Health Impact Profile in Spanish (OHIP-EE-14). *Gerodontology.* 2012 Jun;29(2):155–8.
9. Sgan-Cohen HD, Evans RW, Whelton H, Villena RS, MacDougall M, Williams DM. IADR global oral health inequalities research agenda (IADR-GOHIRA®): A call to action. *J Dent Res.* 2013;92(3):209–11.

10. Díaz-Cárdenas S, Meisser-Vidal MA, Tirado-Amador LR, Fortich-Mesa N, Tapias-Torrado L, González-Martínez FD. Impacto de Salud Oral sobre Calidad de Vida en Adultos Jóvenes de Clínicas Odontológicas Universitarias. *Int J Odontostomatol.* 2017;11(1):5–11.
11. Kenny A, Dickson-Swift V, Gussy M, Kidd S, Cox D, Masood M, et al. Oral health interventions for people living with mental disorders: Protocol for a realist systematic review. *Int J Ment Health Syst.* 2020;14(1):1–9.
12. Organización Mundial de la Salud. Depresión. Depresión. 2020. p. 1–4.
13. Rentería Rodríguez M. Salud Mental en México. *NOTA-INCyTU.* 2018;007:6.
14. Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Acosta-Castillo I, Téllez-Rojo MM, Franco-Núñez L A, Gutiérrez-Robledo LM, et al. Validation of a cutoff for the Depression Scale of the Center for Epidemiologic Studies, Brief Version (CESD-7) | Validación de un punto de corte para la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos, versión abreviada (cesd-7). *Salud Publica Mex.* 2013;55(3):267–74.
15. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de los Hogares 2017. Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2017 p. 70.
16. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Resultados Nacionales. Primera ed. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Cuernavaca, México; 2020. 154–157 p.
17. Velázquez E, Lino M. Depresión, el trastorno mental que será la primera causa de discapacidad en México para 2020. *Newsweek.* 2018.
18. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Agencia de. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014. 264 p.
19. Roadolff. 1977. The CES-D scale: A self-report depression scale for research

in the general population. *Appl Psychol Meas.* 1977;1:385.

20. Herrero J, Gracia E. Una medida breve de la sintomatología depresiva (CESD-7). *Salud Ment.* 2007;30(5):40–6.
21. Garc C, Guti L, Narv L, Ju T. Utilización de la versión reducida de la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D) en población de adultos mayores mexicanos. *Entreciencias Diálogos en la Soc del Conoc.* 2014;2(4):137–50.
22. Harkness KL, Alavi N, Monroe SM, Slavich GM, Gotlib IH, Bagby RM. Gender differences in life events prior to onset of major depressive disorder: The moderating effect of age. *J Abnorm Psychol.* 2010;119(4):791–803.
23. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Resultados de Puebla. Primada ed. Instituto Nacional de Salud Pública, editor. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México.; 2020.
24. Medina-Mora ME, Borges G, Lara Muñoz C, Benjet C, Blanco Jaimes J, Fleiz Bautista C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de-Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Ment.* 2003;26(4):1–16.
25. González-Forteza C, Torres CS, Tapia AJ, Fernández IH, González-González A, García FJ, et al. Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. *Salud Ment.* 2011;34(1):53–9.
26. Glick M, Monteiro Da Silva O, Seeberger GK, Xu T, Pucca G, Williams DM, et al. FDI Vision 2020: Shaping the future of oral health. *Int Dent J.* 2012;62(6):278–91.
27. Torales J, Barrios I, González I. Oral and dental health issues in people with mental disorders. *Medwave.* 2017 Sep;17(08):7045–7045.
28. Kisely S. No mental health without oral health. *Can J Psychiatry.*

2016;61(5):277–82.

29. Benavides JA, Ojeda JC, Lucero DF, Bolaños DM, Rodriguez SC. Estado de salud oral en pacientes adultos en relación con su nivel de depresión. *Rev Colomb Investig en Odontol*. 2018 May;7(20).
30. Díaz Reissner C, Casas García I, Roldán Merino J. Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral: Impacto de Diversas Situaciones Clínicas Odontológicas y Factores Socio-Demográficos . Revisión de la Literatura. *Int J Odontostomat*. 2017;11(1):31–9.
31. Mauvais-Jarvis F, Bairey Merz N, Barnes PJ, Brinton RD, Carrero JJ, DeMeo DL, et al. Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. *Lancet*. 2020;396(10250):565–82.
32. Academia Nacional de Medicina. El hombre y la mujer enferman en forma diferente. *Rev la Fac Med [Internet]*. 2014 [cited 2021 Mar 4];57(2):53–6. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422014000200053&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000200053&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
33. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Mujeres y hombres en México* 2019. México; 2019. 51–53 p.
34. Barbosa AC da S, Pinho RCM, Vasconcelos MMVB, Magalhães BG, dos Santos MTBR, de França Caldas Júnior A. Association between symptoms of depression and oral health conditions. *Spec Care Dent*. 2018;38(2):65–72.
35. Esquivel Hernández RI, Jiménez Férez J, González Celis Rangel AL, Gazano Fulgencio AA. Efecto de la depresión en la percepción de salud bucal y calidad de vida en adultos mayores. *Rev ADM*. 2006;62–8.
36. Zhang Z, Tian Y, Zhong F, Li CF, Dong SM, Huang Y, et al. Association between oral health-related quality of life and depressive symptoms in Chinese college students: Fitness Improvement Tactics in Youths (FITYou) project.

Health Qual Life Outcomes. 2019;17(1):1–9.

37. De los Santos PV, Carmona Valdés SE. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. Rev electrónica Semest Cent Centroam Población Univ Costa Rica. 2018;15(2):1–23.
38. Ettman CK, Cohen GH, Galea S. Is wealth associated with depressive symptoms in the United States? Ann Epidemiol [Internet]. 2020;43:25-31.e1. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2020.02.001>
39. Glass DC, Kelsall HL, Slegers C, Forbes AB, Loff B, Zion D, et al. A telephone survey of factors affecting willingness to participate in health research surveys. BMC Public Health [Internet]. 2015;15(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-2350-9>
40. Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? The Lancet Psychiatry [Internet]. 2017;4(2):146–58. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30263-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30263-2)
41. Deng Y, Chang L, Yang M, Huo M, Zhou R. Gender differences in emotional response: Inconsistency between experience and expressivity. PLoS One. 2016;11(6):1–12.
42. Boccabella A, Malouf J. How do sleep-related health problems affect functional status according to sex? J Clin Sleep Med. 2017;13(5):685–92.
43. Collado Ortiz MÁ, Sánchez Escandón O, Almanza Islas JA, Arch Tirado E, Arana Lechuga Y. Epidemiología De Los Trastornos Del Sueño En Una Poblacion Mexicana: Seis Años De Experiencia En Un Centro De Tercer Nivel. An Med. 2016;61(2):87–92.
44. Morssinkhof MWL, van Wylick DW, Priester-Vink S, van der Werf YD, den Heijer M, van den Heuvel OA, et al. Associations between sex hormones, sleep problems and depression: A systematic review. Neurosci Biobehav Rev [Internet]. 2020;118(March):669–80. Available from:

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.08.006>


45. Zweig JS. Are Women Happier than Men? Evidence from the Gallup World Poll. *J Happiness Stud.* 2015;16(2):515–41.
46. Mc Grath C, Bedi R. Gender variations in the social impact of oral health. *J Ir Dent Assoc* [Internet]. 2000;46(3):87—91. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/11323941>
47. Díaz-Cárdenas S, Tirado-Amador L, Tamayo-Cabeza G. Impacto de la sonrisa sobre calidad de vida relacionada con salud bucal en adultos. *Rev clínica periodoncia, Implantol y Rehabil oral.* 2018;11(2):78–83.
48. Zhang Z, Tian Y, Zhong F, Li CF, Dong SM, Huang Y, et al. Association between oral health-related quality of life and depressive symptoms in Chinese college students: Fitness Improvement Tactics in Youths (FITYou) project. *Health Qual Life Outcomes.* 2019;17(1).
49. Müller F, Shimazaki Y, Kahabuka F, Schimmel M. Oral health for an ageing population: the importance of a natural dentition in older adults. *Int Dent J.* 2017;67:7–13.
50. Dominguez-Crespo C, Crespo-Crespo C, Vallejo-Aguirre F, Garcia-Rupaya C, Evangelista-Alva A, Del Castillo- López C. Aspectos socio demográficos y calidad de vida en salud Bucal, del personal del municipio de Azogues – Ecuador. *Rev Estomatológica Hered.* 2019;29(1):7.
51. Caglayan F, Altun O, Miloglu O, Kaya MD, Yilmaz AB. Correlation between oral health-related quality of life (OHQoL) and oral disorders in a Turkish patient population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2009;14(11):10–5.
52. Mayor Hernández F, Pérez Quiñones JA, Cid Rodríguez M del C, Martínez Brito I, Martínez Abreu J, Moure Ibarra M. La caries dental y su interrelación con algunos factores sociales. *Rev Médica Electrónica.* 2010;36(3):339–49.
53. Hakeberg M, Wide Boman U. Self-reported oral and general health in relation

to socioeconomic position. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1–8.

54. OIT / Oficina Regional para América Latina y el Caribe. La brecha salarial entre hombres y mujeres en América Latina: En el camino hacia la igualdad salarial [Internet]. Primera ed. Lima: OIT Américas, Informes Técnicos 2019/16; 2019. 110 p. Available from: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms\\_697670.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_697670.pdf)
55. Silvana Szalontay A, Elena Grigorici A, Cristina Ștefana P, Elena Nedelcu C, Agop Forna D, Macovei G. THE IMPACT OF DEPRESSION ON ORAL HEALTH CONDITION. *Rom J Oral Rehabil*. 2021;13(2):68–77.
56. Htun KCSS, Peltzer K. Oral health-related quality of life among community dwelling middle-aged and older adults in an urban area in Magway region, Myanmar. *Nagoya J Med Sci*. 2019;81(1):103–12.
57. Kim YS, Kim HN, Lee JH, Kim SY, Jun EJ, Kim JB. Association of stress, depression, and suicidal ideation with subjective oral health status and oral functions in Korean adults aged 35 years or more. *BMC Oral Health*. 2017;17(1):1–10.
58. Contel Guillamón M, Gual Solé A, Colom Farran J. Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones*. 1999;11(4):337.
59. Pérez CL, Rodríguez Rodríguez I, Andrés C, Díaz G. Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) para jóvenes. *Perspect Psicol*. 2011;7(2):1794–9998.
60. Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Acosta-Castillo GI, Franco-Núñez A, Rosas-Carrasco Ó, Gutiérrez-Robledo LM, et al. Validación de un punto de corte para la versión breve de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos en adultos mayores Mexicanos. *Salud Publica Mex*. 2014;56(3):275–85.

## 15. ANEXOS

### Anexo 1. Registro



**Oficio No SIEP / C.I. / 022 / 2021**  
**ASUNTO: CONSTANCIA DE REGISTRO**

**D.C. IRMA DEL CARMEN ZAMORA GINEZ**  
**D.C. BLANCA GUADALUPE BAEZ DUARTE**  
**M.E.I. GUILLERMO FRANCO ROMERO**  
**YAMEL TLAIYE GARCÍA**  
**PRESENTE S**

El Comité de Investigación y de Ética de la Facultad de Medicina de la B.U.A.P., a través de la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado hace **CONSTAR** que el Proyecto de Investigación presentado en autoría Colectiva por:

- **D.C. IRMA DEL CARMEN ZAMORA GINEZ**
- **D.C. BLANCA GUADALUPE BAEZ DUARTE**
- **M.E.I. GUILLERMO FRANCO ROMERO**
- **YAMEL TLAIYE GARCÍA**


Titulado:  
**"CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ORAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS DEACUERDO CON EL SEXO EN POBLACIÓN MEXICANA"**

Ha sido registrado en esta Secretaría con los siguientes datos:

**Fecha de registro: 11 de marzo de 2021.**  
**Número de Libro: 2**  
**Número de Hoja: 147**  
**Número de Registro: 874**  
**Vigencia: Inicio 11 de marzo 2021 Término 31 de diciembre de 2022**

**ATENTAMENTE**  
**"PENSAR BIEN, PARA VIVIR MEJOR"**  
**H. PUEBLA DE Z., A 11 DE MARZO DE 2021.**

  
**D.C. INDIANAD. TORRES ESCOBAR**  
**DIRECTORA**

  
**D.C. JORGE ALEJANDRO CEBADA RUIZ**  
**SECRETARIO DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN**  
c.c.p. archivo  
c.c.p. minuta  
DC ETR

Facultad de Medicina | 13 Sur 2702, Col. Volcanes, Puebla, Pue. C.P. 72410  
01 (222) 229 55 00  
Ext. 6047 y 6048



## **Anexo 2. Bioética**

El presente protocolo siguió las pautas establecidas por el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki, la Ley Federal de Salud y la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 que establecen los principios científicos y normas éticas para la realización de proyectos de investigación en humanos.

Las personas que participaron en la investigación tuvieron la garantía de respeto a los principios de autonomía, beneficencia y justicia; así como a mantener su identidad y todos los datos obtenidos en la presente investigación sobre su estado de salud en estricta confidencialidad. Se procuró mantener con los participantes un clima de respeto y cordialidad durante el desarrollo del estudio, se mantuvo en el anonimato la identidad de dichos participantes y se puso a la disposición de estos últimos los datos que se obtuvieron.

De acuerdo con la Ley General de Salud (NOM-004-SSA3-2012), según lo establecido en el artículo 17, esta investigación se consideró sin riesgo; justificando el hecho de ser un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental en el que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

### **Anexo 3. Consentimiento informado**

“Impacto de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral y Síntomas Depresivos en Población Mexicana”.

Lo invitamos a participar en una investigación que tiene como objetivo conocer y evaluar el impacto de la salud oral desde el punto de vista de la percepción de la salud integra y su relación con los síntomas depresivos. Este estudio está dirigido a la población general de 18 años en adelante. Su participación consiste en contestar una serie de preguntas con una duración aproximada de 10 minutos; es libre, voluntaria y anónima, algunas preguntas son personales, puede contestar con confianza ya que la información obtenida será manejada confidencialmente y será utilizada única y exclusivamente con fines de investigación. Este estudio no conlleva ningún riesgo a su salud o integridad física.

Si tiene alguna duda o comentario puede contactar al equipo de investigación al correo: [daleunminutoatuvida@outlook.com](mailto:daleunminutoatuvida@outlook.com). Para conocer más sobre el AVISO DE PRIVACIDAD o sobre el estudio o nuestro grupo de trabajo visite: [https://www.facebook.com/daleunminutoatuvida\\*](https://www.facebook.com/daleunminutoatuvida*)

Mi participación es voluntaria. Entiendo el objetivo del trabajo y acepto el uso de mi información para fines científicos.

- Si, acepto.
- No acepto.

## Anexo 4. AUDIT

Esta encuesta es para determinar trastornos por el uso de alcohol. Por favor conteste con veracidad.

\*Tomado de: Contel G. M., Gual S. A., y Colom F. J. (1999). Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. ADICCIONES, 11: 4, 337-347.

### 1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- Nunca
- Una o menos veces al mes
- 2 a 4 veces al mes
- 2 ó 3 veces a la semana
- 4 ó más veces a la semana

### 2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

- 1 ó 2
- 3 ó 4
- 5 ó 6
- 7 a 9
- 10 ó más

### 3. ¿Con qué frecuencia toma 6 ó más bebidas alcohólicas en un solo día?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

### 4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que ha empezado?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

### 5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente

- A diario o casi a diario

**6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?**

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

**7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?**

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

**8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?**

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

**9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?**

- No
- Sí, pero no en el curso del último año
- (4) Sí, en el último año

**10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?**

- No
- Sí, pero no en el curso del último año
- Sí, en el último año

**Interpretación:** Si la puntuación toma valores entre 0-9, se considera "Bajo riesgo de dependencia", si la puntuación toma valores  $\geq 10$ , se considera "Posible dependencia" y será excluido del estudio (58).

## Anexo 5. Encuesta consumo de cigarrillo

Tomado de: Organización Panamericana de la Salud; Instituto Nacional de Salud Pública (MX). Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. México 2009. Cuernavaca (México): Instituto Nacional de Salud Pública, 2010.

**1. ¿Ha fumado cigarrillos?**

- No
- Sí

**2. ¿Actualmente fuma cigarrillos diariamente, algunos días o no fuma?**

- Diariamente
- Algunos días
- No fuma
- No sabe
- Se niega

**3. En el pasado, ¿ha fumado cigarrillos diariamente?**

- Sí
- No
- No sabe
- Se niega

**4. ¿En toda su vida ha fumado más de 100 cigarrillos?**

- Sí
- No
- No sabe
- Se niega

**5. En promedio, ¿cuántos cigarrillos fuma actualmente cada día?**

- \_\_\_\_\_ diario
- \_\_\_\_\_ semanal
- \_\_\_\_\_ mensual

**6. ¿A qué edad comenzó a fumar cigarrillos?**

- \_\_\_\_\_ años

**7. Si es exfumador, ¿hace cuánto tiempo dejó de fumar?**

- \_\_\_\_\_ años
- \_\_\_\_\_ meses
- \_\_\_\_\_ semanas
- \_\_\_\_\_ días

**8. En promedio, ¿cuánto tiempo fumó o cuánto tiempo ha fumado hasta el momento?**

- \_\_\_\_\_ años
- \_\_\_\_\_ meses
- \_\_\_\_\_ semanas
- \_\_\_\_\_ días

**Interpretación:** De acuerdo al número de cigarrillos consumidos al día se clasifican en:

- Fumador **leve**: menos de 5 **cigarrillos** diarios.
- Fumador **moderado**: un promedio de 6 a 15 **cigarrillos** diarios.
- Fumador **severo**: más de 16 **cigarrillos** por día en promedio, por lo que será excluido del estudio (59).

## Anexo 6. Variables

### Definición de las variables y escala de medición

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
<b>Calidad de vida relacionada con la salud oral</b>	Autopercepción que tiene el individuo respecto a su estado de salud oral en relación con su vida diaria al masticar, relacionarse con otras personas, además de cumplir con su satisfacción estética.	Suma de los puntajes de las 14 respuestas, obteniendo un puntaje general entre 0 y 56	Cualitativa nominal dicotómica	<6– Impacto bajo ≥9 – Impacto alto	OHIP-14
<b>Sexo</b>	Condición de un organismo que distingue entre masculino y femenino.	Según las características físicas del sujeto de investigación.	Cualitativa nominal, dicotómica	Masculino/Femenino	
<b>Síntomas depresivos</b>	Falta de afecto positivo, presencia de síntomas somáticos y dificultades interpersonales experimentados en la última semana.	Suma de los puntajes de las 7 respuestas, obteniendo un puntaje general entre 0 y 21	Cualitativa nominal dicotómica	<9 – No presenta síntomas depresivos ≥9 – Presenta síntomas depresivos	CESD-7

VARIABLES DE AJUSTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
<b>Edad</b>	Medida que confirma con certeza la distancia de tiempo ocurrida entre el nacimiento y el presente.	Años cumplidos reportados por el sujeto de investigación.	Cuantitativa discreta	Años
<b>Estado civil</b>	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia.	Estado civil a la que registre el propio paciente	Cualitativa nominal politómica	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre
<b>Ocupación</b>	Tipo de trabajo realizado por la persona empleada, independientemente de la actividad económica del establecimiento donde trabaja o cuál es su situación en el empleo	Ocupación a la que registre el propio sujeto	Cualitativa nominal politómica	Ama de casa Obrero Empleado Propietario de empresa Estudiante Desempleado Jubilado
<b>Grado de escolaridad</b>	Conjunto de cursos que un estudiante siguen en un centro docente	Escolaridad que registre el propio sujeto	Cualitativa nominal politómica	Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Posgrado
<b>Nivel socioeconómico</b>	Posición o status que obtiene una persona en la sociedad a través de los recursos económicos que posee	Categoría del estrato social en la que se ubica el sujeto de acuerdo con el cuestionario para la aplicación de la regla AMAI	Cualitativa ordinal	A/B C+ C C- D+ D E



## **Anexo 7. Perfil de Impacto en la Salud Oral (OHIP-14)**

Las siguientes preguntas hacen referencia a la percepción de necesidad de atención odontológica y la dificultad del individuo en el cumplimiento de sus actividades diarias. Por favor Intente responder de la manera más exacta posible lo ocurrido durante los ÚLTIMOS TRES MESES. \*Castrejón-Pérez RC, Borges-Yáñez SA. Gerodontology. 2012 29: 155-8.

**Durante los últimos tres meses...**

**1. ¿Ha tenido dificultad para masticar alimentos debido a problemas con sus dientes boca o dentaduras?**

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

**2. Ha notado que su apariencia se ha visto afectada debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?**

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

**3. Ha tenido dolores de cabeza debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?**

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

**4. Ha tenido sensibilidad en sus dientes, por ejemplo, debido a alimentos o bebidas fríos o calientes?**

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

**5. Los problemas dentales lo han hecho sentir totalmente infeliz?**

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente

- Casi siempre

**6. Se ha sentido incómodo con la apariencia de sus dientes, boca o dentaduras?**

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

**7. Las personas le han malinterpretado algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?**

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

**8. Ha evitado sonreír debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?**

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

**9. Ha encontrado difícil relajarse debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?**

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

**10. Se ha avergonzado un poco debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?**

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

**11. Ha tenido dificultades al relacionarse con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?**

- Nunca
- Casi nunca

- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

**12. Ha estado un poco irritable con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?**

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

**13. Ha sufrido algún tipo de pérdida económica debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?**

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

**14. Ha sido totalmente incapaz de funcionar debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?**

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

**Interpretación:** A través de los resultados de las 14 preguntas se suman los puntajes de las respuestas: "0" – nunca, "1"- casi nunca, "2" - algunas veces, "3" – frecuentemente, "4" - casi siempre, obteniendo un puntaje general entre 0 y 56.

Puntajes <6 indica un "Impacto bajo", puntajes  $\geq 6$  indica un "Impacto alto". A mayor puntaje, mayor impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud oral (48) .

## **Anexo 8. Escala para Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D7)**

A continuación, encontrará una lista indicando sentimientos o conductas que usted haya podido experimentar. Por favor, indique con qué frecuencia se ha sentido así durante la ÚLTIMA SEMANA seleccionando la respuesta. Para cada pregunta elija entre las siguientes alternativas.

**¿Durante la última semana...**

### **1. ¿Sentía como si no pudiera quitarme de encima la tristeza?**

- Rara vez o nunca
- Pocas veces o alguna vez
- Un número considerable de veces
- Todo el tiempo o la mayoría del tiempo

### **2. ¿Me costaba concentrarme en lo que estaba haciendo?**

- Rara vez o nunca
- Pocas veces o alguna vez
- Un número considerable de veces
- Todo el tiempo o la mayoría del tiempo

### **3. ¿Me sentí deprimido/a?**

- Rara vez o nunca
- Pocas veces o alguna vez
- Un número considerable de veces
- Todo el tiempo o la mayoría del tiempo

### **4. ¿Me parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo?**

- Rara vez o nunca
- Pocas veces o alguna vez
- Un número considerable de veces
- Todo el tiempo o la mayoría del tiempo

### **5. No dormí bien**

- Rara vez o nunca
- Pocas veces o alguna vez
- Un número considerable de veces
- Todo el tiempo o la mayoría del tiempo

### **6. Disfruté de la vida**

- Rara vez o nunca
- Pocas veces o alguna vez
- Un número considerable de veces
- Todo el tiempo o la mayoría del tiempo

**7. Me sentí triste**

- Rara vez o nunca
- Pocas veces o alguna vez
- Un número considerable de veces
- Todo el tiempo o la mayoría del tiempo

**- ¿Algún médico le ha dicho que padece depresión?**

- Si
- No

**- ¿Hace cuánto tiempo padece de depresión?:** \_\_\_\_\_

**- ¿Toma algún medicamento antidepresivo?**

- Si
- No

**- Por favor indique qué medicamento(s) para la depresión toma (nombre comercial, genérico o principio activo):** \_\_\_\_\_

**Interpretación:** A través de los resultados de las 7 preguntas se suman los puntajes de las respuestas: "0" - rara vez o nunca, "1" - pocas veces o alguna vez, "2" - número considerable de veces, "3" - todas las veces, obteniendo un puntaje general entre 0 y 21.

El punto de corte establecido para indicar la presencia de síntomas depresivos en la última semana es  $\geq 9$ , un puntaje menor representa la ausencia de síntomas depresivos en la última semana (60).

## Anexo 9. Datos generales

### Sexo

- Hombre
- Mujer

### ¿Se encuentra embarazada o lactando?

- No
- Si

### Ficha de identificación

- Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
- Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_
- País en el que reside: \_\_\_\_\_
- Ascendencia: \_\_\_\_\_
- Estado civil: \_\_\_\_\_

### - ¿Cuál es el último grado de estudios que usted cursó?

- Primaria
- Secundaria
- Preparatoria o equivalente
- Licenciatura o equivalente
- Posgrado (Especialidad , Maestría o Doctorado)

### - Actualmente ¿qué actividad desempeña?: \_\_\_\_\_

### - Empleo actual: \_\_\_\_\_

## Anexo 10. Datos Sociodemográficos

(Basados en el Cuestionario para la Aplicación de la Regla AMAI 2018)

**1. Pensando en el jefe o jefa de hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que aprobó en la escuela? \*Se define jefe del hogar a la persona que toma decisiones importantes en el hogar, el aporte principal de los ingresos económicos o que administra los recursos.**

- Sin Instrucción
- Preescolar
- Primaria Incompleta
- Primaria Completa
- Secundaria Incompleta
- Secundaria Completa
- Preparatoria Incompleta
- Preparatoria Completa
- Licenciatura Incompleta
- Licenciatura Completa
- Posgrado

**2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C.(excusado) hay en esta vivienda?**

- 0
- 1
- 2 ó más

**3. ¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja?**

- 0
- 1
- 2 ó más

**4. Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular ¿este hogar cuenta con internet?**

- No tiene
- Sí tiene

**5. De todas las personas de 14 años o más que viven en el hogar, ¿cuántas trabajaron en el último mes?**

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 ó más

**6. En esta vivienda, ¿cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños?**

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 ó más

## **Anexo 11. Datos médicos**

**- ¿Padece alguna enfermedad?**

- Si
- No

**- Por favor indique la o las enfermedades que padece:**

- Anemia
- Cáncer
- Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo
- Artritis
- Respiratorias
- Gastrointestinales
- Sexuales
- Psiquiátricas
- Traumáticas
- Alergias
- Obesidad
- Hipertensión arterial
- Resistencia a la insulina
- Prediabetes
- Diabetes
- Dislipidemia
- Enfermedad cardiovascular
- Otra

**- ¿Está controlada su enfermedad?**

- Si
- No

**- Actualmente toma algún medicamento?**

- Si
- No

- Por favor indique qué medicamento(s) toma (nombre comercial, genérico o principio activo):\_\_\_\_\_





**BUAP**

**Oficio No. SIEP/MCMI/162/2021**

**ASUNTO: ACEPTACION E IMPRESIÓN DE TESIS**

**DRA. YAMEL TLAIYE GARCÍA**

**219450049**

**PRESENTE**

La que suscribe D.C. Irma Zamora Ginez Coordinadora de la Maestría en Ciencias Médicas e Investigación, me permito informar que, he recibido la tesis titulada "**Calidad de vida relacionada con la salud oral y síntomas depresivos de acuerdo con el sexo en población mexicana**" y, las cartas de aceptación de impresión del Comité revisor, así como la calificación anti plagio menor a 40%, por lo que puede proceder a la impresión de su tesis y continuar con los tramites administrativos para presentar el examen de grado.

Sin otro particular por el momento, le reitero las seguridades de mi consideración distinguida.

**ATENTAMENTE**

**"PENSAR BIEN, PARA VIVIR MEJOR"**  
**PUEBLA, PUE. A 17 DE SEPTIEMBRE DE 2021**

**D.C. IRMA DEL CARMEN ZAMORA GINEZ**  
**COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN**  
**CIENCIAS MÉDICAS E INVESTIGACIÓN**



c.c.p. archivo  
c.c.p. minutarario  
DC ICZG\*ctm

Facultad  
de Medicina

13 Sur 2702, Col. Volcanes,  
Puebla, Pue. C.P. 72410  
01 (222) 229 55 00  
Ext. 6047 y 6048