

Artículo original

Calidad de vida relacionada con la salud bucal en mujeres en situación de prostitución en Medellín (Colombia) y sus factores relacionados

Oral health-related quality of life of women in prostitution in Medellin (Colombia) and its associated factors

Andrés A. Agudelo-Suárez¹ ✉ [CvLAC](#), Alejandro Vásquez-Hernández² ✉ [CvLAC](#), Carolina Zapata-Villa³ ✉

1. Odontólogo. Especialista en Administración de Servicios de Salud. Doctor en Salud Pública. Profesor e investigador Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

2. Odontólogo. Magister en Ciencias Odontológicas. Profesor e Investigador Facultad de Odontología, Fundación Universitaria Autónoma de las Américas. Medellín, Colombia.

3. Odontóloga. Magíster en Salud Pública. Profesora e Investigadora Facultad de Odontología, Fundación Universitaria Autónoma de las Américas. Medellín, Colombia.

Fecha correspondencia:

Recibido: abril de 2017.

Aceptado: noviembre de 2017.

Forma de citar:

Agudelo-Suárez A, Vásquez-Hernández A, Zapata-Villa C. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en mujeres en situación de prostitución en Medellín (Colombia) y sus factores relacionados. Rev. CES Odont 2017; 30(2): 3-15.

Open access

© Derecho de autor

Licencia creative commons

Ética de publicaciones

Revisión por pares

Gestión por Open Journal System

DOI: <http://dx.doi.org/10.21615/cesodon.30.2.1>

ISSN 0120-971X

e-ISSN 2215-9185

Financiación

Fundación Universitaria Autónoma de las Américas. Convocatoria 005-2014.

Resumen

Introducción y objetivo: La calidad de vida es un elemento a considerar en el análisis de los determinantes sociales en grupos vulnerables. Se pretende determinar la calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB) en un grupo de mujeres en situación de prostitución de Medellín y sus factores relacionados. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo transversal en una muestra a conveniencia de 53 mujeres que ejercen la prostitución. Se aplicó encuesta y examen clínico con información sociodemográfica, uso de servicios de salud y situación de salud bucal. Aplicación del instrumento OHIP-14 (Perfil de Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida). Descripción del OHIP-14 y sus medidas de resumen según diferentes variables. **Resultados:** Las dimensiones de malestar psicológico y minusvalía son las que presentaron mayores puntajes. El 85% de las mujeres reportaron uno o más impactos de su salud bucal en la calidad de vida, lo que representa un promedio de 4,8 impactos IC95% (3,8-5,9). Se observaron indicadores de impacto más altos según factores sociodemográficos como: nivel educativo, tiempo en el oficio, cargas familiares, apoyo social o consumo de sustancias psicoactivas. Igualmente, se reportaron mayores impactos de acuerdo a factores como: estar insatisfechas con su salud bucal, estado de salud bucal bajo, tener problemas bucodentales, requerir atención prioritaria y reportar problemas de acceso a la atención odontológica. **Conclusiones:** Se observaron gradientes en la CVRSB de acuerdo a características sociodemográficas, salud bucal y acceso a la atención odontológica. Se evidencian situaciones de inequidad que deben ser consideradas para promover acciones colectivas en esta población.

Palabras clave: Salud Bucal, Calidad de vida, Trabajadoras Sexuales, Encuestas de Salud Bucal.

Abstract

Introduction and objective: The quality of life is an element to consider in the analysis of social determinants in vulnerable social groups. This study aims to determine to determine the oral health related quality of life (OHRQOL) in a group of women in situation of prostitution situation in Medellín (Colombia) and its related factors. **Materials and methods:** A descriptive study was conducted in a convenience sample of 53 women. A survey and clinical examination was carried out with sociodemographic information, use of health services and oral health status. The instrument OHIP-14 (Profile of Impact of Oral Health on Quality of Life) was used. A description of the OHIP-14 and its summary measures according to different variables was applied. **Results:** Psychological distress and disability were the dimensions that presented highest scores in the sample. 85% of women reported one or more impacts of their oral health on quality of life, representing an average of 4.8 impacts 95%CI (3.8-5.9). Higher impact indicators were observed according to sociodemographic factors such as: educational level, time at work, family burden, social support or use of psychoactive substances. Likewise, greater impacts were reported according to factors such as: being unsatisfied with their oral health, low oral health status, having oral problems, requiring priority oral health attention and reporting problems of access to dental care. **Conclusions:** There were gradients in the OHRQOL according to sociodemographic characteristics and oral health and access to oral health care variables. Situations of inequity are evidenced that must be considered in order to promote collective actions in this population.

Keywords: Oral health, Quality of Life, Sex Workers, Dental Health Surveys.

Introducción

La calidad de vida relacionada con la salud bucal es un concepto multidimensional, en el cual intervienen elementos subjetivos relacionados con la percepción de su salud bucal, en función del disfrute o satisfacción personal, sus circunstancias pasadas y presentes, sus expectativas, y su sistema de valores (1, 2). En ella intervienen elementos culturales y de estilo de vida que están relacionados con el individuo, como también las características propias de los grupos sociales y sus modos de vida, y los elementos del contexto social, económico y político de un territorio (3). Se parte de una premisa fundamental cual es que la salud bucal se constituye como un componente del proceso salud enfermedad, lo cual implica una interrelación con la salud general (4).

Evaluar la calidad de vida y su relación con la salud bucal implica el análisis de diferentes dimensiones que involucran aspectos físicos, psicológicos y sociales en actividades cotidianas relacionadas con la boca y en cierta medida de las consecuencias de problemas o necesidades en materia de salud bucal (1, 2). Para ello se utilizan diferentes instrumentos de medida que se han usado en diferentes grupos etáreos y poblacionales concretos. A manera de ejemplo, en Colombia, se reportan investigaciones en población adulta y adulta mayor que consulta a determinadas instituciones formadoras de recurso humano en salud (5, 6) y otras instituciones (7, 8).

Las enfermedades orales ocupan un papel importante en la agenda científica y política, por su magnitud y severidad, y por la necesidad de analizar los determinantes y factores que influyen en su prevalencia e incidencia en diferentes grupos poblacionales (9, 10). No obstante, la investigación en ciertos grupos poblacionales es limitada. Un ejemplo concreto de esto, lo constituyen las mujeres en situación de

prostitución (comunmente llamadas trabajadoras sexuales). Si bien es un colectivo que ha estado sometido a condiciones de precariedad, exclusión social y dificultades de acceso a los servicios de salud, los estudios que analizan la situación de salud bucal son escasos (11, 12) y coherente con este aspecto, no se evidencian investigaciones que aborden la temática desde la epidemiología social.

Para la salud pública y la odontología cobra importancia la identificación de los problemas y necesidades en grupos sociales específicos con el fin de establecer estrategias para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y dar solución a los problemas de salud bucal, teniendo en cuenta las necesidades propias de estos grupos, así como sensibilizar a diferentes actores académicos e incorporar el análisis de la situación de salud bucal desde una perspectiva integradora (13). Acorde a lo anterior, el objetivo de este estudio fue determinar la calidad de vida relacionada con la salud bucal en un grupo de mujeres en situación de prostitución de Medellín y sus factores relacionados.

Materiales y métodos

Con el apoyo de dos Universidades de la ciudad de Medellín, se diseñó un proyecto más amplio que contempla la utilización de diferentes metodologías (cuantitativas y cualitativas), para realizar un abordaje integral de esta población. Su objetivo general estaba encaminado al análisis del estado de salud bucal en las trabajadoras sexuales de Medellín y sus factores relacionados.

En este caso, se trata de un estudio descriptivo transversal en un grupo de 53 mujeres que ejercen la prostitución en la ciudad de Medellín, seleccionadas a conveniencia de acuerdo a su voluntariedad de participar en la investigación. Para la captación de este grupo, se realizaron varias jornadas de sensibilización y charlas educativas con instituciones que trabajan con esta población en la ciudad de Medellín, y otras jornadas en el centro de la ciudad, en sitios caracterizados por gran afluencia de bares, discotecas y clubes nocturnos donde tradicionalmente se ubican estas mujeres. Importante mencionar que por la situación de seguridad en algunas zonas de la ciudad, y el temor de muchas mujeres a ser encuestadas, el trabajo de campo se afectó en alguna medida, por lo que no se obtuvo mayor respuesta de ellas a participar en la investigación.

El instrumento de recolección de información (disponible si se solicita a los autores) consta de dos partes generales: 1) Encuesta con información sociodemográfica, hábitos de higiene bucal y uso de servicios odontológicos, calidad de vida y salud bucal, apoyo social; 2) Evaluación clínica (examen extraoral, peso/talla, examen intraoral, presencia de prótesis dentales, evaluación de articulación temporomandibular -ATM-). El trabajo de campo se realizó entre los meses de abril y septiembre de 2016. Los estándares del examen bucal siguieron los parámetros definidos en los métodos básicos de la Organización Mundial de la Salud -OMS- para realización de encuestas de salud bucodental (14). Los exámenes clínicos fueron realizados por uno de los investigadores (CZ) con la supervisión de los otros miembros del equipo, quien recibió entrenamiento y estandarización teórico-práctica en los principales indicadores bucodentales. En la digitación colaboraron 4 estudiantes de odontología, quienes fueron estandarizados y calibrados previamente.

Concretamente en este estudio se consideraron las siguientes variables: Sociodemográficas: edad, estrato socioeconómico, nivel educativo, tiempo en el oficio, desempeña otra ocupación, cargas familiares, tipo de familia, hábito de fumar, consumo de sustancias

psicoactivas; Índice de Masa Corporal (IMC), que se calculó mediante la fórmula $IMC = \frac{\text{Peso}}{\text{Talla}^2}$. Mediante esta información y de acuerdo a los parámetros de la OMS (15), se determinaron las siguientes características: a) infrapeso: $IMC \leq 18,50$; b) peso normal: IMC entre 18,50 y 24,99; c) sobrepeso-obesidad: $IMC \geq 25,00$. Apoyo social-perfil de Duke-11 (16), el cual es un cuestionario o escala compuesta de 8 frases que se puntúan según 5 categorías de escala de Likert, que van desde «mucho menos de lo que deseo» (que puntúa 1) a «tanto como deseo» (que puntúa 5). Para obtener las puntuaciones de la escala se suman los valores obtenidos a cada una de las frases y el rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos, a mayor puntaje mayor apoyo percibido. Se optó por un punto de corte en una puntuación < 32 , para considerar el apoyo social percibido como bajo (16, 17).

Como variables de salud bucal se tuvieron en cuenta: satisfacción estado dental, estado de salud bucal autopercibido, percepción de problemas bucales, presencia de caries dental por examen clínico, presencia de problemas gingivales/periodontales, presencia de signos y síntomas subjetivos de problemas en ATM, presencia de prótesis superior (fija o removible), presencia de prótesis inferior (fija o removible), cambio de prótesis superior (fija o removible), cambio de prótesis inferior (fija o removible), necesidad de atención prioritaria y problemas de acceso a la atención odontológica.

Con respecto a la calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB), esta se obtuvo a través del instrumento OHIP-14 -Oral Health Impact Profile- Perfil de Impacto en Salud Oral- (1, 2). Consta de 14 preguntas distribuidas en 7 dimensiones: Limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y minusvalía. Cada pregunta tiene 5 opciones de respuesta y a cada una se le asigna un puntaje: 0-nunca, 1-casi nunca, 2-a veces, 3-frecuentemente, 4-siempre. El análisis del OHIP-14 permitió usar tres variables de resumen de las consecuencias funcionales y psicológicas de los problemas de salud bucal (18, 19): 1) Prevalencia: Porcentaje de individuos que reportan uno o más ítems: "frecuentemente" o "siempre", 2) Extensión: Es el número de ítems reportados como "frecuentemente" o "siempre", 3) Severidad: Es la suma de todos los valores ordinales de las respuestas, y puntúa en un rango de 0 a 56, a más alto valor, mayor impacto de la salud bucal en la calidad de vida.

Se realizó un control de calidad de la información recogida en el trabajo de campo, verificando el contenido de los cuestionarios y realizando la codificación apropiada de las variables del estudio. Para el análisis de los datos se realizaron frecuencias de cada una de las preguntas del OHIP-14 y de las variables del estudio. Con respecto a las dimensiones agrupadas según el instrumento se calcularon promedios (\bar{X}) con sus desviaciones estándar (DE) y medianas (Me) con su rango intercuartílico (RIC). Posteriormente se calcularon las medidas de resumen del instrumento (prevalencia, grado, severidad) mediante porcentajes y promedios según el caso con sus IC95% en forma general y en análisis bivariado con cada una de las variables sociodemográficas y de salud bucal consideradas en el estudio. Se calcularon pruebas Chi cuadrado para observar diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre las variables. Para el análisis de los datos se utilizaron los programas Excel para Windows, SPSS 21,0 y EPIDAT 42.

El estudio cumplió con los aspectos éticos para investigación en salud contemplados en la legislación internacional (20) y nacional (21). Teniendo en cuenta que la población encuestada es sensible, fue necesario realizar algunas jornadas previas para concientizar

a este grupo de mujeres. En todo momento se protegió la identidad de las participantes, así como la confidencialidad y el anonimato en la información recogida. La participación fue voluntaria y se firmó consentimiento informado. Las personas que requerían atención de carácter prioritario fueron remitidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en una de Instituciones docencia servicio participantes del estudio. El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética y Bioética (CEB) de la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas (Acta 001/2014). Este artículo se redactó siguiendo las pautas STROBE para la comunicación de estudios observacionales (22).

Resultados

En la [tabla 1](#) se presentan la distribución porcentual en cada una de las preguntas que componen el OHIP-14. Las preguntas con mayor porcentaje de respuestas en las categorías "siempre" o "frecuentemente" son las identificadas con los números 3, 5, 10 y 13. En términos generales, las respuestas en la categoría "siempre" están por debajo del 20% con excepción de la pregunta 10. Al analizar las puntuaciones en las siete dimensiones propuestas por el instrumento ([Tabla 2](#)), en las que se observa mayor promedio y mediana son en su orden las dimensiones de malestar psicológico y minusvalía. La que menor puntuación presentó en su promedio y su mediana fue la dimensión de limitación funcional.

En la [tabla 3](#), se presentan los indicadores de CVRSB, con base en el OHIP-14, según diferentes variables sociodemográficas, hábitos e IMC. Para el caso del indicador de prevalencia, el 85% reportaron uno o más impactos de su salud bucal en la calidad de vida, lo que representa un promedio de 4,8 impactos IC95% (3,8- 5,9). Se observaron indicadores de impacto más consistentes y más altos (en los tres simultáneamente: prevalencia, grado y severidad), en las personas con nivel educativo \leq primaria, con un tiempo en el oficio \geq 21 años, aquellas mujeres que desempeñan otra ocupación además del ejercicio de la prostitución, que tienen cargas familiares, con familias nucleares, con apoyo social bajo (en este caso con diferencias estadísticamente significativas $p < 0,05$ con las mujeres que reportan apoyo social normal), y con reporte de consumo de sustancias psicoactivas. Aunque la prevalencia según el OHIP-14 fue mayor en las personas con sobrepeso-obesidad, el grado y la severidad fueron mayores en las personas con un IMC normal. La prevalencia y la severidad fueron mayores en personas exfumadoras y el grado en mujeres fumadoras. Esta misma situación se presentó con relación al estrato socioeconómico y los indicadores (mayor prevalencia y severidad en estratos medios y mayor grado en estratos bajos).

Atendiendo a las variables del OHIP-14 según diferentes indicadores de salud bucal ([Tabla 4](#)), se observan diferencias importantes teniendo en cuenta la prevalencia, el grado y la severidad en forma simultánea. Se halló mayor impacto de la salud bucal en la calidad de vida en aquellas mujeres que reportaron estar insatisfechas con su salud bucal, cuyo estado de salud bucal fue percibido como bajo, aquellas mujeres que percibieron problemas bucodentales, las que requieren atención prioritaria y las que reportaron problemas de acceso a la atención odontológica. En estos casos se presentaron diferencias estadísticamente significativas $p < 0,05$ con sus contrapartes. De igual forma, se halló mayor impacto de la salud bucal en la calidad de vida en las participantes que reportaron caries dental, signos y síntomas de enfermedad periodontal y quienes presentan cualquier tipo de prótesis superior o inferior, aunque no se presentaron diferencias estadísticamente significativas con sus contrapartes. Con relación a la severidad, los mayores puntajes se presentaron en las mujeres con sintomatología en la ATM, y que requieren cambio en la prótesis dental superior o inferior.

Tabla 1. Distribución porcentual de las respuestas del OHIP-14 en la población de estudio. Medellín, 2016 (n=53)

| <i>Pregunta/Dimensión</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| | <i>Nunca n (%)</i> | <i>Casi nunca n (%)</i> | <i>A veces n (%)</i> | <i>Frecuentemente n (%)</i> | <i>Siempre n (%)</i> |
| Limitación funcional | | | | | |
| 1-¿Ha tenido problemas para pronunciar alguna palabra debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis? | 49,1 | 13,2 | 18,9 | 18,9 | 0,0 |
| 2-¿Has notado peor el sabor o el gusto por las comidas debido a problemas con tu boca o con tus dientes? | 45,3 | 9,4 | 15,1 | 24,5 | 5,7 |
| Dolor físico | | | | | |
| 3-¿Te han dolido tus dientes o boca en el último año? | 26,4 | 5,7 | 24,5 | 34,0 | 9,4 |
| 4-¿Has notado molestias para comer alguna comida por problemas en tus dientes o boca? | 26,4 | 5,7 | 32,1 | 28,3 | 7,5 |
| Malestar psicológico | | | | | |
| 5-¿Has estado preocupada debido a problemas con tus dientes o boca? | 9,4 | 1,9 | 26,4 | 45,3 | 17,0 |
| 6-¿Te has sentido nerviosa debido a problemas con tus dientes o boca? | 11,3 | 9,4 | 26,4 | 34,0 | 18,9 |
| Incapacidad física | | | | | |
| 7-¿Has tenido problemas para comer bien lo que querías por problemas con tus dientes o boca? | 28,3 | 7,5 | 32,1 | 20,8 | 11,3 |
| 8-¿Has tenido que parar de comer alguna vez por problemas con tus dientes o boca? | 30,2 | 7,5 | 41,5 | 13,2 | 7,5 |
| Incapacidad psicológica | | | | | |
| 9-¿Has tenido algún problema para descansar o dormir bien debido a problemas con tus dientes o boca? | 34,0 | 18,9 | 24,5 | 17,0 | 5,7 |
| 10-¿Has sentido vergüenza de tus dientes en el último año? | 15,1 | 1,9 | 30,2 | 26,4 | 26,4 |
| Incapacidad social | | | | | |
| 11-¿Has estado un poco irritable y antipática con tus amigos y familia por problemas con tus dientes o boca? | 24,5 | 9,4 | 45,3 | 13,2 | 7,5 |
| 12-¿Has faltado a la universidad o al trabajo por problemas con tus dientes o boca? | 45,3 | 18,9 | 28,3 | 5,7 | 1,9 |
| Minusvalía | | | | | |
| 13-¿Has sentido que tu vida es en general menos satisfactoria debido a problemas con tus dientes o boca? | 18,9 | 1,9 | 24,5 | 39,6 | 15,1 |
| 14-¿En este último año las molestias o el dolor en tu boca te han impedido hacer tu vida normal? | 32,1 | 11,3 | 28,3 | 18,9 | 9,4 |

Tabla 2. Puntuaciones de las dimensiones del OHIP-14 en la población de estudio. Medellín, 2016 (n=53)

| <i>Dimensiones del OHIP_14</i> | <i>X (±DE)</i> | <i>Me (RIC)</i> |
|--------------------------------|----------------|-------------------|
| Limitación funcional | 2,4 (± 2,3) | 2,0 (2,0- 4,5) |
| Dolor físico | 3,9 (± 2,5) | 2,0 (4,0- 6,0) |
| Malestar psicológico | 4,9 (+ 2,2) | 6,0 (4,0- 6,0) |
| Incapacidad física | 3,5 (± 2,4) | 4,0 (2,0- 5,0) |
| Incapacidad psicológica | 3,8 (± 2,1) | 4,0 (3,0- 5,5) |
| Incapacidad social | 2,6 (± 1,7) | 3,0 (1,0- 4,0) |
| Minusvalía | 4,0 (± 2,3) | 4,0 (2,0- 6,0) |
| Puntaje total | 25,0 (± 12,2) | 26,0 (13,5- 35,0) |

Nota: X: promedio, DE: Desviación estándar, Me: Mediana, RIC: Rango Intercuartílico

Tabla 3. Indicadores de calidad de vida relacionada con la salud bucal según características sociodemográficas en la población de estudio. Medellín, 2016 (n=53)

| <i>Variables</i> | <i>Muestra n (%)</i> | <i>Prevalencia (%)</i> | <i>Indicadores IC95%</i> | |
|-----------------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| | | | <i>Grado (Promedio)</i> | <i>Severidad (Promedio)</i> |
| Edad (años cumplidos) | | | | |
| ≤44 | 23 (43,4) | 82,6 (62,9- 93,0) | 5,0 (3,2- 6,7) | 26,6 (21,1- 32,1) |
| ≥ 45 | 30 (56,6) | 86,7 (70,3- 94,7) | 4,7 (3,3- 6,1) | 23,8 (19,3- 28,2) |
| Estrato socioeconómico | | | | |
| Bajo (1-2) | 44 (83,0) | 84,1 (70,6- 92,1) | 5,0 (3,8- 6,2) | 24,9 (21,0- 28,9) |
| Medio (3-4) | 9 (17,0) | 88,9 (56,5- 98,0) | 4,1 (1,4- 6,8) | 25,3 (18,5- 32,1) |
| Nivel educativo | | | | |
| ≤Primaria | 37 (69,8) | 86,5 (72,0- 94,1) | 5,1 (3,8- 6,4) | 25,5 (21,4- 29,6) |
| Secundaria-Técnica | 16 (30,2) | 81,3 (57,0- 93,4) | 4,2 (2,2- 6,2) | 23,9 (17,4- 30,5) |
| Tiempo en el oficio (años) | | | | |
| ≤10 | 17 (32,7) | 88,2 (65,7- 96,7) | 4,2 (2,4- 6,2) | 24,6 (18,4- 30,7) |
| 11--20 | 19 (36,5) | 73,7 (51,2- 88,2) | 4,4 (2,4- 6,4) | 23,4 (17,2- 29,7) |
| ≥ 21 | 16 (30,8) | 93,8 (71,7- 98,9) | 6,0 (4,9- 8,0) | 27,4 (20,7- 34,0) |
| Desempeña otra ocupación | | | | |
| Si | 27 (50,9) | 85,2 (67,5- 94,1) | 5,6 (4,0- 7,2) | 27,5 (22,5- 32,5) |
| No | 26 (49,1) | 84,6 (66,5- 93,9) | 4,1 (2,7- 5,5) | 22,4 (17,8- 27,0) |
| Cargas familiares | | | | |
| Si | 36 (67,9) | 86,1 (71,3- 86,1) | 5,1 (3,8- 6,4) | 26,2 (22,2- 30,1) |
| No | 17 (32,1) | 82,4 (59,0- 93,8) | 4,3 (2,4- 6,2) | 22,5 (15,6- 29,5) |
| Tipo de familia | | | | |
| Nuclear | 9 (17,0) | 88,9 (56,5- 98,0) | 6,8 (3,6- 9,9) | 30,3 (22,3- 38,4) |
| Monoparental materna | 22 (41,5) | 81,2 (61,5- 92,7) | 4,6 (2,8- 6,3) | 23,7 (17,9- 29,5) |
| Vive sola | 15 (28,3) | 86,7 (62,1- 96,3) | 4,1 (2,2- 6,1) | 23,2 (16,2- 30,2) |
| Otras | 7 (13,2) | 85,7 (48,7- 97,4) | 4,7 (1,1- 8,3) | 26,1 (16,3- 36,0) |
| Apoyo social | | | | |
| Normal | 14 (26,4) | 64,3 (38,8- 83,7)* | 2,7 (0,8- 4,6)* | 17,2 (11,1- 23,4)** |
| Bajo | 39 (73,6) | 92,3 (79,7- 97,4)* | 5,6 (4,4- 6,8)* | 27,8 (24,0- 31,6)** |

| Variables | Muestra n (%) | Prevalencia (%) | Indicadores IC95% | |
|---|------------------|---------------------|-------------------|----------------------|
| | | | Grado (Promedio) | Severidad (Promedio) |
| Hábito de fumar | | | | |
| No fumadora | 30 (56,6) | 76,7 (59,1- 88,2) | 3,9 (2,6- 5,3) | 21,9 (17,2- 26,7) |
| Exfumadora | 7 (13,2) | 100,0 (64,6- 100,0) | 5,9 (1,8- 9,9) | 31,4 (22,3- 40,5) |
| Fumadora | 16 (30,2) | 93,8 (71,7- 98,9) | 6,1 (4,0- 8,1) | 27,9 (22,1- 33,8) |
| Consumo de sustancias psicoactivas | | | | |
| Si | 26 (49,1) | 92,6 (76,6- 97,9) | 5,4 (3,9- 7,0) | 26,8 (22,1- 31,5) |
| No | 27 (50,9) | 76,9 (58,0- 89,0) | 4,1 (2,7- 5,7) | 23,2 (18,1- 28,2) |
| Estado Nutricional según IMC | | | | |
| Normal | 21 (41,2) | 37,3 (25,3- 51,0) | 6,1 (4,2- 8,0)* | 28,3 (22,5- 34,0) |
| Sobrepeso- Obesidad | 30 (58,8) | 80,0 (62,7- 90,5) | 3,9 (2,6- 5,2)* | 22,6 (18,1- 27,0) |
| Total | 53 (100,0) | 84,9 (73,0- 92,1) | 4,8 (3,8-5,9) | 25,0 (21,6- 28,4) |

Nota: * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001
Perdidos (tiempo en el oficio: n=1, IMC: n= 2)

Tabla 4. Indicadores de calidad de vida relacionada con la salud bucal según indicadores de salud bucal en la población de estudio. Medellín, 2016 (n=53)

| Variables | Muestra n (%) | Prevalencia (%) | Indicadores IC95% | |
|--|------------------|---------------------|-------------------|----------------------|
| | | | Grado (Promedio) | Severidad (Promedio) |
| Satisfacción estado dental | | | | |
| Satisfecho | 10 (19,2) | 50,0 (23,7- 76,3)** | 1,1 (0,1- 2,1)*** | 11,7 (6,3- 17,1)*** |
| Insatisfecho | 42 (80,8) | 92,9 (81,0- 97,5)** | 5,8 (4,6- 6,9)*** | 28,5 (25,1- 31,9)*** |
| Estado de salud bucal autopercibido | | | | |
| Bueno | 6 (11,8) | 50,0 (18,8- 81,2)* | 0,8 (-0,4- 2,1)** | 9,3 (1,7- 17,0)** |
| Malo | 45 (88,2) | 88,9 (76,5- 95,2)* | 5,4 (4,3- 6,6)** | 27,0 (23,6- 30,5)** |
| Percepción de problemas bucales | | | | |
| No | 21 (39,6) | 66,7 (45,4- 82,8)** | 2,4 (1,0- 3,8)*** | 16,8 (12,1- 21,5)*** |
| Si | 32 (60,4) | 96,9 (84,3- 99,5)** | 6,4 (5,2- 7,7)*** | 30,4 (26,7- 34,1)*** |
| Presencia de caries dental por examen clínico | | | | |
| No | 19 (35,8) | 73,7 (51,2- 88,2) | 3,8 (2,0- 5,6) | 21,3 (15,7- 26,8) |
| Si | 34 (64,2) | 91,2 (77,0- 97,0) | 5,4 (4,1- 6,8) | 27,1 (22,8- 31,4) |
| Presencia de problemas gingivales/ periodontales (n=42) | | | | |
| No | 13 (31,0) | 76,9 (49,7- 91,8) | 3,6 (1,5- 5,8) | 21,3 (13,1- 29,5) |
| Si | 29 (54,7) | 86,2 (69,4- 94,5) | 5,3 (3,7- 6,9) | 27,7 (23,1- 32,2) |
| Presencia de signos y síntomas subjetivos de problemas en ATM | | | | |
| No | 35 (67,3) | 80,0 (64,1- 90,0) | 4,9 (3,5- 6,3) | 24,7 (20,0- 29,4) |
| Si | 17 (32,7) | 94,1 (73,0- 99,0) | 4,8 (3,1- 6,5) | 26,4 (21,9- 31,0) |
| Presencia de prótesis superior (fija o removible) (n=50) | | | | |
| No | 23 (46,0) | 78,3 (58,1- 90,3) | 3,8 (2,2- 5,4) | 22,1 (16,5- 27,7) |
| Si | 27 (54,0) | 88,9 (71,9- 96,2) | 5,8 (4,2- 7,3) | 27,3 (22,6- 32,1) |

| | | | | |
|---|-----------|---------------------|------------------|---------------------|
| Presencia de prótesis inferior (fija o removable) (n=49) | | | | |
| No | 38 (77,6) | 81,6 (66,6- 90,8) | 4,3 (3,0- 5,5) | 23,4 (19,5- 27,3) |
| Si | 11 (22,4) | 90,9 (62,3- 98,4) | 6,5 (3,8- 9,1) | 30,0 (20,9- 39,1) |
| Cambio de prótesis superior (fija o removable) (n=47) | | | | |
| No | 10 (21,3) | 90,0 (59,6- 98,2) | 4,2 (1,6- 6,9) | 23,8 (15,7- 31,9) |
| Si | 37 (78,7) | 86,5 (72,0- 94,1) | 5,2 (3,9- 6,5) | 25,5 (21,3- 29,7) |
| Cambio de prótesis inferior (fija o removable) (n=46) | | | | |
| No | 10 (21,7) | 90,0 (59,6- 98,2) | 4,7 (1,7- 7,7) | 26,7 (18,2- 35,2) |
| Si | 36 (78,3) | 86,1 (71,3- 93,9) | 4,9 (3,7-6,2) | 24,8 (20,6- 28,9) |
| Requiere atención prioritaria | | | | |
| No | 15 (28,3) | 60,0 (35,8- 80,2)** | 3,4 (1,3- 5,5) | 20,1 (13,0- 27,2) |
| Si | 38 (71,7) | 94,7 (82,7- 98,5)** | 5,4 (4,2- 6,6) | 26,9 (23,1- 27,0) |
| Problemas de acceso a la atención odontológica | | | | |
| No | 17 (32,1) | 64,7 (41,3- 82,7)** | 2,8 (1,4- 4,3)** | 17,2 (11,6- 22,8)** |
| Si | 36 (67,9) | 94,4 (81,9- 98,5)** | 5,8 (4,5- 7,1)** | 28,7 (24,9- 32,5)** |

Nota: * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

Perdidos (Estado de salud bucal autopercebido: n=2, satisfacción estado dental: n=1, Presencia de signos y síntomas subjetivos de problemas en ATM: n=1)

Discusión

Los hallazgos encontrados en la presente investigación, dan cuenta de que la calidad de vida relacionada con la salud bucal, medida a través del instrumento OHIP-14, varía de acuerdo a diferentes factores sociodemográficos y variables de salud en las mujeres participantes del estudio. El mayor impacto de la salud bucal en la calidad de vida en estas mujeres se dio en las dimensiones malestar psicológico y minusvalía. Llamó la atención que los indicadores de impacto fueron más altos en mujeres con menores niveles educativos, en aquellas que llevan mayor tiempo ejerciendo la prostitución, con cargas familiares, las que refieren tener bajo apoyo social, y aquellas que reportan consumo de una o más sustancias psicoactivas. Así mismo, existe una relación directa con las mujeres que reportan peores indicadores de salud bucal, problemas de acceso a los servicios de salud y mayor impacto en la calidad de vida. Hasta donde alcanza el conocimiento del equipo investigador, este es el primer estudio enfocado a evaluar la calidad de vida y su relación con la salud bucal en mujeres ejerciendo la prostitución y sus factores relacionados.

El análisis de la situación de salud bucal desde una perspectiva en epidemiología social exige la visibilización de colectivos que comparten ciertas características de vulnerabilidad. La carga de la enfermedad bucal (9), más los determinantes sociales que influyen en las desigualdades sociales en salud y salud bucal (23), afectan negativamente la calidad de vida de las poblaciones afectadas (4). Para el caso de las mujeres en situación de prostitución de la ciudad de Medellín participantes en el estudio, la situación de salud bucal encontrada impacta negativamente en las dimensiones física, psicológica y social.

Entre los hallazgos, llama la atención que existen factores sociodemográficos que favorecen situaciones de desigualdad en la calidad de vida relacionada con la salud bucal entre estas mismas mujeres. La calidad de vida se constituye como un con-

cepto de múltiples dimensiones y que está determinado por experiencias subjetivas, por características individuales y por factores del sistema social, económico y político (2, 24, 25). El contexto donde se ejerce la prostitución en las mujeres participantes del estudio se caracteriza por mayor precariedad en las condiciones sociales, de empleo y trabajo, explotación, y exposición a diferentes factores de riesgo físicos, psicosociales y del ambiente -aunque es de aclarar que en muchos países no se reconoce la prostitución como un trabajo- (26). Todas estas condiciones impactan negativamente en la situación de salud general y salud bucal. Un estudio realizado con mujeres que ejercen la prostitución en una ciudad de España, muestra como en las mujeres encuestadas, hay afectación de su salud mental y de su calidad de vida en comparación a otras poblaciones (27). La misma situación es encontrada en un estudio cualitativo realizado en Colombia, donde los discursos de las mujeres entrevistadas expresaron la estigmatización a la cual son sometidas, y como las condiciones de su oficio impactan en su situación de salud, en el aumento de consumo de sustancias y alcohol y dificultades en la utilización de los servicios de salud (28).

La participación en redes de apoyo social se constituye como un factor que determina la calidad de vida en las personas, así como el afecto y el soporte que brindan familiares y amigos. Una buena parte de las mujeres participantes del estudio manifestaron bajo apoyo social, porcentaje mayor al reportado en un estudio español, donde la mayoría de las mujeres encuestadas reportaron su apoyo social como normal (27). En otros estudios, se evidencia mayor aislamiento en estas mujeres, y esto está dado principalmente por sentirse solas, rechazadas y discriminadas (28). En el estudio en Medellín, el apoyo social fue uno de los factores más consistentes en cuanto a los indicadores de prevalencia, grado y severidad, indicando mayor impacto de la salud bucal en su calidad de vida.

Con relación al mayor impacto de la salud bucal en la calidad de vida y los indicadores de acceso a los servicios de salud bucal analizados (necesidad de atención prioritaria y problemas de acceso a la atención), es de vital importancia reconocer las dificultades que ha tenido el Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia. Si bien la cobertura ha aumentado en términos de afiliación en las personas con o sin capacidad de pago, estudios realizados en el país, muestran los problemas de origen estructural que ocasionan barreras de acceso a los servicios de salud (29-31). El sistema de atención a la salud bucal como tal, se constituye como un determinante intermedio en las desigualdades en la salud (32), y de acuerdo a la ley del cuidado inverso (33), las poblaciones con más necesidades (como es el caso de estas mujeres), reciben menores cuidados en la salud y esto tiene su afectación en la calidad de vida de estas personas.

Importante comentar las fortalezas y limitaciones de este estudio. En primer lugar, resaltar que la utilización de instrumentos validados internacionalmente permite establecer comparaciones con el instrumento de medición. De igual manera, se realizó estandarización de la encuesta y el examen clínico con el fin de obtener mayor fiabilidad de la información recogida. Como limitaciones, mencionar que las características de la población participante y el trabajo de campo, hicieron difícil la realización de un muestreo probabilístico, lo cual afecta la inferencia estadística sobre población general. En esto intervienen factores relacionados con la situación de seguridad en los sectores donde se ubican las mujeres en situación de prostitución. No obstante, teniendo en cuenta la situación de vulnerabilidad encontrada en los hallazgos, conlleva a pensar que la situación pueda ser más o menos parecida en otras poblaciones de mujeres que ejercen la prostitución en la ciudad de Medellín y en otros contextos similares.

La evaluación de la calidad de vida y su relación con la salud general y bucal trasciende el modelo biomédico tradicional al reconocer las experiencias subjetivas de las personas y las opiniones y percepciones en torno al proceso salud enfermedad en el contexto social donde se desenvuelven las personas. Para el caso de las mujeres en contexto de prostitución, el conocer una realidad social importante en un grupo social vulnerable por su constante carga exposición a riesgo, exige la realización de acciones colectivas y estrategias basadas en las propias necesidades, y en el abordaje de los determinantes sociales, porque identifican las causas del problema más allá de los simples factores de riesgo, y porque contribuyen a la búsqueda de factores favorecedores de equidad para esta población.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Agradecimientos

El grupo de investigación agradece profundamente a las mujeres que participaron en este estudio por su disposición en la recolección de la información; esto permitió el conocimiento de una realidad social importante y poco conocida en nuestro medio. Así mismo se le agradece al grupo de estudiantes participantes como auxiliares que hicieron posible desarrollar este proyecto: Estefanía Castrillón, Julieth Amaya, Pamela Foronda y Rafael Acevedo.

Bibliografía

1. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:40.
2. Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud [Usefulness of Quality of Life Related to Health Measurements]. *Revista dental de Chile*. 2005;96(2):28-35.
3. World Health Organization (WHO). A conceptual framework for action on the social determinants of health: Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Geneva: World Health Organization (WHO); 2010.
4. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bull World Health Organ*. 2005;83(9):644.
5. Díaz-Cárdenas S, Arrieta-Vergara K, Ramos-Martínez K. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores. *Rev Clin Med Fam*. 2012;5(1):9-16.
6. Posada-López A, Agudelo-Suárez AA, Murillo-Pedrozo AM, Ramírez-Sepúlveda KA, Zuluaga-Villegas D V, Vasco-Grajales K, et al. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida en pacientes adultos atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia y sus factores relacionados. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*. 2014;25(Supl):S96-S108.
7. Concha S, Camargo D. Análisis de la asociación entre la calidad de vida y condición oral de las personas mayores vinculadas a tres instituciones geriátricas de Bucaramanga: II Fase. *Ustasalud Odontología*. 2007;6:75-86.

8. Duque-Duque VE, Tamayo-Castrillón J, Echeverri-Cadavid PA, Gutiérrez-Osorio AY, Sepúlveda-Correa D, Giraldo-Ramírez O, et al. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. *Rev CES odontología*. 2013;26(1):10-23.
9. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ*. 2005;83(9):661-9.
10. Watt RG. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(1):1-1
11. Ndiaye CF, Critchlow CW, Leggott PJ, Kiviat NB, Ndoye I, Robertson PB, et al. Periodontal status of HIV-1 and HIV-2 seropositive and HIV seronegative female commercial sex workers in Senegal. *J Periodontol*. 1997;68(9):827-31.
12. Vásquez-Hernández A, Vivares-Builes AM, Agudelo-Suárez AA. La Invisibilidad de Estudios en Salud Oral en Mujeres en Situación de Prostitución: Una Revisión Sistemática Exploratoria [The Invisibility of Oral Health Studies about Women in Situation of Prostitution: A Scoping Review]. *Int J Odontostomat*. 2016;10(2):287-95.
13. Agudelo-Suárez AA, Martínez-Herrera E. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico [Collective oral health and the colombian context: a critical analysis]. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2009;8(16):91-105.
14. World Health Organization. Oral Health Surveys: Basic Methods. 5th Ed. Geneva: World Health Organization; 2013.
15. World Health Organization. Obesity and overweight. Fact sheet. Updated June 2016 [cited 2017 03/04]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
16. Broadhead WE, Gehlbach SH, de Gruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. Measurement of social support in family medicine patients. *Med Care*. 1988;26(7):709-23.
17. Bellón-Saameño J, Delgado-Sánchez A, Luna-del-Castillo J, Lardelli-Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11 [Validity and reliability of the Duke-UNC-11 questionnaire of functional social support]. *Aten Primaria*. 1996;18(4):153-63.
18. Slade GD, Nuttall N, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, Lahti S. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. *Br Dent J*. 2005;198(8):489-93.
19. Locker D, Quinonez C. Functional and psychosocial impacts of oral disorders in Canadian adults: a national population survey. *J Can Dent Assoc*. 2009;75(7):521.
20. World Medical Association General Assembly. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *J Int Bioethique*. 2004;15(1):124-9.

21. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución n° 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 1993.
22. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. Declaración de la Iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales. *Gac Sanit.* 2008;22(2):144-50.
23. Abadía-Barrero CE. Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. *Acta bioeth.* 2006;12(1):9-22.
24. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc enferm.* 2003;9(2):09-21.
25. Correa L, Javier F. Pobreza, vulnerabilidad y calidad de vida en América Latina: Retos para la bioética. *Acta bioeth.* 2011;17(1):19-29.
26. Juliano D. El trabajo sexual en la mira. *cadernos pagu.* 2005;25:79-106.
27. Fernández M. Calidad de vida y salud de las mujeres que ejercen la prostitución: Tesis Doctoral. Universidad de Oviedo. España; 2011.
28. Amaya A, Canaval GE, Viáfara E. Estigmatización de las trabajadoras sexuales: influencias en la salud. *Colombia Médica.* 2005;36(3 Supl 2):65-74.
29. Yepes F, Ramírez M, Sánchez L, Ramírez M, Jaramillo I. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993. Bogotá: Assalud-Universidad del Rosario, Mayol Ediciones; 2010. 180 p.
30. Agudelo-Calderón CA, Cardona-Botero J, Ortega-Bolaños J, Robledo-Martínez R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas [The Colombian healthcare system: 20 years of achievements and problems]. *Cien Saude Colet.* 2011;16(6):2817-28.
31. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia [The health system of Colombia]. *Salud Publica Mex.* 2011;53(suppl 2):s144-s55.
32. Rocha-Buelvas A. Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad. *Rev Gerenc Polit Salud.* 2013;12(25):96-112.
33. Hart JT. The inverse care law. *Lancet.* 1971;1(7696):405-12.