



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de Odontólogo.

Tema:

Afecciones bucales y calidad de salud oral en adultos mayores atendidos en el Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno, en el periodo diciembre 2014 a enero 2015.

Autor:

William Cantos Macías.

Directora de tesis:

Dra. Yanet López Mena.

Cantón Portoviejo – Provincia Manabí – República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.

Dra. Yanet López Mena, certifica que la tesis de investigación titulada: Afecciones bucales y calidad de salud oral en adultos mayores atendidos en el Centro Gerontológico Guillermina Llor de Moreno, en el periodo diciembre 2014 a enero 2015, es trabajo original del estudiante William Cantos Macías, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dra. Yanet López Mena.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

TEMA:

Afecciones bucales y calidad de salud oral en adultos mayores atendidos en el Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno, en el periodo diciembre 2014 a enero 2015.

Propuesta alternativa.

Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador, como requisito previo a la obtención del título de odontólogo.

Dra. Lucía Galarza Santana MgGs.

Coordinadora de la carrera.

Dra. Yanet López Mena.

Directora de tesis.

Dra. Yhuselyn Aldama Bellón

Miembro del tribunal

Dra. Julia Cárdenas Sancán MgGs.

Miembro del tribunal

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad de las ideas y resultados del presente trabajo investigativo: Afecciones bucales y calidad de salud oral en adultos mayores atendidos en el Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno, en el periodo diciembre 2014 a enero 2015, pertenece exclusivamente al autor. Además, cedo mis derechos de autoría de la presente tesis, a favor de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

William Cantos Macías.

Autor.

AGRADECIMIENTO.

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad, mi luz y mi camino. Le doy gracias a mis padres Raúl Torres Roldán y Jacqueline Macías Alvia, por todo el apoyo brindado a lo largo de mi vida, por darme la oportunidad de estudiar esta carrera, por los valores inculcados y sobre todo por ser excelentes ejemplos de vida a seguir.

A mi directora de tesis, Dra. Yanet López Mena, por su paciencia, cariño, dedicación y sobre todo por creer en mí, apoyándome incansablemente en la realización del presente trabajo de investigación. Al personal que labora en el Centro Gerontológico “Guillermina Llor de Moreno”, por la colaboración que supo brindar durante mi investigación. Y a todos aquellos que de una u otra forma colaboraron en la realización de esta tesis.

William Cantos Macías.

DEDICATORIA.

A mis padres Raúl Torres Roldán y Jacqueline Macías Alvia y hermanos, por su invaluable y constante apoyo durante mi desarrollo profesional. A mis hijos Carlos y Katty, fuente principal de inspiración para salir adelante, porque mi amor hacia ellos trascenderá todo tiempo y espacio. A mi esposa Carla Zambrano, por brindarme todo su cariño y comprensión e incentivar me a ser una excelente persona.

William Cantos Macías.

RESUMEN.

Los adultos mayores son una población vulnerable con un alto riesgo de percepción de pérdida de calidad de vida oral, puesto que en esa edad se ponen de manifiesto los resultados del cuidado de la salud bucal y existe una amplia prevalencia de edentulismo parcial o total. Por otra parte, en las últimas tres décadas se ha incrementado el uso de la medición de la calidad de vida oral como un componente esencial en las encuestas de salud bucodental, ensayos clínicos y otros estudios de evaluación de resultados en programas preventivos y terapéuticos destinados a mejorar la salud bucodental. Es por eso que los objetivos de este estudio, fueron determinar la relación entre las afecciones bucales y la percepción de calidad de vida oral de los adultos mayores atendidos en el Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno, a través de la identificación las afecciones bucales más frecuentes y la percepción de calidad de vida oral de esa población. Para lograrlo se realizó una investigación analítica y de corte transversal, a través de un examen odontológico estandarizado mediante una guía clínica práctica que considera la exploración de la articulación temporomandibular (ATM), de las mucosas, del estado periodontal, del estado dental, del estado protético y del nivel de eficacia de la higiene oral. Los datos se recogieron según criterios de la encuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se registraron en una ficha clínica adaptada. También se realizó el cuestionario de GOHAI (General Oral Health Assesment Index), para la evaluación del índice de Salud Oral Geriátrico (calidad de salud oral percibida), con las variables de estudio se obtuvieron frecuencias absolutas y relativas. También se realizó el estudio de asociación utilizando el test de Chi Cuadrado (X^2) y regresión logística para las variables cualitativas del estudio. Todo el procesamiento se realizó mediante el

paquete estadístico SPSS versión 20, con un nivel de significación del 95%. Se concluyó que es alarmante el índice de caries y la situación con las prótesis dentales, la percepción de salud bucal fue mala en la totalidad de los ancianos en las dimensiones física funcional y psicosocial/psicológica. Solo difirieron los resultados de la dimensión dolor/incomodidad, pero la mayor parte coincidió en tener mala calidad. Estos resultados solo evidenciaron asociación con la necesidad de prótesis y que el GOHAI (General Oral Health Assesment Index) no constituye un instrumento fiable para la evaluación de la salud bucal y su calidad en ninguna de sus dimensiones en esta población.

ABSTRACT.

Older adults are a vulnerable population at high risk of perceived loss of quality of oral life, because at that age the results of oral health care are evident and there is a wide prevalence of partial or total edentulism. Moreover, in the last three decades has increased the use of measuring the quality of oral life as an essential component in oral health surveys, clinical trials and other studies evaluating results on preventive and therapeutic programs to improve oral health. That is why the objectives of this study were to determine the relationship between oral disease and oral perception of quality of life of older adults treated at the Gerontology Center Guillermina Llor de Moreno, through identification of the more frequent conditions and perceived quality oral life of the people. To achieve an analytical and cross-sectional research was conducted through a standardized dental examination by a clinical practice guideline considers the exploration of the temporomandibular joint (TMJ), mucous membranes, periodontal status, dental state, state Prosthetic and the level of effectiveness of oral hygiene. Data were collected according to criteria of the survey of World Health Organization and checked into a clinic tab adapted. Also recommended GOHAI conducted the questionnaire for the evaluation index Geriatric Oral Health (perceived quality of oral health), with the study variables absolute and relative frequencies were obtained. Association study using the Chi Square (χ^2) and logistic regression for qualitative variables of the study was also conducted. All processing was performed using SPSS version 20, with a significance level of 95%. It was concluded that an alarming rate of decay and the situation with dentures, oral health perception was poor in all the elders in the functional and psychosocial / psychological physical dimensions. Only differed results pain / discomfort dimension

but most agreed on having poor quality. These results only showed association with the need for prostheses and the GOHAI not a reliable instrument for the assessment of oral health and quality in any of its dimensions in this population.

ÍNDICE.

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.	II
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.....	III
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
DEDICATORIA.....	VI
RESUMEN.....	VII
ABSTRACT.....	IX
ÍNDICE.....	XI
Discusión del gráfico 8. 49.....	XIII
Discusión de los gráficos 9 al 16. 58.....	XIV
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	2
1. Problematización.....	2
1.2. Formulación del problema.....	2
1.3. Planteamiento del problema.....	5
1.4. Preguntas de investigación.....	5
1.5. Delimitación de la investigación.....	5
1.6. Justificación.....	6
1.7. Objetivos.....	7
1.7.1. General.....	7
1.7.2. Específicos.....	8
CAPÍTULO II.....	9
2. Marco Teórico.....	9
2.1. Envejecimiento individual y poblacional.....	9
2.1.1. Enfoque social.....	9
2.1.2. Calidad de vida del adulto mayor.....	13
2.1.3. Salud bucal y su relación con la calidad de vida.....	16
2.1.4. Afecciones bucales en el adulto mayor.....	19
2.1.5. Salud bucodental relacionada con la calidad de vida: instrumentos de evaluación.....	25
2.2. Hipótesis.....	32
2.3. Unidades de observación y análisis.....	32

2.4.	Variables	32
2.4.1.	Independiente.....	32
2.4.2.	Dependiente.....	32
2.4.3.	Matriz de operacionalización de las variables.....	32
CAPÍTULO III.....		33
3.	Marco metodológico.....	33
3.1.	Modalidad y tipo de la investigación.....	33
	Investigación analítica y de corte transversal.....	33
3.2.	Métodos.....	33
3.3.	Técnicas.....	34
3.4.	Instrumentos.....	35
3.5.	Población y muestra.....	35
3.6.	Recolección de la información.....	35
3.7.	Procesamiento de la información.....	36
3.8.	Ética.....	36
3.9.	Recursos.....	36
3.9.1.	Humanos.....	36
3.9.2.	Materiales.....	36
3.9.3.	Tecnológicos.....	37
3.9.4.	Económicos.....	37
CAPÍTULO IV.....		38
	Discusión del gráfico 8.....	49
	La enfermedad sistémica que más frecuentemente se presentó fue la hipertensión arterial en 19 pacientes (47.5%), le siguen los trastornos esqueléticos en 14 pacientes (35%) y en menor medida la Diabetes mellitus en 3 ancianos (10%), las cardiopatías, la hipertensión asociada a enfermedades respiratorias y otras en solo un paciente en cada caso (2.5%). Solo 1 anciano se encontraba sano (1%).....	49
	Discusión de los gráficos 9 al 16.....	58
CAPÍTULO V.....		82
CAPÍTULO VI.....		83
ANEXOS.....		90

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

	Pág.
Cuadro y gráfico # 1.	
Distribución por sexo de la población.	38
Cuadro y gráfico # 2.	
Distribución de la población de acuerdo al nivel académico.	39
Cuadro y gráfico # 3.	
Distribución de la población de acuerdo a la ocupación.	40
Cuadro y gráfico # 4.	
Distribución de la población de acuerdo al estado civil.	41
Cuadro y gráfico # 5.	
Distribución de la población de acuerdo a la seguridad social.	42
Cuadro y gráfico # 6.	
Distribución de la población de acuerdo a los ingresos económicos.	43
Cuadro y gráfico # 7.	
Distribución de la población según su procedencia.	44
Discusión de los resultados de las tablas y gráficos de 1 a 7.	45
Cuadro y gráfico # 8.	
Distribución de la población de acuerdo a los antecedentes patológicos personales.	48
Discusión del gráfico 8.	49
Cuadro y gráfico # 9.	
Distribución de la población de acuerdo al estado de la articulación temporomandibular.	50
Cuadro y gráfico # 10.	
Distribución de la población de acuerdo a la presencia de lesiones de la mucosa.	51

Cuadro y gráfico # 11.	
Distribución de la población de acuerdo al estado periodontal.	52
Cuadro y gráfico # 12.	
Distribución de la población de acuerdo al estado dental.	53
Cuadro y gráfico # 13.	
Distribución de la población de acuerdo al estado protético.	54
Cuadro y gráfico # 14.	
Distribución de la población de acuerdo al uso de prótesis.	55
Cuadro y gráfico # 15.	
Distribución de la población de acuerdo a la necesidad de prótesis.	56
Cuadro y gráfico # 16.	
Distribución de la población dentada de acuerdo a la eficacia de la higiene oral.	57
Discusión de los gráficos 9 al 16.	58
Cuadro y gráfico # 17.	
Distribución de la población de acuerdo con los resultados de la percepción de la dimensión física funcional en el GOHAI.	60
Cuadro y gráfico # 18.	
Distribución de la población de acuerdo a la percepción de la dimensión psicosocial/psicológica en el GOHAI.	61
Cuadro y gráfico # 19.	
Distribución de la población de acuerdo a la percepción de la dimensión dolor/incomodidad en el GOHAI.	62
Discusión de las tablas 17 a la 19.	63
Cuadro y gráfico # 20.	
Resultados del apartado dolor/incomodidad del GOHAI según sexo.	64

Cuadro y gráfico # 21.	
Análisis de asociación entre estado civil y dimensión dolor/incomodidad del GOHAI.	65
Cuadro y gráfico # 22.	
Análisis de asociación entre los resultados de la dimensión dolor/incomodidad y el nivel académico.	66
Cuadro y gráfico # 23.	
Análisis de asociación entre los resultados de la dimensión dolor/incomodidad y la ocupación.	67
Cuadro y gráfico # 24.	
Análisis de asociación entre los resultados de la dimensión dolor/incomodidad y la procedencia.	68
Cuadro y gráfico # 25.	
Análisis de asociación entre los resultados de la dimensión dolor/incomodidad y la Seguridad Social.	69
Cuadro y gráfico # 26.	
Análisis de asociación entre los resultados de la dimensión dolor/incomodidad y los antecedentes de Diabetes Mellitus.	70
Cuadro y gráfico # 27.	
Análisis de asociación entre los resultados de la dimensión dolor/incomodidad y los antecedentes de Hipertensión arterial.	71
Cuadro y gráfico # 28.	
Análisis de asociación entre los resultados de la dimensión dolor/incomodidad y los antecedentes de Cardiopatías.	72
Cuadro y gráfico # 29.	

Análisis de asociación entre los resultados de la dimensión dolor/incomodidad y los antecedentes de otras enfermedades sistémicas.	73
Cuadro y gráfico # 30.	
Análisis de asociación entre los resultados de la dimensión dolor/incomodidad y las alteraciones de la articulación temporomandibular.	74
Cuadro y gráfico # 31.	
Análisis de asociación entre los resultados de la dimensión dolor/incomodidad y las lesiones de la mucosa.	75
Cuadro y gráfico # 32.	
Análisis de asociación entre los resultados de la dimensión dolor/incomodidad y el estado dental.	76
Cuadro y gráfico # 33. Análisis de asociación entre los resultados de la dimensión dolor/incomodidad y el estado protético	77
Cuadro y gráfico # 34.	
Análisis de asociación entre los resultados de la dimensión dolor/incomodidad y el uso de prótesis.	78
Cuadro y gráfico # 35.	
Análisis de asociación entre los resultados de la dimensión dolor/incomodidad y la necesidad de prótesis.	79
Cuadro y gráfico # 36.	
Regresión logística: Necesidad de prótesis.	80

INTRODUCCIÓN.

El envejecimiento de la población es un reto para la medicina, ya que se tienen cada vez más pacientes ancianos con todo lo que esto implica: comorbilidades y mejor definidas en este grupo etario como multimorbilidades ¹, muchas de estas de alto costo, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la enfermedad renal crónica y la diabetes con sus respectivas complicaciones. Además, el adulto mayor tiene una limitada reserva fisiológica y muchos de ellos se catalogan con fragilidad y desacondicionamiento con edades mayores de 80 años principalmente.

Es importante destacar el abandono al que se ve enfrentado el adulto mayor de nuestra época en su mismo hogar; en los centros hospitalarios, que no dan prioridad al paciente de manera integral, y con la salud pública que no planifica de manera universal ni equitativamente, donde las políticas están orientadas a la solución de otro tipo de problemas, dejando a este grupo de la población desprotegido.

La calidad de vida relacionada con salud oral, ha sido estudiada principalmente en los adultos, probablemente debido al interés general por este grupo de edad que ha presentado un acelerado crecimiento en las últimas décadas en la mayoría de los países. Además, debido a que con el envejecimiento se generan una serie de cambios en el estado social, percepción sensorial y en las funciones cognitivas y motoras de los individuos, las que no habían sido analizadas anteriormente en profundidad.

El Geriatric Oral Health Assessment Index (Índice de Salud Oral Geriátrico) ha resultado un instrumento extremadamente útil para evaluar poblaciones grandes de adultos por su coherencia interna y su robustez como indicador del estado de salud.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Afecciones bucales y calidad de salud oral en adultos mayores atendidos en Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno, en el periodo diciembre 2014 a enero 2015.

1.2. Formulación del problema.

La calidad de vida es un concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades. El término se utiliza en diversas áreas de conocimientos: sociología, ciencia política, estudios médicos, estudios del desarrollo, entre otros (Lajes, Aúcar, Ferrándiz, & Hidalgo, 2014, págs. 32-47)¹

Los adultos mayores son una población vulnerable con un alto riesgo de percepción de pérdida de calidad de vida oral, puesto que en esa edad se ponen de manifiesto los resultados del cuidado de la salud bucal y existe una amplia prevalencia de edentulismo parcial o total.

América Latina, a pesar de poseer un ritmo de envejecimiento poblacional más lento que los países desarrollados, no está exenta de esta problemática por ejemplo: en Chile el total de la población adulta es cada vez mayor, día a día va aumentando,

¹ Lajes, M., Aúcar, J., Ferrándiz, S. M., & Hidalgo, S. (2014). Incumplimiento de las indicaciones postrehabilitación protésica y su influencia en la calidad de vida. *Humanidades Médicas*, 14(1), (pp. 32-47) Recuperado el 30 de noviembre de 2014.

alcanzando alrededor del 13% (Moya, Chappuzeau, Caro, & Monsalves, 2012)², en el año 2010, la población en México de 60 años o más era de 10 055 379, es decir, el 8.9 % de la población total. (Velázquez, Ortiz, Cervantes, García, & Sánchez, 2014, págs. 448-456)³.

Los diversos estudios sobre el estado de salud dental en adultos mayores, muestran el deterioro de la misma; Casado y colaboradores señalan que 52.8% de los ancianos españoles no se cepillan habitualmente los dientes, el CPOD promedio es de 12.3, son edéntulos 28.3% y sólo 5% de las sextantes evaluadas con el índice periodontal comunitario presentan un buen estado periodontal. Mesas y su grupo observaron una media de 8 (\pm 9.3) dientes presentes, que 43.1% de los adultos mayores brasileños son desdentados totales, 27% sin oclusión posterior, de los 152 participantes dentados 3.3% (n = 5) presentaban periodonto saludable.

Los estudios en ancianos mexicanos describen a la falta de dientes, la presencia de caries y periodontopatías como problemas serios entre la población de más de 60 años, (Taboada, Cortés, & Hernández, 2014, págs. 77-82)⁴.

² Moya, P., Chappuzeau, E., Caro, J., & Monsalves, M. (2012). Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. *Rev Estomatol Herediana*, 22(4), (pp. 197-202) Recuperado el 18 de diciembre de 2014, de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/85/70>.

³ Velázquez, L. B., Ortiz, L. B., Cervantes, A. C., García, C., & Sánchez, S. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 52(4), (pp. 448-456) Recuperado el 22 de diciembre de 2014, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im144t.pdf>.

⁴ Taboada, O., Cortés, X., & Hernández, R. D. (2014). Perfil de salud bucodental en un grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo. *ADM*, 71(2), (pp. 77-82) Recuperado el 22 de diciembre de 2014, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od142f.pdf>.

Por otra parte, en las últimas tres décadas se ha incrementado el uso de la medición de la calidad de vida oral como un componente esencial en las encuestas de salud bucodental, ensayos clínicos y otros estudios de evaluación de resultados en programas preventivos y terapéuticos destinados a mejorar la salud bucodental

Tal ha sido el área de interés, que diferentes investigadores han desarrollado diversos instrumentos para medir el impacto funcional, psicológico y social como resultado de los desórdenes bucodentales. Estos instrumentos se caracterizan por una considerable variación en la precisión de sus objetivos, el número de ítems, datos técnicos con respecto a la presencia o ausencia de subescalas, método de administración, opciones de respuesta, incorporación o la falta de pesos, y la disposición o no de la puntuación final.

Algunos de estos instrumentos son el Geriatric/ General Oral Health Assessment Index (GOHAI) y el Oral Impacts on Daily Performances (OIDP), los cuales han demostrado tener propiedades psicométricas aceptables en la población de adultos mayores (Montes, y otros, 2014, págs. 111-119)⁵.

En la encuesta de calidad de vida y salud (MINSAL), realizada en 2006, el 27,4% de los individuos manifestó que consideraba que su salud bucal siempre afectaba su calidad de vida. Por otro lado, se detectó que el 15% de los mayores de 75 años relataba que no podía comer cosas duras como manzanas y zanahorias y el 9% relataba que lo hacía con mucha dificultad. Estos resultados permiten comprender que un grupo importante de personas mayores puede tener afectada su calidad de vida relacionada en gran parte con sus problemas de salud bucal. (Torres & Espinoza, 2009, pág. parr 17). Torres, M., & Espinoza, I. (2009). *Trastornos odontológicos en el adulto mayor*. Santiago de Chile: Recuperado de <http://www.mednet.cl/>.

<http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Congresos/4124?tpl=login.tpl&url=http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Congresos/4124>.

Teniendo en cuenta el envejecimiento poblacional en nuestro país y la importancia de la percepción de calidad de vida oral, se impone la necesidad de la evaluación de esta última, así como determinar los elementos que impactan en los resultados obtenidos.

⁵ Montes, C., Juárez, T., Cárdenas, Á., Rabay, C., Heredia, E., García, C., & Sánchez, S. (2014). Comportamiento del Geriatric/General Oral Health Assessment Index (GOHAI) y Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) en una población de adultos mayores de la Ciudad de México. *Revista Odontológica Mexicana*, 18(2), (pp. 111-119) Recuperado el 18 de diciembre de 2014, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2014/uo142f.pdf>.

1.3. Planteamiento del problema.

¿Cómo es y cuáles son los factores que inciden en la percepción de salud oral de los adultos mayores atendidos en el Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno?.

1.4. Preguntas de investigación.

¿Cómo perciben la calidad de salud oral los adultos mayores atendidos en el Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno, en el periodo diciembre 2014 a enero 2015?.

¿Cómo es el estado de salud bucal de los adultos mayores atendidos en el Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno, en el periodo diciembre 2014 a enero 2015?.

¿Qué factores inciden en la percepción de calidad de salud oral en los adultos mayores atendidos en el Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno, en el periodo diciembre 2014 a enero 2015?.

1.5. Delimitación de la investigación.

Campo: Odontología

Aspectos: Salud bucal

Delimitación espacial: la presente investigación se desarrolló en el Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno.

Delimitación temporal: Esta investigación se realizó en el periodo, diciembre 2014 a enero 2015.

1.6. Justificación.

Las enfermedades y manifestaciones de dolor en los mayores, siempre se asociaban al envejecimiento, pero con la presencia de personas que demandan autonomía, salud, estética, relaciones sociales y deseos de vivir, dejando atrás una etapa de dependencia y depresión social, es necesario, por parte de los profesionales de la salud oral, asumir la responsabilidad de la atención bucodental, pero, no solo respecto al tratamiento de la caries dental y una solución protésica, sino al manejo del individuo como ser integral, pensando en su bienestar físico, funcional y psicosocial. Cuando no se tiene salud bucal, o cuando ésta se pierde, las funciones fundamentales descritas se ven afectadas, alterándose así todas las esferas del individuo; la biológica y la psico-socio-afectiva.

Es importante destacar el abandono al que se ve enfrentado el adulto mayor de nuestra época en su mismo hogar; en los centros hospitalarios, que no dan prioridad al paciente de manera integral, y con la salud pública que no planifica de manera universal ni equitativamente, donde las políticas están orientadas a la solución de otro tipo de problemas, dejando a este grupo de la población desprotegido.

Los adultos mayores representan un grupo de especial interés, debido a la vulnerabilidad de su salud bucal y al acelerado crecimiento que han presentado en las últimas décadas en la mayoría de los países. La importancia radica principalmente en la necesidad de contar con información válida para la correcta planificación de programas asistenciales, así como también, la de generar evidencia respecto a resultados de la asistencia prestada durante todo el ciclo vital (Moya, Chappuzeau, Caro, & Monsalves, 2012, págs. 197-202). Moya, P., Chappuzeau, E., Caro, J., & Monsalves, M. (2012). Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. *Rev Estomatol Herediana*, 22(4), (pp. 197-202).

Los problemas que afectan la salud bucal de los adultos mayores, cobran importancia por el impacto que tienen en su calidad de vida, así como también por su complejidad, en donde se requiere de una atención odontológica de especialidad, la cual es escasa en el nivel primario de atención y costosa. (Moya, Chappuzeau, Caro, & Monsalves, 2012, págs. 197-202).

1.7. Objetivos.

1.7.1. General.

Determinar la relación entre las afecciones bucales y la percepción de calidad de vida oral de los adultos mayores atendidos en el Centro Gerontológico Guillermina Loo de Moreno.

1.7.2. Específicos.

Identificar las afecciones bucales más frecuentes en los adultos mayores atendidos en el Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno.

Determinar la percepción de calidad de vida oral de los adultos mayores atendidos en el Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico.

2.1. Envejecimiento individual y poblacional.

2.1.1. Enfoque social.

Estudiando la obra de Cardona Arango y Peláez (2012) se puede definir que:

Etimológicamente, vejez se deriva del latín *veclus*, *vetulus*, que significa persona de mucha edad. Aristóteles señaló que la senectud es sinónimo de deterioro y ruina, y Séneca, quien afirmó que la vejez es una enfermedad incurable. La otra visión es la optimista de Platón y Cicerón, que plantean que la vejez trae consigo el dominio de las pasiones, dando consigo un buen concepto de estas dos visiones filosóficas. (pp. 335-348)⁶.

De acuerdo a García, Abreu, García, y Morales (2012) se plantea que:

La esperanza de vida ha aumentado en forma pronunciada este siglo, y se considera que seguirá creciendo prácticamente en todas las poblaciones del mundo⁷.

La sociedad envejece rápidamente y esto hay que verlo como parte del desarrollo. Las causas fundamentales de este incremento están dadas por las migraciones, descenso de natalidad y el mejoramiento de la atención médica; por tanto, el envejecimiento debe analizarse a través de su contexto sociocultural y por su influencia en la calidad de vida. (pp. 1-17).

⁶ Cardona Arango, D., & Peláez, E. (2012). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Salud Uninorte*, 28(2), (pp. 335-348) Recuperado el 10 de enero de 2015, de <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n2/v28n2a15.pdf>.

⁷ García, Y., Abreu, J. M., García, M., & Morales, O. (2012). Salud bucal en pacientes del hogar de ancianos "Francisca Navia". *Isla de la Juventud* 2011. *REMIJ*, 13(2), (pp. 1-17) Recuperado el 20 de diciembre de 2014, de <http://www.remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/42/91>.

Analizando la obra de Berrio (2012), se puede citar que:

En la actualidad, el 8% de la población mundial tiene más de 65 años, y se espera que en 20 años este porcentaje aumente al 20%; muchas de estas personas incluso serán mayores de 80 años.

El incremento en la población se ha considerado un fenómeno global, e incluso Díez Nicolás menciona el «envejecimiento de la población mayor», es decir, no solo serán más ancianos, sino que aumentarán sustancialmente el número de adultos mayores en edad avanzada (pp. 192-194)⁸.

A la apremiante lista de problemas sin resolver en los países latinoamericanos, como la pobreza, la exclusión social y la vulnerabilidad, se suman ahora los costos sociales y económicos del envejecimiento, en un contexto de pleno posicionamiento de un patrón de desarrollo que, con algunos matices, privilegia la estabilidad macroeconómica sobre el bienestar social de las personas.

Estudiando la obra de Oliva y Fernández, (2006).

Con el acelerado e imparable envejecimiento poblacional mundial, son cada vez más las personas que arriban a la vejez, la cual, como una etapa más en la evolución del hombre, trae aparejados cambios de diversos tipos. En el aspecto físico, aparecen las arrugas y la calvicie, disminuye la estatura, hay caída de dientes y se evidencian otros trastornos biológicos, como la mala regulación del eje hipotálamo-hipofisiosuprarrenal, la alteración del sueño y otros ritmos circadianos (pp.93-101)⁹.

De acuerdo a la obra de Berrio (2012), donde expresa que:

El envejecimiento de la población es un reto para la medicina, ya que se tienen cada vez más pacientes, muchas de estas de alto costo, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la enfermedad renal crónica y la diabetes. (pp.192-194).

Analizando la obra de Salech, Jara y Michea (2012) podemos agregar que;

⁸ Berrio Valencia, M. I. (2012). Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. Revista Colombiana de Anestesiología, 40(3), (pp. 192-194) Recuperado el 2 de febrero de 2015, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120334712000111>.

⁹ Oliva, R., & Fernández, T. (2006). Salud mental y envejecimiento: una experiencia comunitaria de musicoterapia con ancianos deprimidos. Psicología y salud, 16(1), (pp. 93-101) Recuperado el 2 de febrero de 2015, de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/797/1446>.

La población envejece en forma acelerada y la comprensión de los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento de ese grupo etario. La evidencia de estudios clínicos y experimentales muestra que los vasos sanguíneos y el corazón se asocian a la pérdida de células musculares y menor distensibilidad. La fracción de eyección se mantiene constante. El riñón muestra disminución moderada de la velocidad de filtración glomerular, esclerosis vascular a menor capacidad de concentración/dilución y de hidroxilación de la vitamina D. El cerebro disminuye su volumen, hay menor capacidad de atención, memoria de trabajo y trastornos motores.

La masa muscular disminuye y aumenta su infiltración grasa, asociado a disminución progresiva de la fuerza. El aumento de grasa corporal, especialmente visceral, participaría en una mayor resistencia insulínica que asociada a la disminución de la masa de células beta facilitaría el desarrollo de diabetes.

La evidencia disponible muestra importantes cambios morfológicos y funcionales asociados a la edad. El conocimiento de la población en edad media de la vida no debiera generalizarse a los adultos mayores. El reconocimiento de cambios debidos al envejecimiento normal es difícil por la gran variabilidad entre sujetos y la alta prevalencia de comorbilidad. (pp.19-29).

No obstante es necesario resaltar que en su obra concluyen que:

El envejecimiento normal o fisiológico está más cerca de la salud que de la enfermedad; el envejecimiento como proceso natural no es deteriorante y ésta es una idea que se debe resaltar. El envejecimiento biológico comprende los cambios orgánicos estructurales y funcionales en los seres vivos y en el ser humano a nivel macroscópico y microscópico. El envejecimiento psicosocial comprende los cambios psicológicos y sociales que suceden en las personas con el paso del tiempo. Existen teorías del envejecimiento biológicas y psicosociales. La longevidad es una meta alcanzable en las personas si sus condiciones de vida se acercan al envejecimiento normal biológico y psicosocial.

Examinando la obra de Cardona Arango y Peláez (2012), se concluye que:

La perspectiva de ciclo de vida, introduce la noción que la vejez es una etapa más en el proceso total del ciclo vital. Es decir, la vejez no implica necesariamente una ruptura en el tiempo ni el ingreso a una etapa terminal sino que es parte de un proceso en el que el individuo continúa integrado a la sociedad, al igual que como lo hace en etapas anteriores no tendría, por definición, razón para ser una etapa de exclusión social.

A mediados de la década de 1960 se propone que la edad conduce inevitablemente hacia la formación de una subcultura, que es la que define y dirige la conducta de sus miembros; entonces, las sociedades estarían forzando a las personas que sobrepasan una determinada edad a constituirse en una minoría.

En este sentido, los elementos predominantes que caracterizan la vida cotidiana de muchos adultos mayores son la soledad y la marginación como consecuencia de la indiferencia familiar y social, de ahí que con frecuencia la vejez se interprete como sinónimo de enfermedades indeseables, proximidad a la muerte, pobreza y abandono

El concepto que cada individuo tiene de la vejez es una construcción cultural que involucra las formas de parentesco, la economía, la salud, la capacidad funcional, los modelos de conducta, la educación, la religión, la marginación, la ética, la política y otros ámbitos de organización social y cultural. . (pp. 335-348)¹⁰.

Castellano (2014) señala en su obra que “En la última etapa del ciclo vital, las personas mayores pueden disfrutar de un envejecimiento satisfactorio gracias a la mejora de su calidad de vida (...) los factores de las actitudes que son positivos hacia la vejez y el envejecimiento se relacionan con el bienestar físico y psicológico; y a su vez, los factores de las actitudes de tipo negativo conllevan un estado de malestar general” (pp. 108-114).

Los estudios de Castellano (2014), “reflejan la relevancia que ostentan las actitudes positivas en el estado de bienestar de las personas mayores, con consecuencias directas en su calidad de vida”. (pp. 108-114).

Sin embargo, de acuerdo a lo planteado por Huenchuan (2012) en su obra:

En efecto, las personas de edad como un grupo cuyas características o necesidades específicas lo hacen objeto potencial de discriminación en distintos ámbitos, se encuentran en situación de desigualdad sustantiva respecto

¹⁰ Cardona Arango, D., & Peláez, E. (2012). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Salud Uninorte*, 28(2), (pp. 335-348). Recuperado el 10 de enero de 2015, de <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n2/v28n2a15.pdf>.

del goce de los derechos humanos generalmente reconocidos, y son vulnerables en mayor medida que otros grupos a violaciones específicas de estos derechos, por lo que requieren una atención especial de los Estados, de los organismos internacionales y de la sociedad civil en su conjunto. El creciente consenso internacional en torno a ello proporciona también una justificación objetiva y razonable para la adopción de medidas especiales o afirmativas y, en su caso, de ajustes específicos, que sean proporcionales a la finalidad de alcanzar la igualdad sustantiva de estas personas y protegerlas frente a situaciones de vulnerabilidad. (p.20)¹¹.

2.1.2. Calidad de vida del adulto mayor.

Tapias y Fortich (2013)¹², refieren que para la OMS, la calidad de vida se define como “la percepción del individuo sobre la posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el proceso psicológico, la relación con las características sobresalientes del entorno” y la salud bucodental como “la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal”.

De acuerdo a la obra de Rosales, García y Quiñones (2014).

¹¹ Huenchuan, S. (2012). Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe. La hora de avanzar hacia la igualdad. Santiago de Chile: Libros de la CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas.

¹² Tapias, L., & Fortich, N. (2013). Percepción de calidad de vida relacionada con la salud oral en los pacientes adultos atendidos en la clínica Odontológica de la Corporación Universitaria Rafael Núñez en Cartagena de Indias, periodo del año 2013. Cartagena de Indias: Biblioteca digital. Repositorio Institucional CURN. Recuperado el 18 de diciembre de 2014, de <http://siacurn.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/622/Percepcion%20de%20calidad%20de%20vida%20relacionada%20con%20la%20Salud%20oral..pdf?sequence=1>.

Diversos estudios demuestran que la percepción de los ancianos sobre su salud influye en su calidad de vida y, por tanto, en su estado de salud. Son múltiples los factores que han trascendido en el tiempo, referidos a la salud mental y la satisfacción de la vida de este grupo etario, entre ellos se encuentra la autopercepción, que se ha convertido en un indicador útil y adecuado para conocer el estado de salud del anciano. Por otra parte, varios autores consideran que para sentirse feliz y satisfecho el individuo debe ser activo y considerarse útil; por ello la persona que ha perdido su razón de ser se muestra desgraciada y descontenta. La inactividad y la pérdida de contactos sociales provocan la inadaptación en estas personas. El ser humano es algo más que una simple combinación de diferentes átomos materiales, pues posee una energía espiritual más potente y luminosa que la luz solar. La vejez va acompañada, inevitablemente, de pérdidas físicas y mentales, así como de autoinsuficiencias económicas, afectivas y de compañía también influyen. De este modo, la autopercepción de la salud mental de los gerontes constituye un importante aporte a su estado de salud; la calidad de vida, por tanto, abarca aspectos físicos, afectivos y sociales (p. 61)¹³.

Analizando la obra de Vivaldi y Barra (2012), se puede destacar que:

En la investigación sobre el bienestar es posible distinguir dos perspectivas generales. La primera, denominada tradición hedónica, estudia el bienestar subjetivo relacionado con la evaluación global que realiza el individuo de las situaciones tanto placenteras como las que no lo son. Esta perspectiva se relaciona con aspectos como la satisfacción vital, la felicidad y los afectos positivos.

Mientras que la segunda perspectiva, llamada tradición eudaimónica, estudia el bienestar psicológico considerado como indicador de un funcionamiento positivo en el individuo, que posibilita el desarrollo de sus capacidades y por tanto su crecimiento personal.

¹³ Rosales, R. C., García, R., & Quiñones, E. (2014). Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor. *Medisan*, 18(1), (pp. 61) Recuperado el 10 de enero de 2015, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2014/mds141i.pdf>.

La perspectiva eudaimónica ha sido sistematizada por Ryff en su modelo multidimensional de bienestar psicológico conformado por seis dimensiones, que incluyen la evaluación positiva de uno mismo y la propia vida pasada (autoaceptación); un sentido de crecimiento continuo y desarrollo como persona (crecimiento personal); la creencia que la propia vida tiene un propósito y un significado (propósito en la vida); el desarrollo y mantenimiento de relaciones de calidad y confianza con otros (relaciones positivas con otros); la capacidad de dirigir efectivamente la propia vida y el ambiente para satisfacer necesidades y deseos (dominio ambiental); y un sentido de autodeterminación personal (autonomía).

El bienestar se encuentra influido por diferentes características sociodemográficas como edad, género y estado civil, pero sin duda un predictor importante del bienestar es la evaluación subjetiva que realiza el individuo de sus recursos, entre los cuales se encuentra el apoyo social percibido.

El apoyo social puede ser conceptualizado a partir de dos perspectivas, una cuantitativa-estructural y otra cualitativa-funcional. La primera evalúa la cantidad de vínculos o relaciones que establece el individuo con su red social, que correspondería al apoyo social recibido. En tanto la segunda se centra en la existencia de relaciones significativas y la evaluación o apreciación subjetiva que realiza el individuo de la adecuación del apoyo que recibe, correspondería al apoyo social percibido.

Verificando la obra de Chong (2012), se deduce que:

Los procesos centrales de pensamiento no se retardan con la edad, lo que se afecta es el proceso perceptivo-motor y los cambios de criterios; la declinación de algunas características tales como la flexibilidad, fluidez y la originalidad. Con la edad disminuye la agilidad mental, la capacidad de resolución en situaciones nuevas a muy corto plazo, mientras que mejora la inteligencia basada en los conocimientos adquiridos, la experiencia y la capacidad de juicio.

Los ancianos presentan una mayor lentitud en la solución de problemas y elaboración de informaciones, en el tiempo de reacción ante la tarea y en el grado de precisión de esta; la capacidad verbal se deteriora menos que la capacidad psicomotora. Mientras que el aprendizaje en el anciano necesita más tiempo, no debe tener presión temporal y no debe aprender en contra de sus expectativas.

Los procesos afectivos se manifiestan a partir de estados de ánimo, emociones y sentimientos, que expresan la relación que existe entre las necesidades y la

satisfacción que procede del medio. Los estados de ánimo se manifiestan mediante el tono afectivo que va de la alegría a la tristeza, y se mantienen relativamente durante un periodo, mientras que las emociones surgen ante emergencias con comienzos bruscos de gran intensidad y corta duración, acompañadas casi siempre de profundas reacciones neurovegetativas y viscerales. Por su parte, los sentimientos son modalidades más estables de aparición lenta y duradera, y no se acompañan de cambios somáticos.

En los ancianos son frecuentes estados de ánimo particulares de irritabilidad, indiferencia, inestabilidad y pesimismo. Las modificaciones psicoafectivas, biológicas y los cambios por acontecimientos existenciales, hacen del anciano un individuo más expuesto al riesgo de padecer de alteraciones psíquicas. (pp. 79-86)¹⁴.

2.1.3. Salud bucal y su relación con la calidad de vida.

La calidad de vida oral fue definida por Duque, Tamayo, Echeverri, Gutiérrez, y Sepúlveda (2013) como “la percepción del grado de disfrute que una persona tiene con respecto a su boca en función del servicio que en su vida diaria le reporta”. (pp. 10-23)¹⁵.

Inglehart y Cols, en el 2002, de acuerdo a lo descrito por Tapias y Fortich (2013)¹⁶ definieron “la calidad de vida en salud oral como una dimensión de vida en relación a salud, entendida como la evaluación referente a una patología o desórdenes oro-faciales que afectan el bienestar del sujeto en las siguientes dimensiones: factores funcionales, factores psicológicos, factores sociales y experiencias de dolor”.

Moya, Chappuzeau, Caro, y Monsalves (2012) acotan que:

¹⁴ Chong, A. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(2), (pp. 79-86) Recuperado el 2 de febrero de 2015, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252012000200009&script=sci_arttext&tlng=en.

¹⁵ Duque, V., Tamayo, J., Echeverri, P., Gutiérrez, A., & Sepúlveda, D. (2013). 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 Odont*, 26(1), (pp. 10-23) Recuperado el 18 de diciembre de 2014, de <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v26n1/v26n1a02.pdf>.

¹⁶ Tapias, L., & Fortich, N. (2013). *Percepción de calidad de vida relacionada con la salud oral en los pacientes adultos atendidos en la clínica Odontológica de la Corporación Universitaria Rafael Núñez en Cartagena de Indias, periodo del año 2013*. Cartagena de Indias: Biblioteca digital. Repositorio Institucional CURN. Recuperado el 18 de diciembre de 2014, de <http://siacurn.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle>.

Existe evidencia sobre los factores de riesgo comunes entre condiciones bucales y enfermedades crónicas no transmisibles. Una salud bucal deficiente en adultos mayores generalmente está acompañada por una mala salud general, repercutiendo en su calidad de vida, van de la mano ya que la boca desempeña funciones importantes en diversas actividades como el lenguaje, las expresiones faciales, masticación, deglución, salivación, el sentido del gusto y es un gran indicador de la salud del individuo. Como la calidad de vida es un concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades por sí, pues nos permite ver que si la salud oral está afectada, un 90% de la calidad de vida también podría estarlo. (pp. 197-202)¹⁷.

Duque, Tamayo, Echeverri, Gutiérrez, y Sepúlveda (2013) sostienen que:

Otros factores condicionantes de la calidad de vida y su relación con la salud bucal en la población estudiada, incluyen el bajo nivel educativo y socioeconómico. Estudios enfocados en los determinantes sociales y económicos en poblaciones similares, muestran como los adultos mayores que procedían de un barrio con privación social y económica, sumado a deficiente nivel educativo, tuvieron mayores problemas en la comunicación y relación social debido a problemas bucales (pp. 10-23)¹⁸.

De acuerdo a lo antes descrito, Velázquez, Ortiz, Cervantes, García, y Sánchez (2014) señalan que:

Queda de manifiesto que el estado de salud oral tiene repercusiones en la salud general del individuo. Se ha demostrado la asociación entre la autovaloración de la salud oral y la calidad de vida general en adultos y adultos mayores. Una de las consecuencias de la deficiente salud bucodental es la pérdida de los dientes naturales que puede limitar la gama de alimentos consumibles, por lo que los individuos consumen de preferencia alimentos suaves y eliminan de su dieta los que son difíciles de masticar, lo que se traduce en una alimentación deficiente, debido a que los alimentos que se evitan con mayor frecuencia son ricos en proteínas y fibra. Además, esto incide en su autoestima y en su comunicación con las demás personas, esto último por alteraciones de la fonación. Por eso, los profesionales de la salud bucodental buscan devolver la funcionalidad y la estética a partir de la rehabilitación protésica; sin embargo,

¹⁷ Moya, P., Chappuzeau, E., Caro, J., & Monsalves, M. (2012). Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. *Rev Estomatol Herediana*, 22(4), (pp. 197-202) Recuperado el 18 de diciembre de 2014, de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/85/70>.

¹⁸ Duque, V., Tamayo, J., Echeverri, P., Gutiérrez, A., & Sepúlveda, D. (2013). 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 Odont*, 26(1), (pp. 10-23) Recuperado el 18 de diciembre de 2014, de <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v26n1/v26n1a02.pdf>.

si éstas tienen un ajuste pobre, son inestables o incómodas, esto también afecta su calidad de vida. (pp. 448-456)¹⁹.

Tomando en cuenta como antecedente la definición del concepto de salud dada por la OMS, se sugiere que la salud bucodental tiene que definirse como el bienestar físico, psicológico y social con el estado de la dentición, así como de tejidos duros y blandos de la cavidad bucal”. Las enfermedades bucodentales influyen en la calidad de vida y afectan diversos aspectos del diario vivir, como la función masticatoria, la apariencia física, las relaciones inter-personales e incluso las oportunidades de trabajo. En este contexto, se podrá definir que la calidad de vida bucodental es la autopercepción que tiene el individuo respecto a su estado de salud oral en relación con su vida diaria al masticar, al relacionarse con otras personas, además de cumplir con su satisfacción estética. (Velázquez, Ortiz, Cervantes, García, & Sánchez, 2014, págs. 448-456)²⁰.

Tapias y Fortich (2013)²¹, también puntualizan que:

La calidad de vida relacionada con salud oral ha sido estudiada principalmente en los adultos, probablemente debido al interés general por este grupo de edad que ha presentado un acelerado crecimiento en las últimas décadas en la mayoría de los países. Además, debido a que con el envejecimiento se generan una serie de cambios en el estado social, percepción sensorial y en las funciones cognitivas y motoras de los individuos, las que no habían sido analizadas anteriormente en profundidad.

¹⁹ Velázquez, L. B., Ortiz, L. B., Cervantes, A. C., García, C., & Sánchez, S. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 52(4), (pp. 448-456) Recuperado el 22 de diciembre de 2014, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im144t.pdf>.

²⁰ Velázquez, L. B., Ortiz, L. B., Cervantes, A. C., García, C., & Sánchez, S. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 52(4), (pp. 448-456) Recuperado el 22 de diciembre de 2014, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im144t.pdf>.

²¹ Tapias, L., & Fortich, N. (2013). Percepción de calidad de vida relacionada con la salud oral en los pacientes adultos atendidos en la clínica Odontológica de la Corporación Universitaria Rafael Núñez en Cartagena de Indias, periodo del año 2013. Cartagena de Indias: Biblioteca digital. Repositorio Institucional CURN. Recuperado el 18 de diciembre de 2014, de <http://siacurn.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle>.

2.1.4. Afecciones bucales en el adulto mayor.

De acuerdo a García, Abreu, García, y Morales (2012):

Aunque la senectud no es sinónimo de enfermedad, las características de la cavidad bucal, en específico, pueden variar cuando los individuos envejecen. Es bien conocido que las personas con más de 60 años, sufren cambios en la cavidad oral que incrementan la posibilidad de deterioro y que aparezcan lesiones bucales, las cuales influyen de manera importante en la calidad de vida de esa población. Por tener los ancianos características y necesidades particulares y como grupo priorizado en el modelo de Atención Estomatológica Integral, se debe conocer la prevalencia de enfermedades bucales y los factores de riesgo a que están sometidos, para así planificar acciones dirigidas a mejorar su estado de salud, bienestar, calidad de vida y satisfacer sus demandas de servicios, teniendo en cuenta además, que nos estamos enfrentando al extraordinario crecimiento demográfico de dicho grupo (pp.1-17)²².

Con este criterio coinciden Díaz, Arrieta, Ramos (2012), al aclarar que:

En el adulto mayor se ve reflejado el comportamiento saludable que se adquirió en las primeras etapas del ciclo vital individual. En el envejecimiento se generan una serie de cambios en el estado social, en la percepción sensorial y en las funciones cognitivas y motoras de los individuos. A nivel de salud bucal también se presentan cambios sobre los tejidos orales y funciones, y cambios secundarios a factores extrínsecos, incrementándose la pérdida de dientes debido a la enfermedad periodontal, caries y lesiones de la mucosa oral.

La falta de dientes y ausencia de prótesis dental tienen una relación directa con la salud, debido a que al realizar inadecuadamente la función masticatoria, sobre todo de alimentos de consistencia dura, se producen trastornos de la nutrición. Además se afecta la autorrealización y aceptación al generarse vergüenza, baja autoestima, dolor e incomodidad frente a otras personas durante el momento de las comidas y en los momentos de socialización. Otros factores generales como el uso de medicamentos, altos costes de la atención en salud, el nivel educativo y la clase social pueden comprometer la salud del adulto mayor. La calidad de vida relacionada con la salud oral ha sido estudiada principalmente en los adultos mayores, probablemente debido al interés general por este grupo de edad, el cual ha presentado un acelerado crecimiento en las últimas décadas en la mayoría de los países.

²² García, Y., Abreu, J. M., García, M., & Morales, O. (2012). Salud bucal en pacientes del hogar de ancianos "Francisca Navia". Isla de la Juventud 2011. *REMIJ*, 13(2), (pp. 1-17) Recuperado el 20 de diciembre de 2014, de <http://www.remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/42/91>.

Moya, Chappuzeau, Caro, y Monsalves (2012) acotan que “Los adultos mayores corresponden al grupo etario que presenta mayor morbilidad bucal, como consecuencia de no haber recibido durante su vida suficientes, medidas de prevención o tratamientos adecuados y oportunos para recuperar su salud bucal. La pérdida de todos los dientes (edentulismo) está relacionada a la falta de higiene y más no como una consecuencia del envejecimiento” (pp. 197-202)²³.

Pero el corolario lo aportan Velázquez, Ortíz, Cervantes, García, y Sánchez (2014) al insistir en el hecho que:

En gran medida la atención dental se ha enfocado en la rehabilitación de la funcionalidad de la cavidad oral y ha dejado de lado la satisfacción y la autopercepción de la salud oral de cada paciente, por lo que no se puede traducir en una atención integral de los individuos. Por lo tanto, la medición de la calidad de vida es importante, puesto que nos permite estudiar los efectos de un tratamiento o enfermedad, en este caso en el estado de ánimo, las expectativas del paciente y su forma de percibirlo de acuerdo con su entorno. En este sentido, el ser conscientes del impacto en la calidad de vida, y en especial la del adulto mayor, nos ayuda a proponer acciones para una mejor atención. Para esto se debe tener como meta una mejor calidad de vida para la población, no solo mejorando su expectativa de vida, sino promoviendo su bienestar biopsicosocial. (pp. 448-456)²⁴.

Teniendo en cuenta lo expuesto por Ruiz y Herrera (2009) en su obra:

²³ Moya, P., Chappuzeau, E., Caro, J., & Monsalves, M. (2012). Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. *Rev Estomatol Herediana*, 22(4), (pp. 197-202) Recuperado el 18 de diciembre de 2014, de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/85/70>.

²⁴ Velázquez, L. B., Ortíz, L. B., Cervantes, A. C., García, C., & Sánchez, S. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 52(4), (pp. 448-456) Recuperado el 22 de diciembre de 2014, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im144t.pdf>.

Los ancianos son propensos a padecer enfermedades buco dentales, entre ellas la caries dental radicular, la leucoplasia, el cáncer bucal, las glosopatías atróficas y la xerostomía, así como las enfermedades del periodonto, las cuales constituyen la causa más importante de pérdida dentaria en este grupo de edades.

El término enfermedad periodontal incluye una serie de trastornos que afectan al aparato de sostén del diente y es muy frecuente en los ancianos. Las periodontopatías se caracterizan por los siguientes síntomas y signos: halitosis, enrojecimiento, hinchazón, sensibilidad, sangrado y retracción de las encías, así como dientes flojos o separados y material purulento entre los dientes y las encías.

El término enfermedad periodontal incluye una serie de trastornos que afectan al aparato de sostén del diente y es muy frecuente en los ancianos. Las periodontopatías se caracterizan por los siguientes síntomas y signos: halitosis, enrojecimiento, hinchazón, sensibilidad, sangrado y retracción de las encías, así como dientes flojos o separados y material purulento entre los dientes y las encías.

Teniendo en cuenta que las periodontopatías son la causa más frecuente de pérdida dentaria en el adulto mayor, con la consiguiente afectación de la calidad de vida, y que existen opiniones controvertidas con relación a su aparición, ya que muchos autores plantean que es un proceso que se presenta a medida que se envejece y otros señalan factores, como la mala higiene bucal o la existencia de enfermedades sistémicas como la Diabetes Mellitus. (pp. 73-82).

Estudiando la obra de Cardentey, Trujillo, Silva, Sixto y Crespo (2011) se puede puntualizar que:

Los diferentes cambios normales del envejecimiento son una parte de la odontogeriatria conocida como envejecimiento orofacial, que está definido por los cambios normales presentados en la mayoría de los adultos mayores. En las estructuras orales se dan cambios propios del envejecimiento, la pérdida parcial o total de los dientes no son propios de la edad, sino un indicativo de mal estado de salud oral del paciente. Dentro de los principales cambios apreciados en las estructuras de la cavidad bucal, están los dientes que adquieren un color amarillento, que se vuelven más frágiles o quebradizos y menos permeables. El contenido de agua y materia orgánica del esmalte disminuye con la edad, este es un tejido mineralizado que tiene un constante intercambio iónico con los líquidos bucales que le rodean. Los cambios que se observan clínicamente en la apariencia de las coronas dentarias se relacionan, básicamente, con el proceso de atrición y con el de abrasión del esmalte dentario.

El ligamento parodontal se ensancha en los ancianos, posiblemente debido a una inflamación crónica del ligamento, pues es uno de los componentes del aparato de unión, encargado de la sensibilidad para la apertura de los maxilares. Es importante recordar que el músculo masetero llega a comprimir los alimentos con una fuerza de 200 Kg/cm² y la pérdida de los dientes desequilibra la distribución de las fuerzas de compresión a lo largo de los tejidos de soporte y provocan trastornos en los dientes restantes. El exceso y desequilibrio de las fuerzas oclusales también provoca que el cemento radicular muchas veces aumente de volumen en la zona apical del diente, ya sea en forma benigna o un estado neoplásico del cemento dental. El tono muscular orofacial se ve disminuido en pocas personas. Tal vez éste sea el motivo que produce un escurrimiento de saliva, generalmente, se confunde con hipersalivación, antes considerada erróneamente parte normal del envejecimiento.

La fascies, característica de muchos ancianos, se producen por la pérdida de los dientes, ya que éstos tienen un importante componente morfológico y estético, representado por los caninos que aportan hasta un 90% de estética y molares 5%, en los 2/3 inferiores de la cara. Al perder los dientes, el soporte de la musculatura facial, el músculo y hueso se pierde, lo cual condiciona el aspecto "típico" en el rostro del anciano. Las glándulas salivales pierden cerca de un 30% del parénquima, sin embargo, no hay una pérdida en la cantidad de saliva producida. La articulación temporomandibular presenta en muchos casos un aplanamiento del cóndilo mandibular, sin embargo, en algunos pacientes se presenta una patología dolorosa de origen articular y en muchos otros no. Una de las principales patologías del anciano y la primera causa de pérdida de dientes es la caries dental. De ellas, las de mayor prevalencia: la caries aguda radicular, seguida de la coronal, se llama así por la distribución anatómica con respecto al diente.

Entre los factores de riesgo de esta enfermedad se encuentran: la xerostomía, el tabaquismo, las dietas inadecuadas, las enfermedades demenciales y las que impiden la higiene bucal adecuada. La segunda causa de pérdida de los dientes en los adultos mayores es la enfermedad parodontal. El parodonto es el conjunto de estructuras que rodean al diente. Presenta un surco entre el diente y la encía que va de 0 a 1.5 mm, por donde corre un fluido llamado fluido crevicular, conformado por inmunoglobulinas y otros químicos bacteriostáticos, que junto con un cepillado adecuado, logra controlar las bacterias en esta zona. No obstante, en los pacientes con algunas patologías sistémicas como la diabetes mellitus esta capacidad se ve perdida, por lo que es muy fácil que el paciente desarrolle la enfermedad parodontal. Si ésta se encuentra presente en el paciente diabético, tendrá dificultad en el control de la glucemia por la infección localizada. (pp. 76-86).Cardentey, J., Trujillo, P. E., Silva, A. M., Sixto, M., & Crespo, C. L. (2011).

De acuerdo al abordaje epidemiológico llevado a cabo por Taboada, Cortés, y Hernández (2014).

El perfil epidemiológico de morbilidad de la población adulta mayor en el 2011 muestra que, la enfermedad periodontal ocupa el quinto lugar después de las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas agudas, las infecciones urinarias y del grupo de alteraciones conformado por úlceras, gastritis y duodenitis. En este sentido, las enfermedades bucodentales se han convertido en un problema de salud pública; una revisión documental realizada por Mariño (1994) sobre experiencia de caries dental en adultos mayores de Venezuela, Chile, Cuba, Costa Rica y Brasil, evaluada con el índice CPOD, mostró promedios en un rango de 19.1 a 27.2, en donde el componente perdido junto con extracciones indicadas conformaban más de 80% del índice. En países como España de acuerdo al reporte de la Encuesta de Salud Oral (2005) el índice de caries es de 16.7. La experiencia de caries en nuestros adultos mayores se encuentra dentro del rango de la población latinoamericana (19.7 ± 6.1); sin embargo, la prevalencia del componente perdido no coincide con el de estos países, ya que en este estudio sólo representa 57% del índice. Los reportes de investigación en adultos mayores sobre caries radicular, muestran una gran variabilidad en la frecuencia de la misma: en Costa Rica es de 43%, en Brasil de 23%, en donde los mayores de 75 años el índice de Katz alcanzó 59%. En nuestra población fue de 24.9% (IC 95% 20.7-29.1). Sobre enfermedad periodontal, el estudio clínico en adultos mayores cubanos reveló que el 55.38% presentaba gingivitis, en Costa Rica la prevalencia de periodontopatías fue de 52.9%, en un estudio de frecuencia y distribución de enfermedades periodontales en San Luis Potosí, México, el grupo etario de 60 a 79 años conformado por 15 pacientes, en seis de ellos se observó un valor del índice periodontal de Ramfjord de cuadro, lo que indica una periodontitis leve; en seis un valor de cinco que corresponde a periodontitis moderada y tres presentaron un valor del índice de seis, lo que corresponde a una periodontitis avanzada. En nuestro estudio la prevalencia de periodontopatías fue mayor, ya que ésta fue de 96.7%, la frecuencia del diagnóstico clínico es variable de

acuerdo a las categorías analizadas en la población, pero, se coincide en que a mayor edad, la frecuencia y severidad de las lesiones del tejido de sostén se incrementan. (pp. 77-82)²⁵.

De acuerdo a lo planteado por Bordoni, Doño, y Squassi, (1999) para evaluar la necesidad de tratamiento periodontal en la comunidad, se utiliza el Índice de Necesidades de Tratamiento Periodontal de la Comunidad (CPITN), diseñado inicialmente con propósitos epidemiológicos, se ha transformado en una excelente herramienta para realizar un examen periodontal básico y de esta manera identificar los pacientes que necesitan tratamiento periodontal. Realizar este examen periodontal básico, basado en el CPITN, caracterizado por su simpleza, facilidad y el breve tiempo que demora, permitirá a los odontólogos de práctica general, establecer en un breve período de tiempo y con un mínimo de instrumental, las necesidades de tratamiento periodontal de sus pacientes, para su correcta atención o inmediata derivación. Bordoni, N., Doño, R., & Squassi, A. (1999). Programa de Educación Continua Odontológica NNo Convencional (PRECONC). Buenos Aires: OPS.

Se emplea una sonda particularmente diseñada para una manipulación suave de los tejidos blandos, ubicados alrededor de la pieza dentaria. La sonda presenta una esfera de 0,5 mm. de diámetro en el extremo, con una porción codificada de color que se extiende desde los 3,5 a los 5,5 mm.

El código de diagnóstico es:

Código 0. Tejido sano, si no hallan necesidades de tratamiento (bolsas, cálculos, sangramiento).

Código 1. Sangramiento observado durante o después del sondaje.

Código 2. Cálculos u otros factores retentivos de la placa, tales como coronas mal adaptadas o bordes deficientes de obturaciones.

²⁵ Taboada, O., Cortés, X., & Hernández, R. D. (2014). Perfil de salud bucodental en un grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo. *ADM*, 71(2), (pp. 77-82) Recuperado el 22 de diciembre de 2014, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od142f.pdf>.

Código 3. Bolsas patológicas de 4 o 5, o sea cuando el margen gingival se encuentra en el área negra de la sonda.

Código 4. Bolsa patológica de 6 mm o más, no está visible el área negra de la sonda INTPC.

De acuerdo a lo descrito en la obra de Taboada, Cortés, y Hernández (2014):

El edentulismo es la consecuencia de las enfermedades bucales analizadas anteriormente, observándose una alta frecuencia del mismo, poco se piensa en los problemas que se originan por la pérdida de dientes y debido a que se da por hecho que al llegar a esta etapa de la vida es «normal» que existan pocos dientes o el usar placas totales. En Santiago de Chile la prevalencia de desdentados totales en individuos mayores de 65 años es de 33.84%. En Perú, en el que se valoraron 290 pacientes la prevalencia de edentulismo fue de 77.6%. En un estudio con 150 adultos mayores de la Ciudad de México la categoría perdido del índice CPOD fue de 5.9 (\pm 6.4) con diferencias de los 0 a 27 dientes perdidos. En Brasil, un reporte de investigación sobre incidencia de caries y edentulismo en adultos mayores del 2003 a 2004 mostró que la media inicial de dientes perdidos fue de 28.7, la segunda de 29.3. En nuestro estudio la categoría perdido del CPOD es menor a lo reportado, el promedio fue de 11.1 (\pm 9.2) y la prevalencia de edentulismo total de 8.8%. (pp. 77-82)²⁶.

2.1.5. Salud bucodental relacionada con la calidad de vida: instrumentos de evaluación.

Montes, y otros (2014) argumentaron que además es necesario tener en cuenta la percepción individual de la salud bucal y señalan que:

Como un concepto multidimensional que autorreporta específicamente lo relacionado con la salud bucodental, capturando el impacto funcional, social y psicológico de la enfermedad en una persona. Por ejemplo, una enfermedad o un trastorno específico (caries) dan lugar a una deficiencia (pérdida de órganos dentarios), la cual a su vez dará lugar a una discapacidad (deficiencia masticatoria) que determinará la existencia de una minusvalía en la persona

²⁶ Taboada, O., Cortés, X., & Hernández, R. D. (2014). Perfil de salud bucodental en un grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo. *ADM*, 71(2), (PP. 77-82) Recuperado el 22 de diciembre de 2014, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od142f.pdf>.

habitualmente. Por otra parte, en las últimas tres décadas se han realizado ensayos clínicos y otros estudios de evaluación destinados a mejorar la salud bucodental. Tal ha sido el área de interés, que diferentes investigaciones de tipo psicológico y social dando como resultado desórdenes bucodentales.

Estos instrumentos se caracterizan por cierta variación en la precisión de sus objetivos, el número de ítems, método de administración, opciones de respuesta, incorporación o la falta de pesos, y la disposición o no de la puntuación final. Algunos de estos instrumentos son el Geriatric/ General Oral Health Assessment Index (GOHAI) y el Oral Impacts on Daily Performances (OIDP), los cuales han demostrado tener propiedades psicométricas aceptables en la población de adultos mayores. (pp. 111-119)²⁷.

Estudiando la obra de la fuente, Sumano, Sifuentes y Zelocuatecatl (2010), se puede citar que:

Dado que valorar la calidad de vida según el estado bucodental es muy subjetivo, al estar directamente influenciada por la personalidad propia, así como por el entorno donde se vive y se desarrolla cada persona, se recomiendan instrumentos que permitan evaluarla dentro de un enfoque metodológico, para identificar este impacto lo más objetivamente posible.

Con tal intención, y debido a que algunos de los componentes de la calidad de vida no pueden ser observados de forma directa, se han desarrollado diversos cuestionarios divididos en dimensiones representadas por grupos de preguntas que valoran la percepción psicosocial personal de cada individuo, como herramientas de estimación adicional al tradicional enfoque de las evaluaciones físicas. (pp. 83-92)²⁸.

Díaz, Arrieta y Ramos (2012) añaden que como consecuencia de esta situación:

²⁷ Montes, C., Juárez, T., Cárdenas, Á., Rabay, C., Heredia, E., García, C., & Sánchez, S. (2014). Comportamiento del Geriatric/General Oral Health Assessment Index (GOHAI) y Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) en una población de adultos mayores de la Ciudad de México. *Revista Odontológica Mexicana*, 18(2), (pp. 111-119) Recuperado el 18 de diciembre de 2014, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2014/uo142f.pdf>.

²⁸ de la Fuente, J., Sumano, O., Sifuentes, M. C., & Zelocuatecatl, A. (2010). Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Universitas Odontológica*, 29(63), (pp. 83-92) Recuperado el 16 de enero de 2015, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3987263>.

Se ha utilizado el Índice de Salud Oral Gerontológico (GOHAI) como una herramienta para la identificación del impacto de la salud oral en la calidad de vida de los adultos mayores, evidenciando que una baja autopercepción de calidad de vida se encuentra directamente relacionada con un pobre estado de salud bucal. Descrita por Atchison y Dolan, y como fundamento para el desarrollo del GOHAI, la salud oral fue definida como la ausencia de dolor e infección compatible con una dentición funcional y cómoda que permita al individuo continuar en su rol social. Algunos estudios revelan que la buena higiene oral puede mejorar la calidad de vida de las personas. (pp. 9-16). Díaz, S., Arrieta, K., & Ramos, K. (2012). Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(1), (pp. 9-16)

Esta herramienta fue diseñada para valorar en poblaciones de adultos mayores, los problemas oro-funcionales y estimar grado de impacto psicosocial asociado a los problemas bucodentales o también para evaluar la efectividad funcional y psicosocial de un tratamiento bucodental realizado.

El GOHAI, descrito por Atchison y Dolan en 1990, está basado en tres supuestos: 1) por autoevaluación, 2) que los niveles de salud bucodental varían entre las personas, y esta variación puede demostrarse utilizando una medición basada en la autopercepción de la persona, y 3) que la autopercepción ha sido identificada como predictor de la salud bucodental. El GOHAI consiste en un cuestionario de 12 ítems con respuesta tipo Likert que evalúa los últimos tres meses. Actualmente existen versiones del GOHAI para España, China, Francia, Suecia, Malasia, Japón, Alemania, Turquía, Jordania y, recientemente, México. (Montes, y otros, 2014, págs. 111-119)²⁹.

Velázquez, Ortiz, Cervantes, García, y Sánchez (2014), describen algunos estudios comparativos entre instrumentos relacionados con la percepción de calidad de vida oral, evaluada con diferentes instrumentos y concluyen que:

El Osta N y col. realizaron un estudio para comparar las propiedades psicométricas y las habilidades discriminativas del OHIP-14 y el GOHAI en una población de edad avanzada en el Líbano. Concluyeron que el GOHAI y el OHIP-14 mostraron buenas propiedades psicométricas; sin embargo, el GOHAI identifica más fácilmente a los adultos mayores con necesidades de atención dental y salud bucodental deficiente. Por lo tanto, este instrumento es más discriminante y mejor en la detección de problemas de la función oral.

²⁹ Montes, C., Juárez, T., Cárdenas, Á., Rabay, C., Heredia, E., García, C., & Sánchez, S. (2014). Comportamiento del Geriatric/General Oral Health Assessment Index (GOHAI) y Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) en una población de adultos mayores de la Ciudad de México. *Revista Odontológica Mexicana*, 18(2), (pp. 111-119) Recuperado el 18 de diciembre de 2014, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2014/uo142f.pdf>.

Montes-Cruz, Oral Health, Realizaron un estudio para comparar el comportamiento del GOHAI y el OIDP en adultos mayores de 60 años o más de la Ciudad de México. Concluyeron que ambos son instrumentos que se comportan de manera similar; sin embargo, el primero tuvo mayor discriminación en relación con las características de la población en estudio y el OIDP presentó mayor coeficiente de correlación con el estado de la dentición. (pp. 448-456)³⁰.

Describen Velázquez, Ortiz, Cervantes, García, y Sánchez (2014) que “Ikebe et al. llevaron a cabo un estudio para saber, entre el GOHAI y el OHIP-14, cuál es más sensible a la valoración objetiva de las funciones orales en adultos mayores japoneses.

Concluyeron que aunque el GOHAI y el OHIP-14 tenían una fuerte correlación, el primero demostró ser más sensible a los valores objetivos de las funciones orales entre personas adultas mayores en Japón”. (pp. 448-456).

La correlación más fuerte del GOHAI en la investigación realizada por Strömberg, Holmèn, Hagman-Gustafsson, Gabre, y Wårdh, (2013) fue con el número de dientes, se obtuvo una diferencia significativa entre individuos con necesidades de salud entre moderadas y substanciales. Los resultados más bajos se obtuvieron en los individuos más ancianos y con mayores necesidades. La correlación fue negativa con el desgaste dental, la sequedad bucal y los remanentes radiculares.

³⁰ Velázquez, L. B., Ortiz, L. B., Cervantes, A. C., García, C., & Sánchez, S. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 52(4), (pp. 448-456) Recuperado el 22 de diciembre de 2014, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im144t.pdf>.

En el estudio de Montes y col. (2014) el GOHAI tuvo mayor discriminación en las características sociodemográficas de la población en estudio y el OIDP presentó mayor coeficiente de correlación con el estado de la dentición. (pp. 111-119)³¹.

Para Sánchez y col. (2010) este instrumento mostró propiedades psicométricas aceptables, discriminando entre la salud bucal y la salud en general y se relacionó con el historial de caries medido a través del COP D. (pp. 300-307)³².

Otro ejemplo, en el estudio realizado en la ciudad de Cartagena en el que los participantes tenían una edad promedio de $68,3 \pm 6,3$ años, como resultados principales, se encontró que al analizar las dimensiones evaluadas con el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI). (Duque, Tamayo, Echeverri, Gutiérrez, & Sepúlveda, 2013, págs. 10-23)³³.

De acuerdo a García, Abreu, García, & Morales (2012), la disfunción masticatoria se presentó como la afección buco-dental más frecuente en el grupo estudiado, seguida por la estomatitis subprótesis. (pp. 1-17)³⁴.

Lajes, Aúcar, Ferrándiz, e Hidalgo (2014) constataron que:

31 Montes, C., Juárez, T., Cárdenas, Á., Rabay, C., Heredia, E., García, C., & Sánchez, S. (2014). Comportamiento del Geriatric/General Oral Health Assessment Index (GOHAI) y Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) en una población de adultos mayores de la Ciudad de México. *Revista Odontológica Mexicana*, 18(2), (pp. 111-119) Recuperado el 18 de diciembre de 2014, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2014/uo142f.pdf>.

32 Sánchez, S., Heredia, E., Juárez, T., Gallegos, K., Espine, C., De La Fuente, J., & García, C. (2010). Psychometric properties of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) and dental status of an elderly Mexican population. *Journal of Public Health Dentistry*, 70(4), (pp. 300-307) Recuperado el 2 de enero de 2015, de https://www.google.com.2F45388015_Psychometric_properties_of_the_General_Oral_Health_Assessment_Ind.

33 Duque, V., Tamayo, J., Echeverri, P., Gutiérrez, A., & Sepúlveda, D. (2013). 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 Odont*, 26(1), (pp. 10-23) Recuperado el 18 de diciembre de 2014, de <http://www.scielo.org.co/pdf/>.

34 García, Y., Abreu, J. M., García, M., & Morales, O. (2012). Salud bucal en pacientes del hogar de ancianos "Francisca Navia". *Isla de la Juventud* 2011. *REMIJ*, 13(2), 1-17. Recuperado el 20 de diciembre de 2014, de <http://>

La existencia de pacientes con prótesis totales que presentan problemas que no les permiten desarrollar sus funciones, constituye una problemática que puede tener diferentes causas difíciles de modificar como las deficiencias en el terreno biológico: rebordes reabsorbidos, escasa cantidad de saliva, otras causas que son inherentes a la confección de la prótesis y otras que son inherentes al paciente y por ende, son posibles de actuar sobre ellas, donde se encuentran el inadecuado manejo de la prótesis y el incumplimiento de las indicaciones médicas post instalación.

El nivel de incumplimiento de las indicaciones de uso, cuidado e higiene de las prótesis totales según grupos de edades ha sido estudiado por diferentes autores, los que plantean que la actitud de los ancianos hacia su salud oral es frecuentemente negativo, ya que tienden a aceptar las enfermedades bucodentales crónicas como consecuencia del envejecimiento. (pp. 32-47)³⁵.

También señalan que la calidad de rehabilitación protésica total está relacionada con el nivel de incumplimiento de las indicaciones de uso, cuidado e higiene de las prótesis”. (Lajes, Aúcar, Ferrándiz, & Hidalgo, 2014, págs. 32-47).

El impacto de acuerdo a lo obtenido por Moya, Chappuzeau, Caro y Monsalves (2012), se asoció significativamente al componente obturado, extraído del índice COPD, la media de dientes remanentes y el uso, tipo y estado de la prótesis removible ($p < 0.05$), concordando con lo expuesto en otras investigaciones. (pp. 197-202)³⁶.

En el estudio realizado por Díaz, Arrieta, y Ramos (2012):

³⁵ Lajes, M., Aúcar, J., Ferrándiz, S. M., & Hidalgo, S. (2014). Incumplimiento de las indicaciones postrehabilitación protésica y su influencia en la calidad de vida. *Humanidades Médicas*, 14(1), (pp. 32-47) Recuperado el 30 de noviembre de 2014, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid.

³⁶ Moya, P., Chappuzeau, E., Caro, J., & Monsalves, M. (2012). Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. *Rev Estomatol Herediana*, 22(4), (pp. 197-202) Recuperado el 18 de diciembre de 2014, de <http://>

Se confirma la influencia de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores. Las dimensiones registradas con mayor impacto son malestar psicológico, dolor físico y limitación funcional, lo cual indica implicaciones importantes en la realización de sus actividades cotidianas, por lo que las personas con estas características acuden a estos centros a solicitar el servicio odontológico, por presentar problemas en los que les impide mantener una comunicación social adecuada. (pp. 9-16). Díaz, S., Arrieta, K., & Ramos, K. (2012). Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(1), (pp. 9-16).

En el estudio de Díaz, Arrieta, y Ramos (2012), al analizar las dimensiones evaluadas por el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI), que relacionan la salud bucal con la calidad de vida, se encontró que:

La función psicosocial fue el componente reportado con mayor frecuencia, en especial aquél relacionado con la incomodidad que presentan los adultos mayores al comer frente a otras personas por problemas con sus dientes (44%). Con respecto a la función física, el 63,3% manifestó incomodidad al deglutir sus alimentos y, con respecto a la sensibilidad dental, la molestia más percibida fue la sensibilidad a los alimentos calientes, fríos o dulces, en un 42,5%. Con respecto a los niveles de percepción de calidad de vida relacionada con la salud bucal, a través del índice del GOHAI, el 74,1% (IC 95%: 66,2 - 82,1) de los participantes manifestaron un alto impacto de su salud bucal sobre su calidad de vida. Sólo el 16,6% (IC 95%: 9,9 - 23,4) tuvo una percepción baja y el 9,7% (IC 95%: 3,9 - 14,4) una percepción moderada.

Los resultados obtenidos describen que los adultos mayores perciben que sus problemas dentales de origen endodóntico o traumático, que son acompañados de dolor, y la ausencia de la gran mayoría de sus dientes representan un impacto negativo en la calidad de vida, confirmando la importancia de la salud bucal como factor determinante para la consecución del bienestar general. En este sentido, aunque los problemas dentarios o los desórdenes bucales de cualquier naturaleza ofrezcan poco riesgo para la vida, éstos influyen determinadamente en la calidad de vida de los individuos. Al realizar la asociación a través de los estimadores OR, se encontró una asociación entre los problemas a nivel bucal y el impacto que ejercen estos problemas en la calidad de vida de los adultos mayores, con un OR de 3,5, al igual que Mesas et al, quienes encontraron un OR de 3,41 al asociar los problemas de salud bucal con una percepción negativa sobre la calidad de vida de adultos mayores de un programa de salud familiar en Londrina, Brasil, en 2010 (pp. 9-16).

2.2. Hipótesis.

La percepción de calidad de salud oral en adultos mayores atendidos en el Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno, se relaciona con el estado de salud bucal de esta población.

2.3. Unidades de observación y análisis.

Los adultos mayores atendidos en el periodo diciembre 2014 a enero de 2015.

2.4. Variables.

2.4.1. Independiente.

Edad, sexo, estado civil, nivel académico, ocupación, procedencia, seguridad social, ingresos económicos, hacinamiento, antecedentes médicos personales, estado de la ATM, lesiones de la mucosa, estado periodontal, estado dental, estado protético, uso de prótesis, necesidad de prótesis, nivel de eficacia de la higiene oral en dentados, nivel de eficacia de la higiene oral en portadores de prótesis.

2.4.2. Dependiente.

Índice de Salud Oral Geriátrica.

2.4.3. Matriz de operacionalización de las variables.

(Véase Anexo 1).

CAPÍTULO III.

3. Marco metodológico.

3.1. Modalidad y tipo de la investigación.

Investigación analítica y de corte transversal.

3.2. Métodos.

Se realizó un examen odontológico estandarizado mediante una guía clínica práctica que considera la exploración de la articulación temporomandibular, de las mucosas, del estado periodontal, del estado dental, del estado protético y del nivel de eficacia de la higiene oral. Los datos se recogieron según criterios de la encuesta de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2013)³⁷ y se registraron en una ficha clínica adaptada.

La exploración de la articulación temporomandibular, se realizó mediante la palpación extraoral e interrogatorio directo acerca de la sintomatología. Las lesiones en mucosa oral se registraron según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9). El estado periodontal se valoró con el índice CPITN (Ainamo, Barmes, Beagrie, Cutres, Martin, & Sardo-Infirri, 1982), por ser el más utilizado. El estado dental se determinó siguiendo los criterios diagnósticos propuestos por la OMS y modificado por Vigild (Vigild, 1989)³⁸. Se calculó el índice CPO D para estado dental

³⁷ WHO. (2013). *Oral health surveys. Basic Methods*. Geneva: WHO. Recuperado el 17 de diciembre de 2014, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97035/1/9789241548649_eng.pdf?ua=1

³⁸ Vigild, M. (1989). Dental caries and the need for treatment among institutionalized elderly. *Commun Dent Oral Epidemio l*(17), (pp. 102 - 105) Recuperado el 16 de diciembre de 2014, de [esearchgate.net/ publication /20634177_Dental_caries_and_the_need_for_treatment_among_institutionalized_elderly](http://esearchgate.net/publication/20634177_Dental_caries_and_the_need_for_treatment_among_institutionalized_elderly)

general. El estado de la prótesis se evaluó siguiendo la metodología propuesta por Gil-Montoya (Gil-Montoya, 1994). El uso de prótesis, siguiendo los criterios de la OMS diferenciando las dos arcadas pero sin distinción por tipo de prótesis. La necesidad de prótesis según el criterio de Budtz et al (Budtz-Jogeren, 1985). El nivel de eficacia de la higiene oral, considerado por muchos autores como tema de gran importancia en este grupo de población se determinó según el Índice de O'Leary en los individuos dentados, para portadores de prótesis la higiene oral se categorizó siguiendo el criterio propuesto por Vigild (Vigild, 1989) ³⁹.

El cuestionario de GOHAI, para la evaluación del índice de Salud Oral Geriátrico (calidad de salud oral percibida), está compuesto de 12 preguntas donde la puntuación total del índice de GOHAI corresponde a la suma de las puntuaciones parciales y oscila de entre 12 y 60 puntos y evaluó las dimensiones física/funcional, psicosocial/psicológica y la de dolor/incomodidad (Silva, Tijerina, & Ramos, 2011)⁴⁰.

3.3. Técnicas.

Para el diagnóstico de las afecciones bucodentales se utilizó la observación a través del examen clínico odontológico cuyos resultados se recogieron en las Historias Clínicas y una ficha anexa diseñada para este propósito.

Para la calidad de vida oral se empleó la entrevista aplicando el índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI).

³⁹ Vigild, M. (1989). Dental caries and the need for treatment among institutionalized elderly. *Commun Dent Oral Epidemiol*(17), (pp. 102-105) Recuperado el 16 de diciembre de 2014, de https://www.researchgate.net/publication/20634177_Dental_caries_and_the_need_for_treatment_among_institutionalized_elderly

⁴⁰ Silva, I., Tijerina, L., & Ramos, E. (2011). Calidad de vida y necesidad prótesis bucal de los trabajadores de la empresa siderúrgica Altos Hornos de México. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 12(4), (pp. 7-10) Recuperado el 17 de diciembre de 2014, de http://www.respyn.uanl.mx/xii/4/articulos/necesidad_de_protesis.htm.

3.4. Instrumentos.

Dentro de los instrumentos constaron la historia clínica, la ficha de observación y el modelo de encuesta de GOHAI.

3.5. Población y muestra.

Población: Para este análisis investigativo se trabajó con pacientes adultos mayores atendidos en el Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno, en el periodo diciembre 2014 a enero 2015.

Criterios de inclusión:

Adulto mayor atendido en el Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno.

No tenga deterioro cognitivo

Criterio de exclusión

Deterioro cognitivo

Muestra: Se trabajó con el universo de estudio.

3.6. Recolección de la información.

La información fue recopilada mediante los diagnósticos realizados con las evaluaciones odontológicas y las entrevistas aplicadas.

3.7. Procesamiento de la información.

Con las variables de estudio se obtuvieron valores de tendencia central y de dispersión, así como sus frecuencias absolutas y relativas. También se realizó el estudio de asociación utilizando el test de Chi Cuadrado (X^2) y regresión logística para las variables cualitativas del estudio. Todo el procesamiento se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 20, con un nivel de significación del 95% y los resultados se expresaron en tablas y gráficos.

3.8. Ética.

A todos los pacientes incluidos en la investigación, se les ofreció información precisa sobre los objetivos de la misma. Se contó con el consentimiento oral y escrito de los mismos para lo cual se confeccionó una planilla. (Ver anexo 2).

3.9. Recursos.

3.9.1. Humanos.

Investigador

Director de tesis

3.9.2. Materiales.

Espejos bucales

Exploradores bucales

Guantes

Mascarillas

Sondas

3.9.3. Tecnológicos.

Computadora

Impresora

3.9.4. Económicos.

La investigación tuvo un costo de \$178.86 USD, que fueron financiados por el investigador.

CAPÍTULO IV.

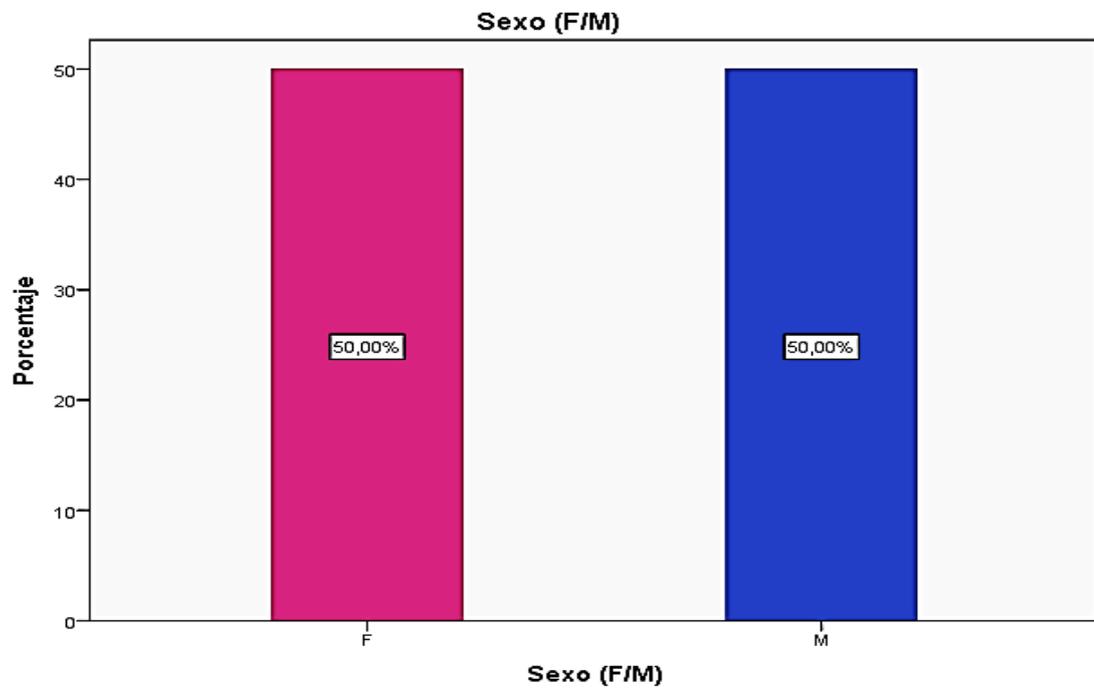
4. Análisis e interpretación de los resultados.

Cuadro 1.

Distribución por sexo de la población.

Sexo (F/M)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	20	50,00	50,00	50,00
	Masculino	20	50,00	50,00	100,00
	Total	40	100,00	100,00	

Gráfico 1.



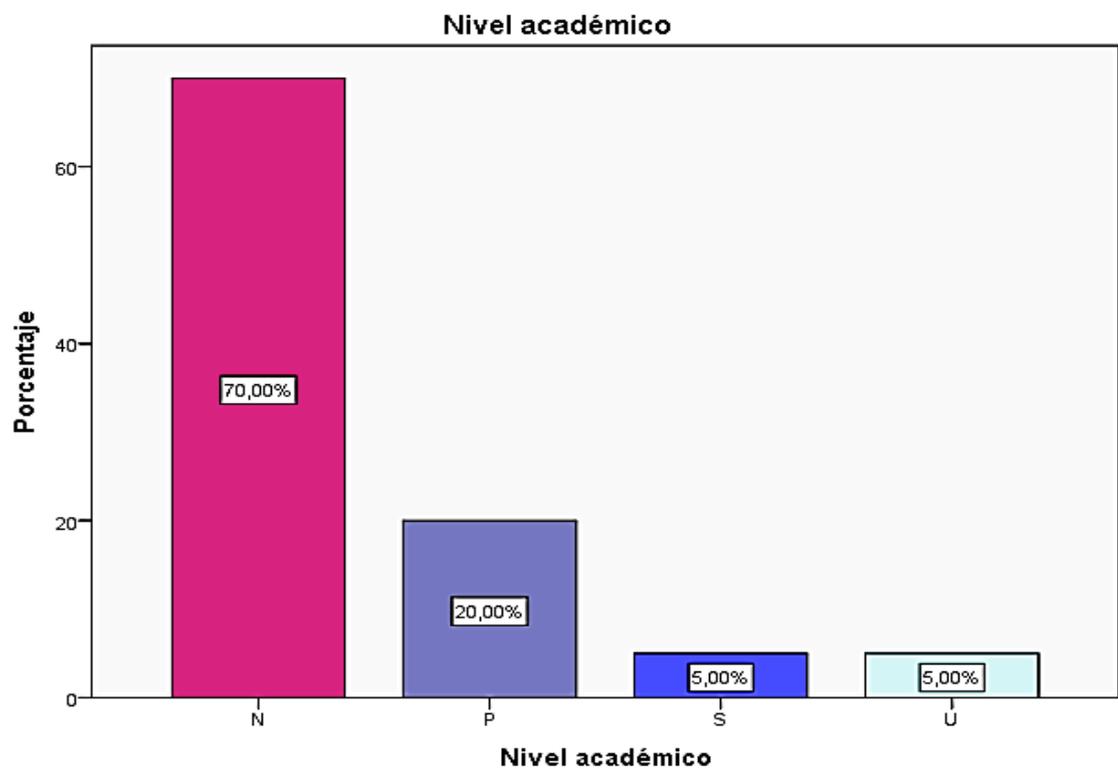
Fuente: Datos de las Historias Clínicas.
Elaborado por: William Cantos Macías.

Cuadro 2.

Distribución de la población de acuerdo al nivel académico.

Nivel académico					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguno	28	70,00	70,00	70,00
	Primario	8	20,00	20,00	90,00
	Secundario	2	5,00	5,00	95,00
	Universitario	2	5,00	5,00	100,00
	Total	40	100,00	100,00	

Gráfico 2.



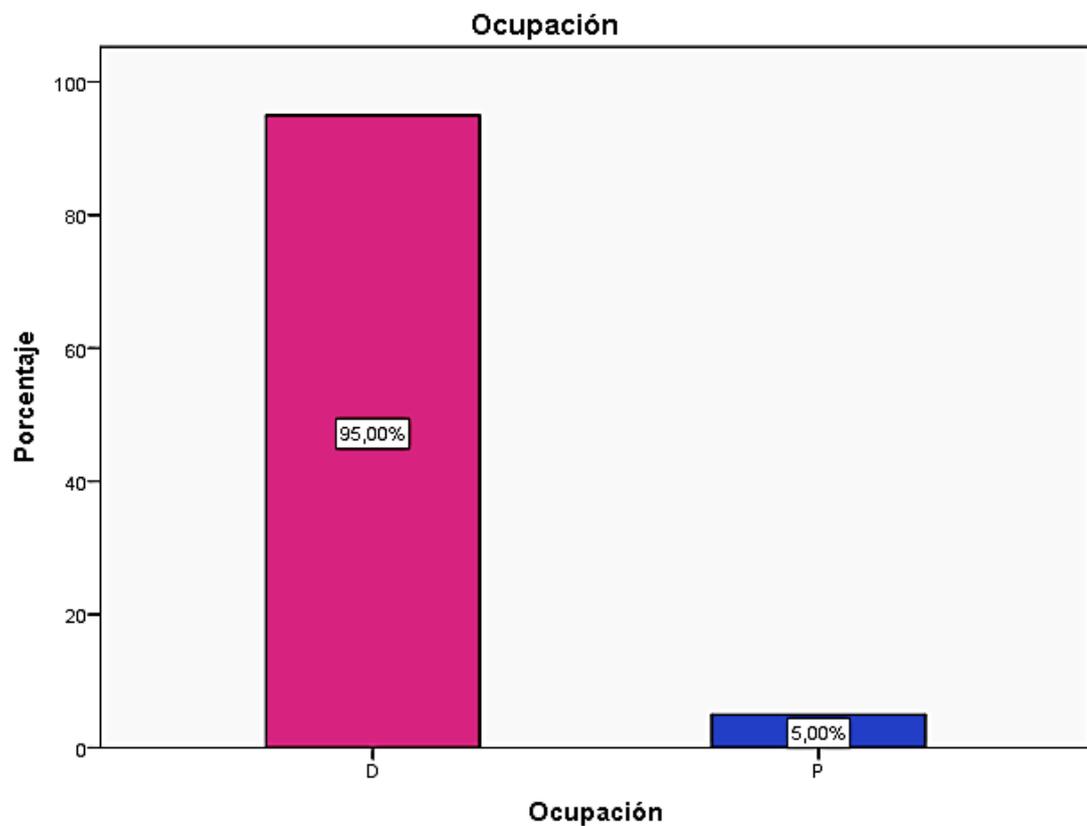
Fuente: Datos de las Historias Clínicas.
Elaborado por: William Cantos Macías.

Cuadro3.

Distribución de la población de acuerdo a la ocupación.

Ocupación					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Desocupado	38	95,00	95,00	95,00
	Pensionado	2	5,00	5,00	100,00
	Total	40	100,00	100,00	

Cuadro3.



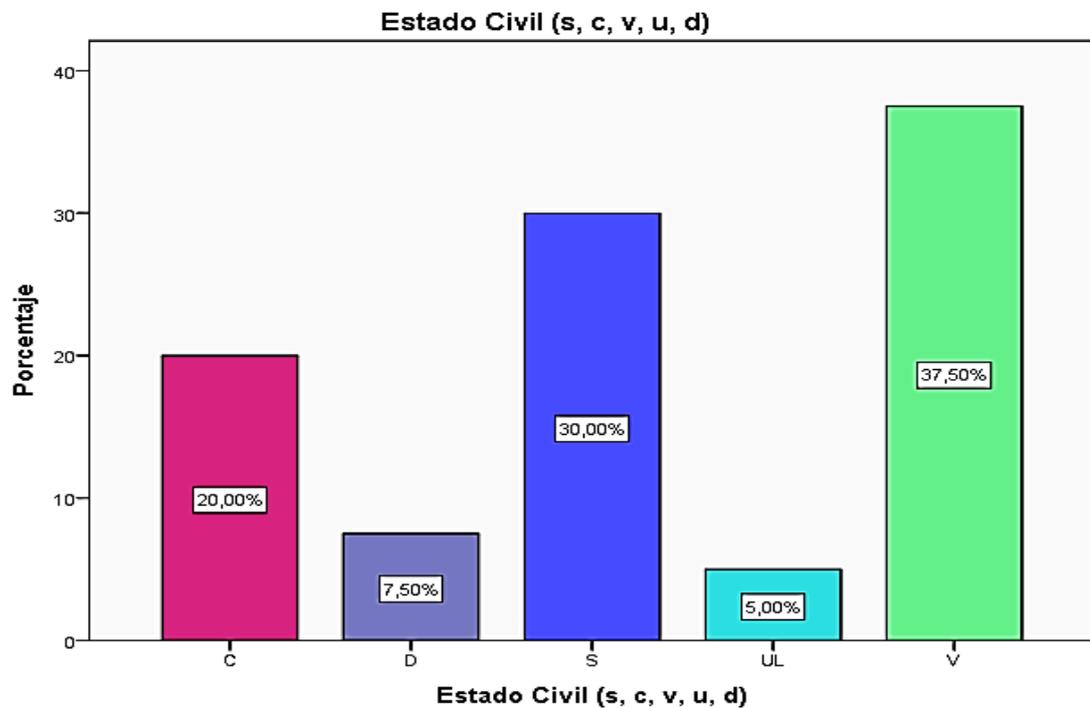
Fuente: Datos de las Historias Clínicas.
Elaborado por: William Cantos Macías.

Cuadro 4.

Distribución de la población de acuerdo al estado civil.

Estado Civil (s, c, v, u, d)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casado	8	20,00	20,00	20,00
	Divorciado	3	7,50	7,50	27,50
	Soltero	12	30,00	30,00	57,50
	Unión Libre	2	5,00	5,00	62,50
	Viudo	15	37,50	37,50	100,00
	Total	40	100,00	100,00	

Gráfico 4.



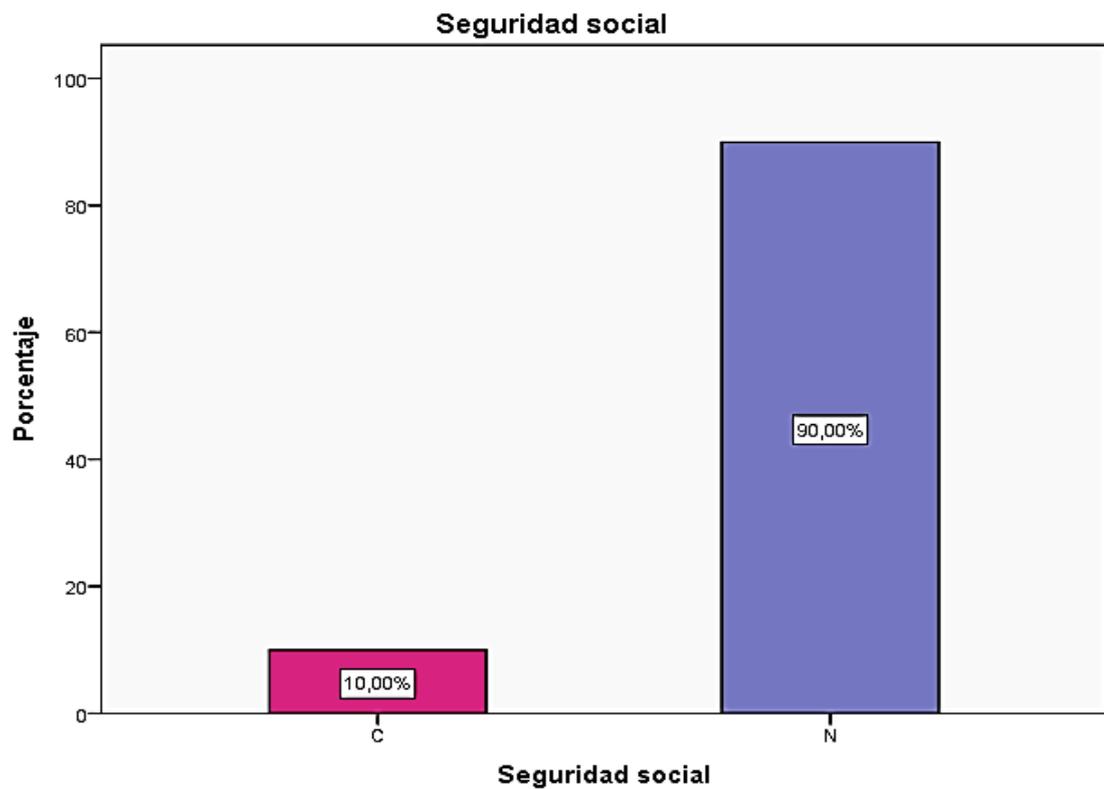
Fuente: Datos de las Historias Clínicas.
Elaborado por: William Cantos Macías.

Cuadro 5.

Distribución de la población de acuerdo a la seguridad social.

Seguridad social					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	C- Contributivo	4	10,00	10,00	10,00
	N- Subsidiado	36	90,00	90,00	100,00
	Total	40	100,00	100,00	

Gráfico 5.



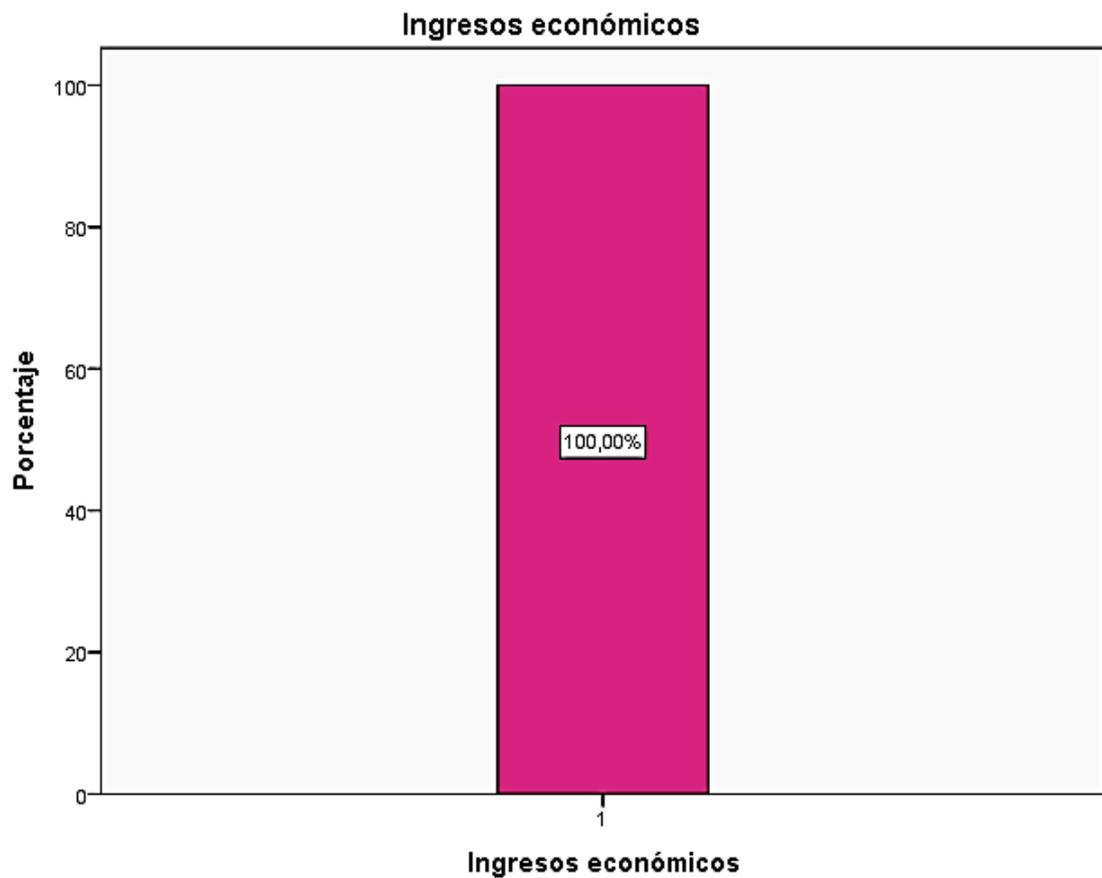
Fuente: Datos de las Historias Clínicas.
Elaborado por: William Cantos Macías.

Cuadro 6.

Distribución de la población de acuerdo a los ingresos económicos.

Ingresos económicos					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1. Muy Bajos	40	100,00	100,00	100,00

Gráfico 6.



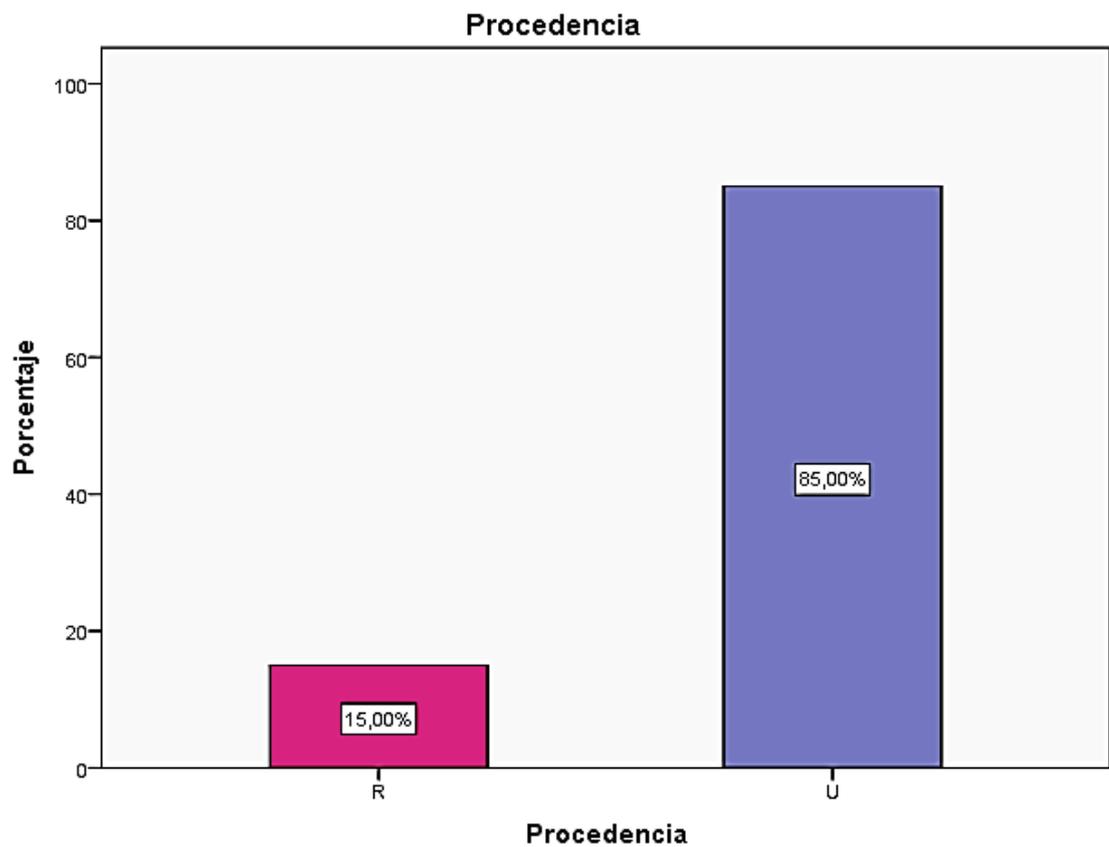
Fuente: Datos de las Historias Clínicas.
Elaborado por: William Cantos Macías.

Cuadro 7.

Distribución de la población según su procedencia.

Procedencia					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Rural	6	15,00	15,00	15,00
	Urbana	34	85,00	85,00	100,00
	Total	40	100,00	100,00	

Gráfico 7.



Fuente: Datos de las Historias Clínicas.
Elaborado por: William Cantos Macías.

Discusión de los resultados de las tablas y gráficos de 1 a 7.

La población de adultos mayores del hogar de ancianos Guillermina Loor que cumplió los criterios de inclusión de esta investigación estuvo conformada por 20 hombres y 20 mujeres por lo que se considera homogénea en cuanto a distribución por sexo, lo que facilita el análisis de los resultados obtenidos en dicho centro. Con respecto a su educación 28 (70%) son analfabetos, 8 de ellos cursaron los estudios primarios (20%), 2 (5%) terminaron la secundaria y solo 2 (5%) son universitarios. En cuanto a su ocupación 38 (95%) son desocupados y 2 (5%) son pensionados. 34 ancianos (85%) son de procedencia urbana y 6 ancianos de procedencia rural (15%).

El estado civil que predomina es la viudez, en el 37.5 % de los casos (15 viudos), seguido por 12 solteros (30%), 8 casados (20%), 3 divorciados (7.5%) y 2 en unión libre (5%). Cabe señalar que el 75% de la población carece de pareja sentimental, lo que refuerza la sensación de soledad, agudizando la tristeza que provoca frecuentemente en el anciano la institucionalización.

El 90% de la población (36 ancianos) son subsidiados y solo 4 (10%) tienen un estado contributivo; pero el 100% percibe ingresos inferiores a un salario básico.

Excepto en la distribución en cuanto al sexo las características de esta población coincidieron con las descritas por Soria y Rodríguez (2002).

En el estudio predominó el sexo masculino con respecto al femenino, lo cual está en relación con el mayor número de ingreso de hombres y la mayor disponibilidad de camas para los mismos. El grupo de edad que prevaleció fue el comprendido entre los 70-79 años de edad, dato éste que se corresponde con un estudio realizado en este centro, en el año 1986.

A medida que avanzan los años el individuo va perdiendo capacidades, por lo que va siendo aislado socialmente y pierde así el rol que antes desempeñaba, lo cual fundamenta las causas para su ingreso.

La principal causa que motivó a los sujetos estudiados en su ingreso en el hogar fue el vivir solo, teniendo en cuenta las pérdidas de algunas facultades y la propia limitación física que el propio envejecimiento impone, lo cual ha hecho a estos ancianos solicitar su ingreso en esta institución.

No tener familia o contar con mala atención filial fueron otras de las causas más sobresalientes en esta casuística: llama la atención el número significativo de residentes que su ingreso estuvo motivado por la mala atención filial, aspecto que debe ser tomado en consideración en la educación de la familia para una inserción de la persona de la tercera edad en las actividades del hogar y su responsabilidad en el cuidado, tanto físico como psíquico, de los adultos mayores. (pp. 116-121).

Lo mismo ocurre con el estudio de Estrada y otros (2013) que describe que:

(...) la institución estudiada proporcionó aislamiento y exclusión social, lo que favoreció la pérdida paulatina de la capacidad funcional y psicológica en los ancianos.

En el estudio predominó el sexo masculino con respecto al femenino, lo cual está en relación con el mayor número de ingreso de hombres y la mayor disponibilidad de camas para los mismos. (...). A medida que avanzan los años el individuo va perdiendo capacidades, por lo que va siendo aislado socialmente y pierde así el rol que antes desempeñaba, lo cual fundamenta las causas para su ingreso. La principal causa que motivó a los sujetos estudiados en su ingreso en el hogar fue el vivir solo, teniendo en cuenta las pérdidas de algunas facultades y la propia limitación física que el propio envejecimiento impone, lo cual ha hecho a estos ancianos solicitar su ingreso en esta institución. No tener familia o contar con mala atención filial fueron otras de las causas más sobresalientes en esta casuística (...).

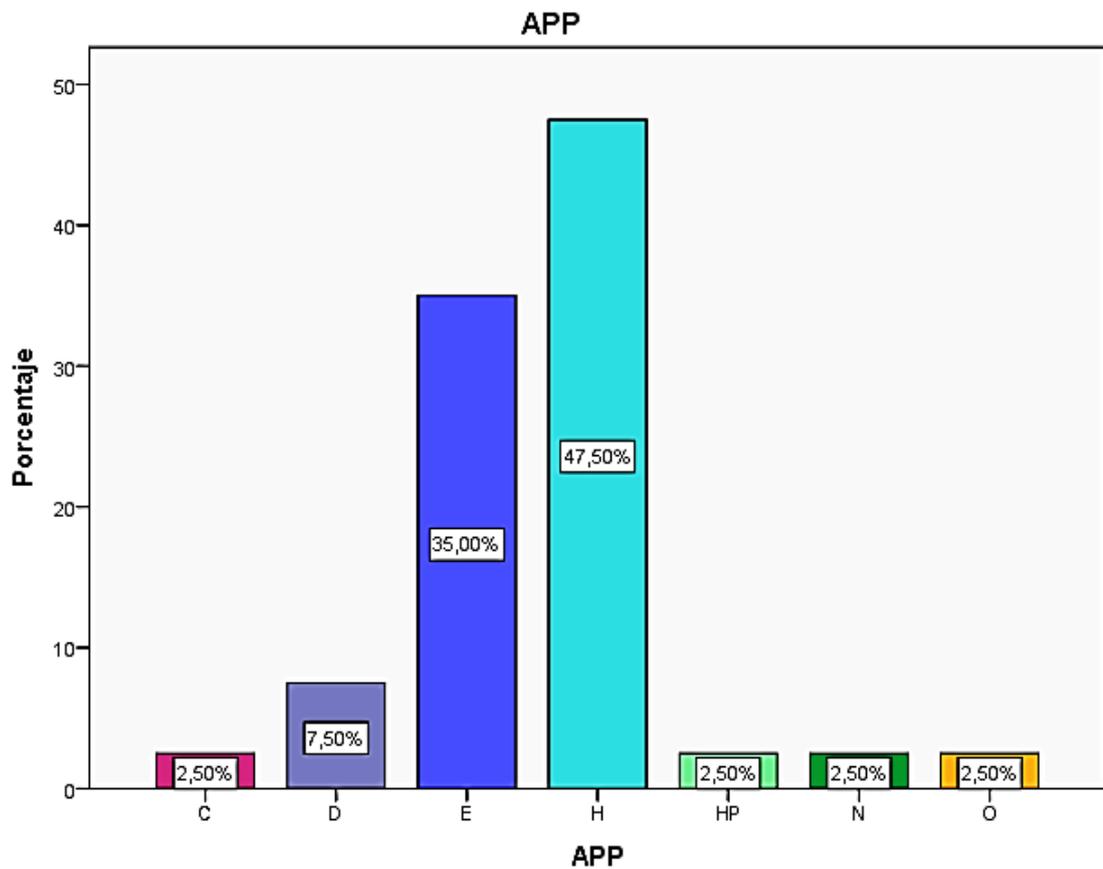
Asimismo, se ha reportado que en los adultos mayores que viven en residencias, las condiciones de vida y la falta de contacto social se han asociado con síntomas depresivos. Además, los estudios de Pérez y Arcia (2008) han reportado asociación entre viudez con una mayor probabilidad de síntomas depresivos, al igual que el estado de salud física, el desarrollo de actividades de la vida diaria y la autonomía de los adultos mayores. Por lo expuesto, este estudio explora la asociación de factores como salud física y mental, condiciones de apoyo social, estado nutricional y calidad de vida con los síntomas de depresión en la población adulta mayor. (pp. 81-94).

Cuadro 8.

Distribución de la población de acuerdo a los antecedentes patológicos personales.

APP					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Cardiopatía	1	2,50	2,50	2,50
	Diabetes mellitus	3	7,50	7,50	10,00
	Esqueléticas	14	35,00	35,00	45,00
	Hipertensión arterial	19	47,50	47,50	92,50
	Hipertensión y pulmonares	1	2,50	2,50	95,00
	Ninguna	1	2,50	2,50	97,50
	Otras	1	2,50	2,50	100,00
	Total	40	100,00	100,00	

Gráfico 8.



Fuente: Datos de las Historias Clínicas.
Elaborado por: William Cantos Macías.

Discusión del gráfico 8.

La enfermedad sistémica que más frecuentemente se presentó fue la hipertensión arterial en 19 pacientes (47.5%), le siguen los trastornos esqueléticos en 14 pacientes (35%) y en menor medida la Diabetes mellitus en 3 ancianos (10%), las cardiopatías, la hipertensión asociada a enfermedades respiratorias y otras en solo un paciente en cada caso (2.5%). Solo 1 anciano se encontraba sano (1%).

En el estudio de Rebagliati, Horruitiniere, y Lavaggi, (2012) “se registró polifarmacia en 650 (91,4%) casos, hipertensión en 492 (69,2%), estreñimiento en 399 (56,1%), diabetes mellitus tipo 2 en 329 (46,3%), malnutrición y caídas en 250 (35,2%), incontinencia urinaria en 199 (28%) e hipotiroidismo en 113 (16%).” (pp. 21-27).

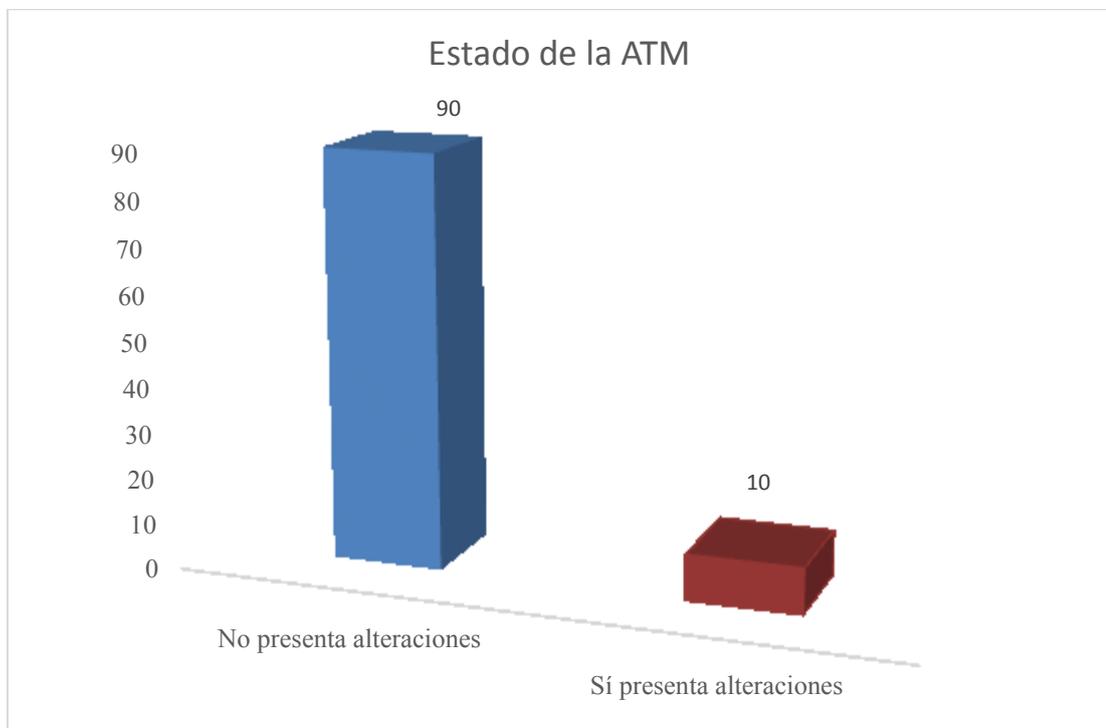
También Malpica, Heredia, Ramírez, y Figueredo (2006) detectaron que “En el anciano es un problema común la HTA, que alcanza una prevalencia de casi 60.80% en mayores de 60 a 65 años; lo que se demuestra más para la hipertensión sistólica.” (pp. 73-85).

Cuadro 9.

Distribución de la población de acuerdo al estado de la articulación temporomandibular.

Estado de la ATM					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No presenta alteraciones	36	90,00	90,00	90,00
	Sí presenta alteraciones	4	10,00	10,00	100,00
Total		40	100,00	100,00	

Gráfico 9.



Fuente: Datos de las Historias Clínicas.
Elaborado por: William Cantos Macías.

Cuadro 10.

Distribución de la población de acuerdo a la presencia de lesiones de la mucosa.

Lesiones de la mucosa					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No presenta	37	92,50	92,50	92,50
	Sí presenta	3	7,50	7,50	100,00
	Total	40	100,00	100,00	

Gráfico 10.



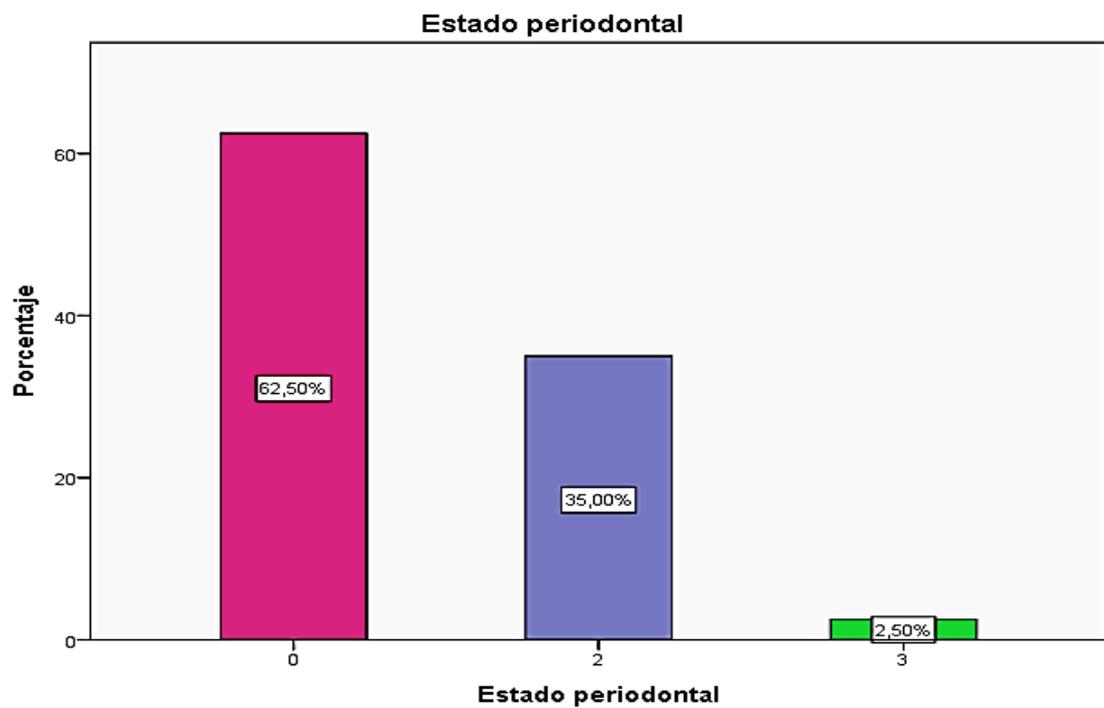
Fuente: Datos de las Historias Clínicas.
Elaborado por: William Cantos Macías.

Cuadro 11.

Distribución de la población de acuerdo al estado periodontal.

Estado periodontal					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0 Sin periodontitis	25	62,50	62,50	62,50
	Periodontitis grado 2	14	35,00	35,00	97,50
	Periodontitis grado 3	1	2,50	2,50	100,00
	Total	40	100,00	100,00	

Gráfico 11.



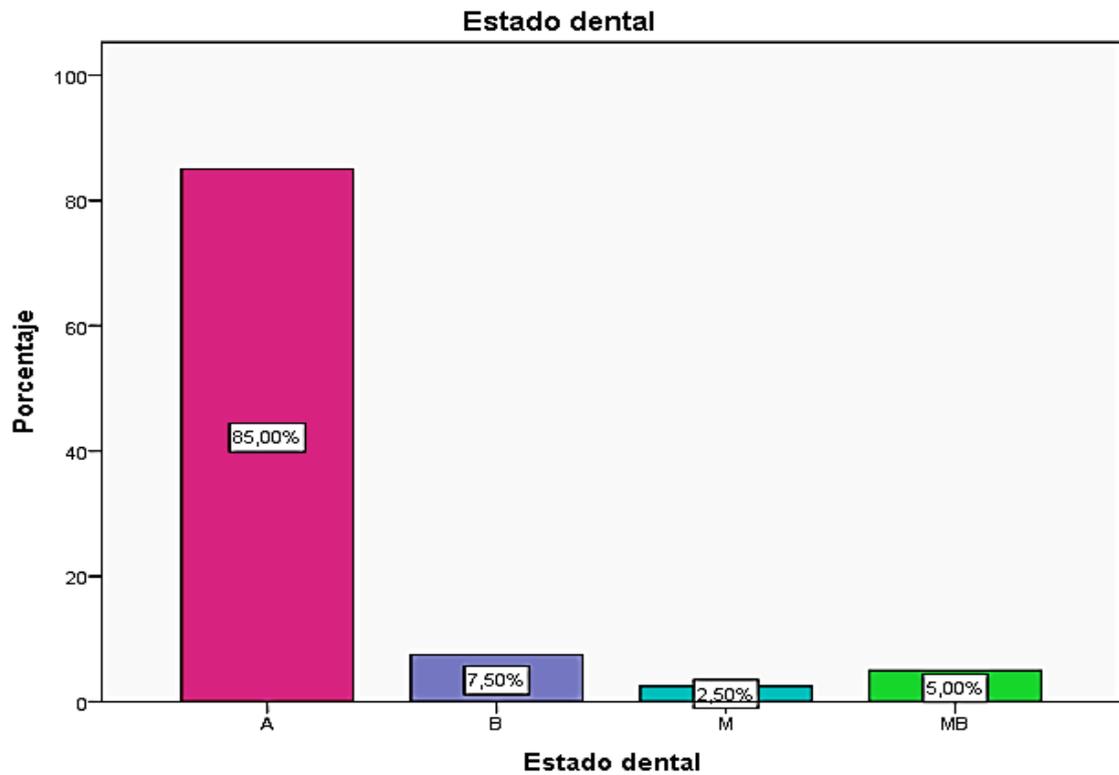
Fuente: Datos de las Historias Clínicas.
Elaborado por: William Cantos Macías.

Cuadro 12.

Distribución de la población de acuerdo al estado dental.

Estado dental con respecto al índice de caries					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Alto	34	85,00	85,00	85,00
	Bajo	3	7,50	7,50	92,50
	Moderado	1	2,50	2,50	95,00
	Muy bajo	2	5,00	5,00	100,00
	Total	40	100,00	100,00	

Gráfico 12.



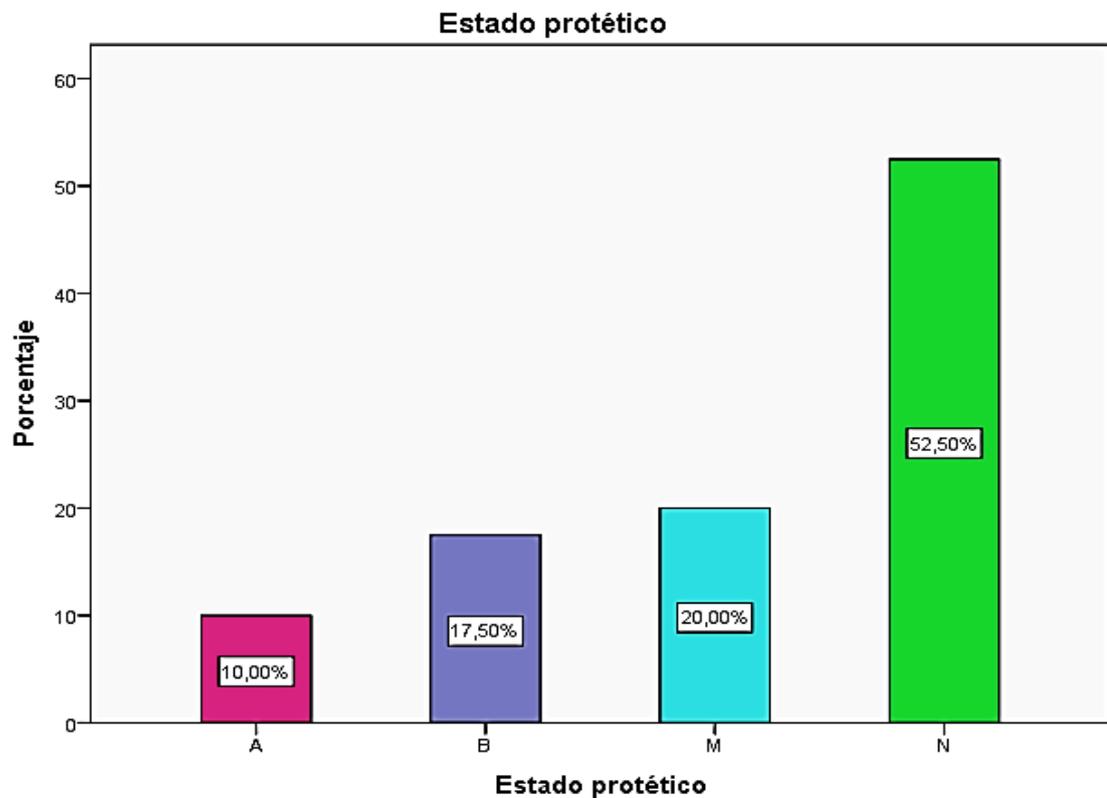
Fuente: Datos de las Historias Clínicas.
Elaborado por: William Cantos Macías.

Cuadro 13.

Distribución de la población de acuerdo al estado protético.

Estado protético					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Aceptable	4	10,00	10,00	10,00
	Bueno	7	17,50	17,50	27,50
	Malo	8	20,00	20,00	47,50
	No usa	21	52,50	52,50	100,00
	Total	40	100,00	100,00	

Gráfico 13.



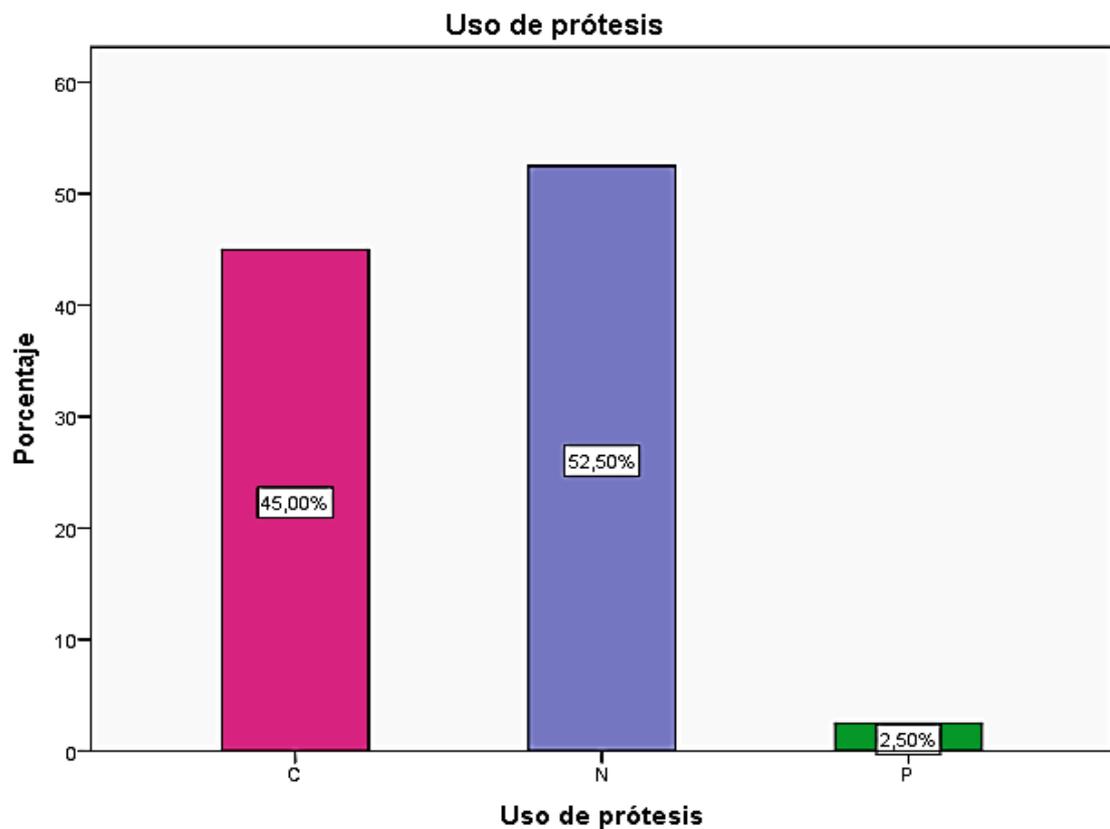
Fuente: Datos de las Historias Clínicas.
Elaborado por: William Cantos Macías.

Cuadro 14.

Distribución de la población de acuerdo al uso de prótesis.

Uso de prótesis					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completa	18	45,00	45,00	45,00
	No usa	21	52,50	52,50	97,50
	Parcial	1	2,50	2,50	100,00
	Total	40	100,00	100,00	

Gráfico 14.



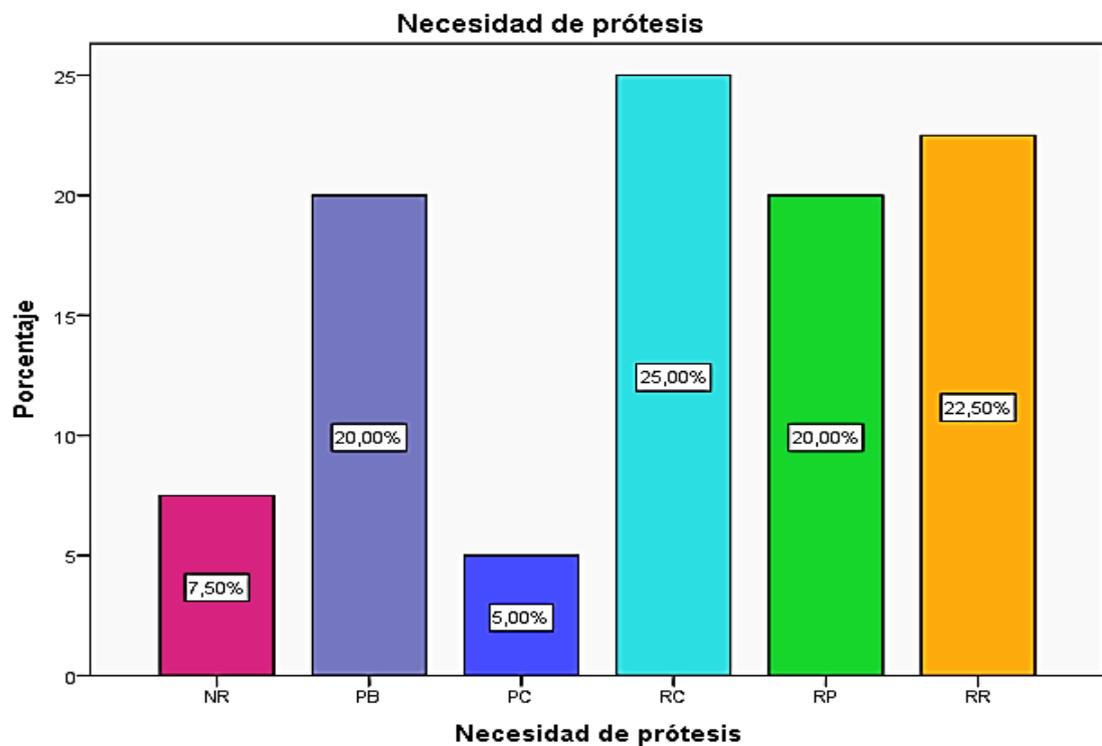
Fuente: Datos de las Historias Clínicas.
Elaborado por: William Cantos Macías.

Cuadro 15.

Distribución de la población de acuerdo a la necesidad de prótesis.

Necesidad de prótesis					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No requiere	3	7,50	7,50	7,50
	PB- Prótesis en buen estado	8	20,00	20,00	27,50
	PC-Reparación capital	2	5,00	5,00	32,50
	RC-Requiere prótesis completa	10	25,00	25,00	57,50
	RP-Requiere prótesis parcial	8	20,00	20,00	77,50
	RR-Requiere reparación	9	22,50	22,50	100,00
	Total	40	100,00	100,00	

Gráfico 15.



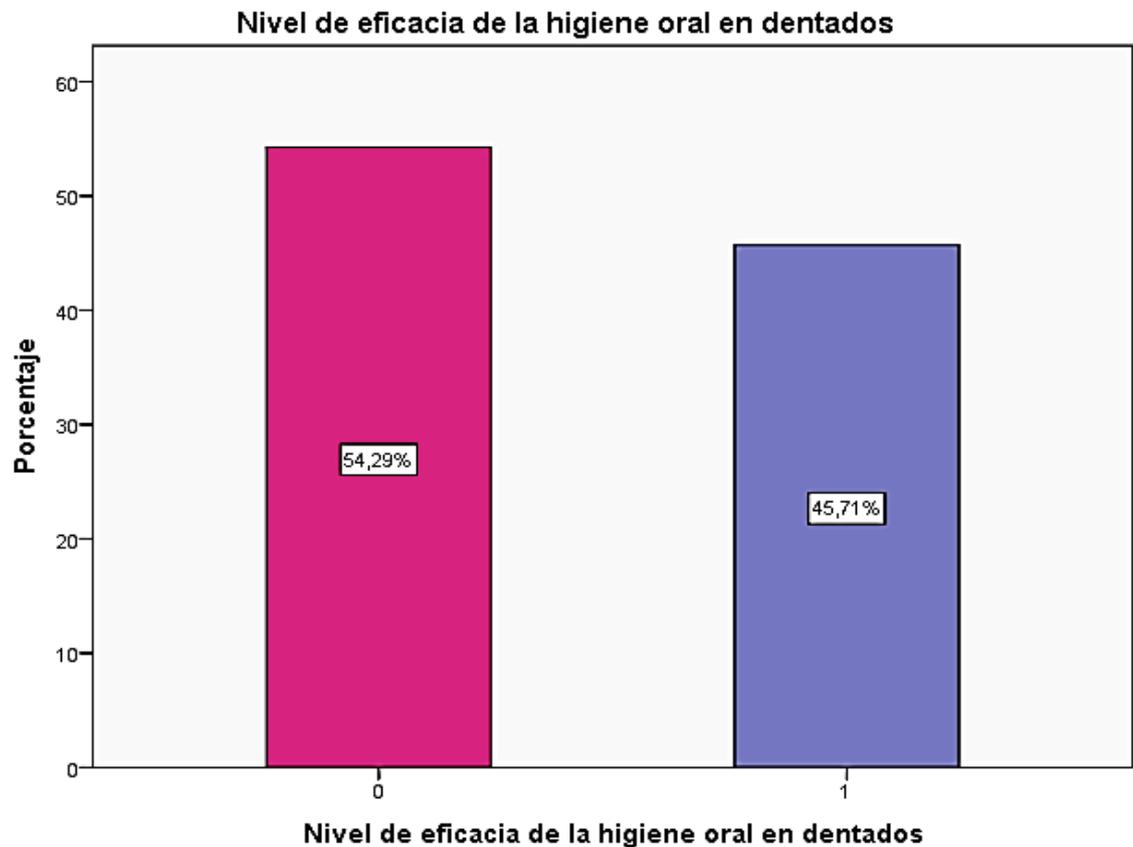
Fuente: Datos de las Historias Clínicas.
Elaborado por: William Cantos Macías.

Cuadro 16.

Distribución de la población dentada de acuerdo a la eficacia de la higiene oral.

Nivel de eficacia de la higiene oral en dentados					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0-mala	19	47,50	54,30	54,30
	1-buena	16	40,00	45,70	100,00
	Total	35	87,50	100,00	
Perdidos	Sistema	5	12,50		
Total		40	100,00		

Gráfico 16.



Fuente: Datos de las Historias Clínicas.
Elaborado por: William Cantos Macías.

Discusión de los gráficos 9 al 16.

La articulación temporomandibular presenta alteraciones en 4 de los ancianos estudiados (10%) y en 36 pacientes está sana (90%), algo similar se observó en la mucosa que solo estaba lesionada en 3 ancianos (7.5 %) mientras que en 37 ancianos estaba sana (92.5%). En cambio se observó periodontitis en el 37.5 % de los ancianos, 14 (35%) grado 2 y 1 (2.5%) grado 3; 25 pacientes no tuvieron periodontitis (62.5%). El índice de caries fue muy alto en 34 pacientes (85%), Moderado en 1 paciente (2.5 %), bajo en 3 (7.5%) y muy bajo en 2 (5%).

Con respecto a las prótesis 21 pacientes no usan, 7 las mantienen en buenas condiciones (17.5%) 4 las mantienen en condiciones aceptables (10%) y en 8 casos la prótesis estaba en malas condiciones (20%). Con respecto al total de pacientes 18 (45%) usa prótesis completa y 1 (2.5%) usa parcial. No necesitan prótesis 3 pacientes (7.5%), 9 requieren reparación (22.5) y 2 requieren reparación capital (5%). Necesitan prótesis totales 10 pacientes (25%) y parciales 8 pacientes (20%).

La higiene, teniendo en cuenta la dental y la protética fue mala en 19 (47.5%) casos y buena en 16 casos (40%). Hubo 8 pacientes no evaluados.

En cuanto a salud bucal es alarmante el índice de caries y la situación con las prótesis dentales, ambos elementos que comprometen seriamente la salud bucal de los ancianos institucionalizados en el centro Guillermina Llor de Moreno.

En un estudio descriptivo de pacientes geriátricos institucionalizados en el hogar de anciano: Jesús Menéndez Larrondo, del municipio Holguín realizado por Graña, Graña y Carrasco (2012) se concluyó que:

Se constató la presencia de enfermedades bucales en los pacientes geriátricos institucionalizados que padecían de demencia, presentándose en un mayor porcentaje la disfunción masticatoria, seguida de las periodontopatías, caries y lesiones premalignas. La intensidad de la enfermedad periodontal fue elevada en la población de estudio, predominando la destrucción avanzada y gingivitis con formación de bolsas en pacientes con mayor tiempo de diagnóstico de la demencia y grupo de edad de 80 y más. (pp. 1-12).

En otro estudio realizado por Espeso, Mulet, Gómez, y Más (2006) se describe que “La enfermedad periodontal estuvo presente en el 95,8 % de los ancianos y dentro de ella la periodontitis resultó ser la más común.” (pp. 42-51).

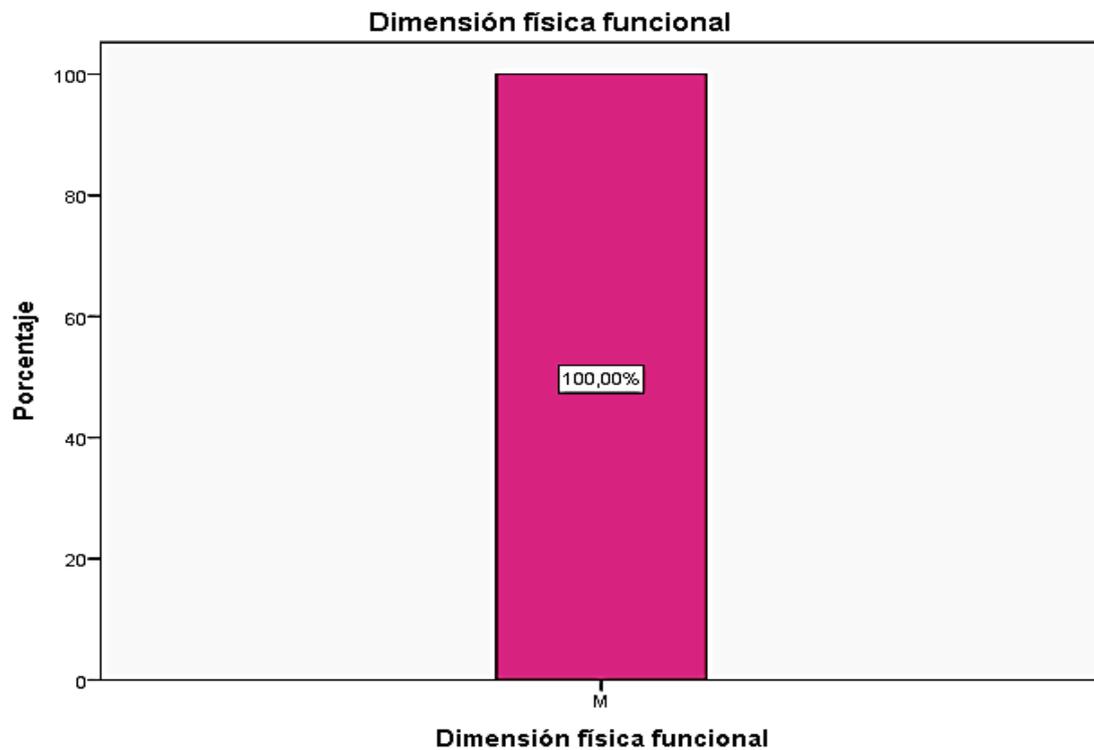
Los resultados obtenidos en este estudio coinciden con los hallazgos de estos autores en lo que a periodontitis y caries respecta, en cambio solo se observaron escasas disfunciones masticatorias y lesiones de la mucosa.

Cuadro 17.

Distribución de la población de acuerdo con los resultados de la percepción de la dimensión física funcional en el GOHAI.

Dimensión física funcional					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mala	40	100,00	100,00	100,00

Gráfico 17.



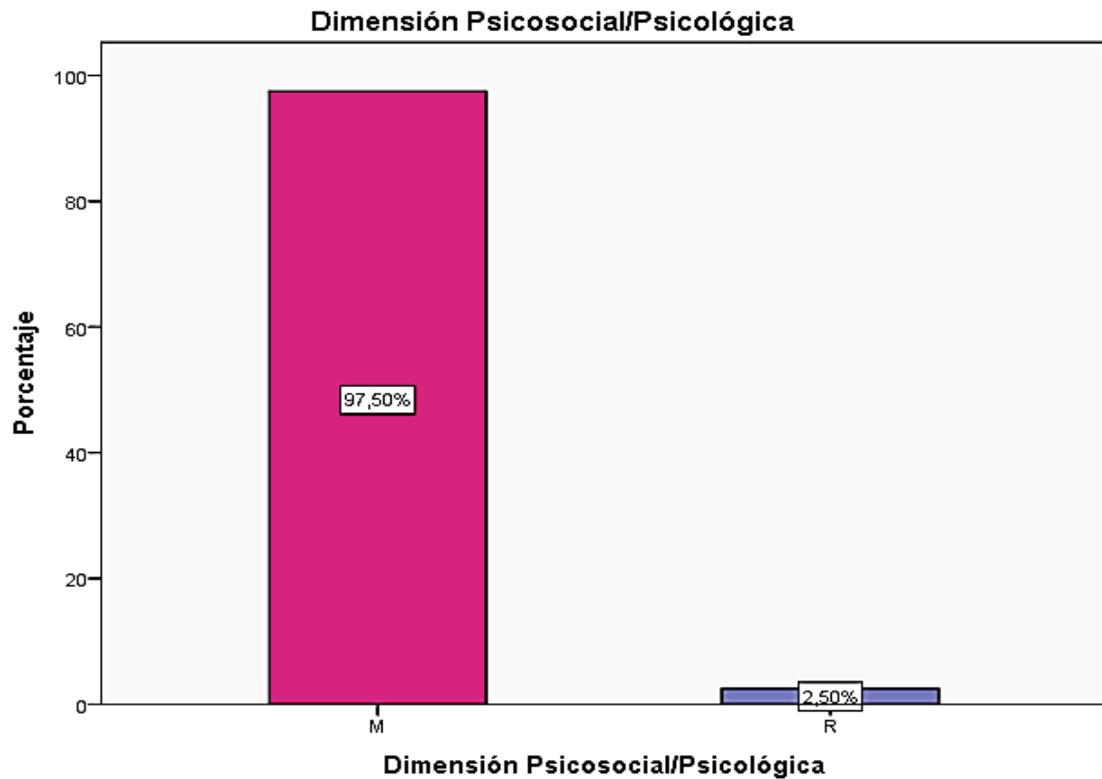
Fuente: Datos del GOHAI.
Elaborado por: William Cantos Macías.

Cuadro 18.

Distribución de la población de acuerdo a la percepción de la dimensión psicosocial/psicológica en el GOHAI.

Dimensión Psicosocial/Psicológica					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mala	39	97,50	97,50	97,50
	Regular	1	2,50	2,50	100,00
	Total	40	100,00	100,00	

Gráfico 18.



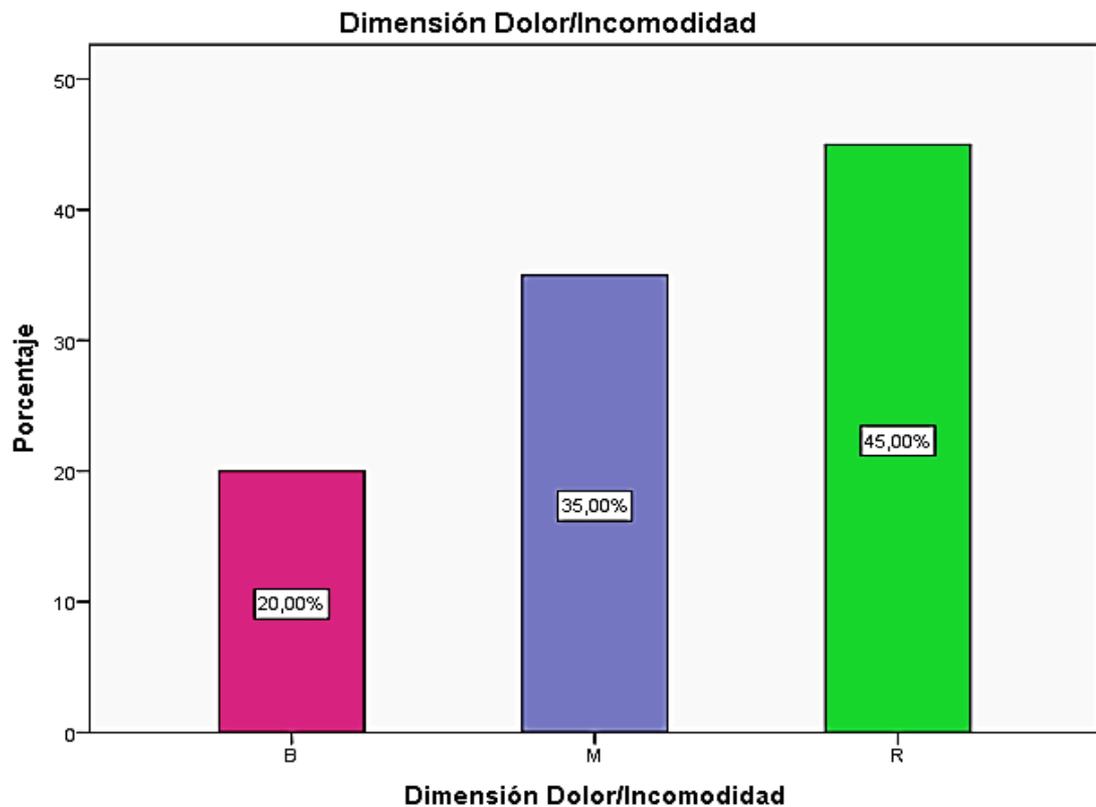
Fuente: Datos del GOHAI.
Elaborado por: William Cantos Macías.

Cuadro 19.

Distribución de la población de acuerdo a la percepción de la dimensión dolor/incomodidad en el GOHAI.

Dimensión Dolor/Incomodidad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Buena	8	20,00	20,00	20,00
	Mala	14	35,00	35,00	55,00
	Regular	18	45,00	45,00	100,00
	Total	40	100,00	100,00	

Gráfico 19.



Fuente: Datos del GOHAI.
Elaborado por: William Cantos Macías.

Discusión de las tablas 17 a la 19.

Los resultados del GOHAI arrojaron una percepción de mala calidad de la salud bucal en la dimensión física funcional y la dimensión psicosocial/psicológica. Solo difirieron los resultados de la dimensión dolor/incomodidad en la que 8 pacientes (20%) refirieron buena calidad; 14 pacientes (35%) la describieron como regular y 18 pacientes (45%) coincidieron en tener mala calidad.

Estos resultados difieren de los del estudio de Díaz, Arrieta, y Ramos (2012), al analizar las dimensiones evaluadas por el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI), que relacionan la salud bucal con la calidad de vida, se encontró que:

La función psicosocial fue el componente reportado con mayor frecuencia, en especial aquél relacionado con la incomodidad que presentan los adultos mayores al comer frente a otras personas por problemas con sus dientes (44%). Con respecto a la función física, el 63,3% manifestó incomodidad al deglutir sus alimentos y, con respecto a la sensibilidad dental, la molestia más percibida fue la sensibilidad a los alimentos calientes, fríos o dulces, en un 42,5%. Con respecto a los niveles de percepción de calidad de vida relacionada con la salud bucal, a través del índice del GOHAI, el 74,1% (IC 95%: 66,2 - 82,1) de los participantes manifestaron un alto impacto de su salud bucal sobre su calidad de vida. Sólo el 16,6% (IC 95%: 9,9 - 23,4) tuvo una percepción baja y el 9,7% (IC 95%: 3,9 - 14,4) una percepción moderada. (pp. 9-16). Díaz, S., Arrieta, K., & Ramos, K. (2012). Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(1), 9-16.

Pero estos resultados se sustentan en las precarias condiciones de salud bucal de estos ancianos y el componente afectivo negativo aportado por la institucionalización. Luego, la percepción de mala calidad de salud oral puede estar dada por un estado depresivo secundario a los estados carenciales afectivos de los ancianos institucionalizados.

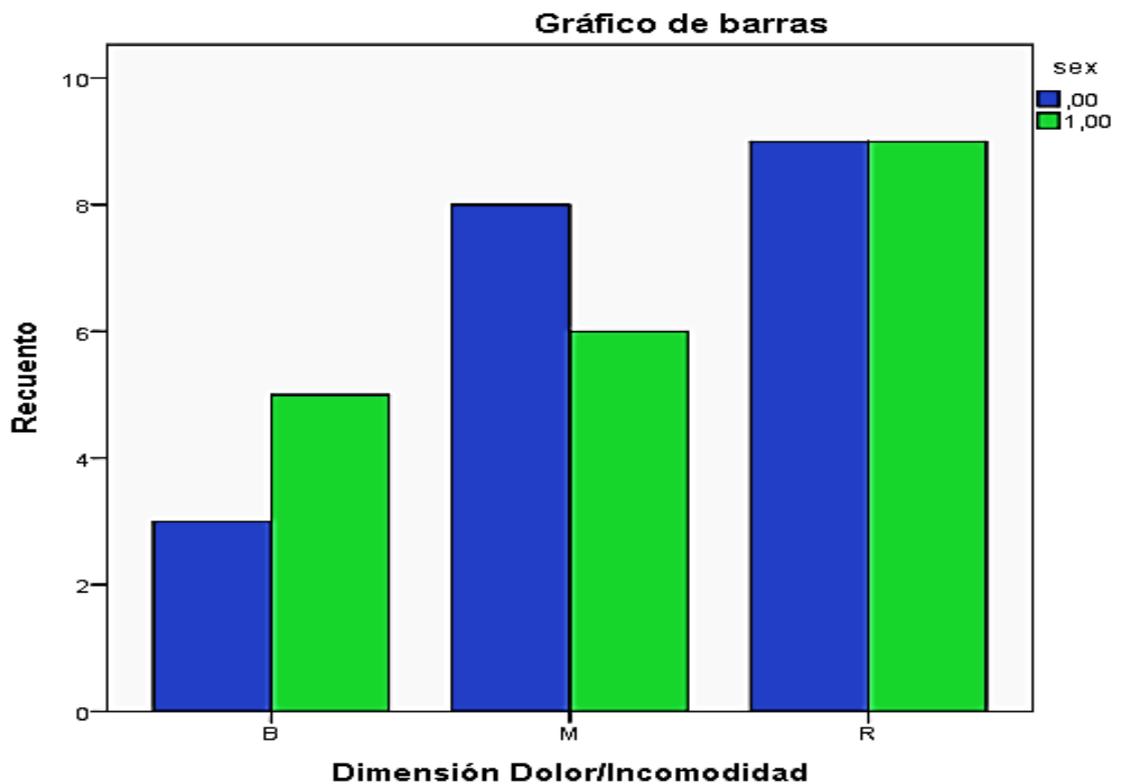
Cuadro 20.

Resultados del apartado dolor/incomodidad del GOHAI según sexo.

Dimensión Dolor/Incomodidad*sex tabulación cruzada				
Recuento				
		sex		Total
		,00	1,00	
Dimensión Dolor/Incomodidad	B	3	5	8
	M	8	6	14
	R	9	9	18
Total		20	20	40

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl.	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,786 ^a	2	,675
Razón de verosimilitud	,792	2	,673
N°. de casos válidos	40		

Gráfico 20.



Fuente: Datos de las Historias Clínicas y GOHAI.
Elaborado por: William Cantos Macías.

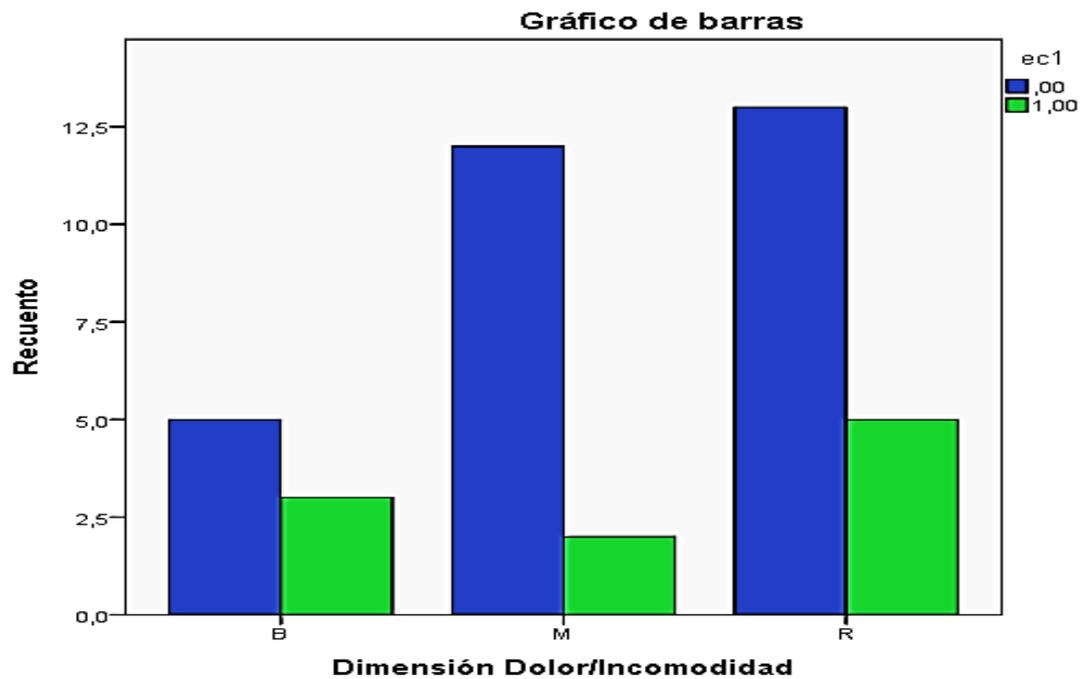
Cuadro 21.

Análisis de asociación entre estado civil y dimensión dolor/incomodidad del GOHAI.

Dimensión Dolor/Incomodidad*ec1 tabulación cruzada				
Recuento				
		ec1		Total
		,00	1,00	
Dimensión Dolor/Incomodidad	B	5	3	8
	M	12	2	14
	R	13	5	18
Total		30	10	40

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl.	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,598 ^a	2	,450
Razón de verosimilitud	1,648	2	,439
N°. de casos válidos	40		

Gráfico 21.



Fuente: Datos de las Historias Clínicas y GOHAI.

Elaborado por: William Cantos Macías.

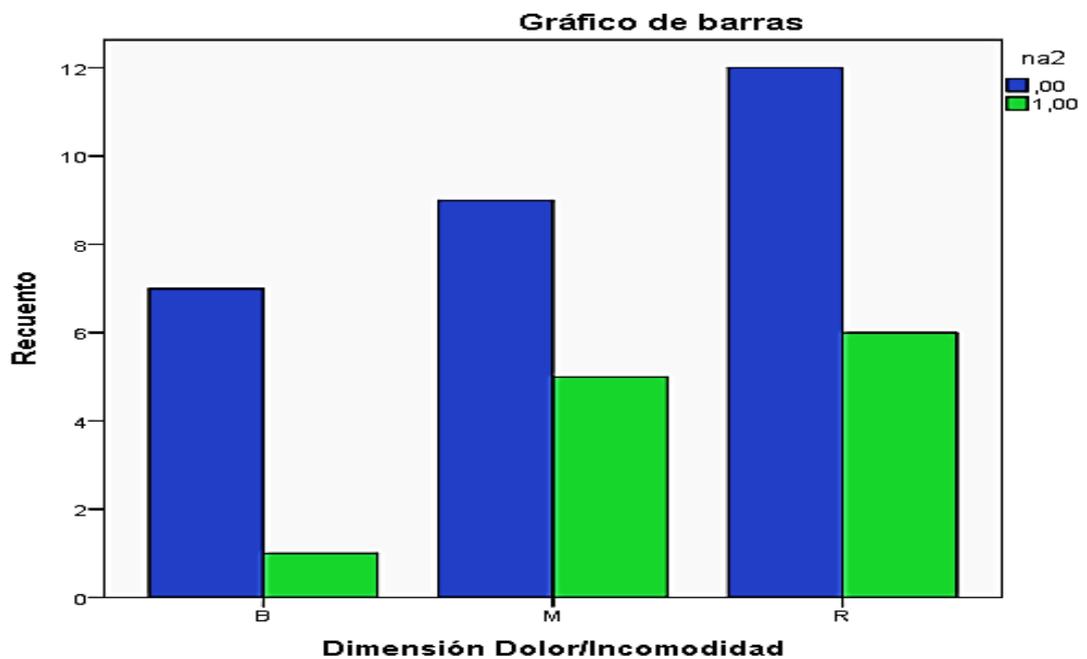
Cuadro 22.

Análisis de asociación entre los resultados de la dimensión dolor/incomodidad y el nivel académico.

Dimensión Dolor/Incomodidad*na2 tabulación cruzada				
Recuento				
		na2		Total
		,00	1,00	
Dimensión Dolor/Incomodidad	B	7	1	8
	M	9	5	14
	R	12	6	18
Total		28	12	40

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl.	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,480 ^a	2	,477
Razón de verosimilitud	1,677	2	,432
N°. de casos válidos	40		

Gráfico 22.



Fuente: Datos de las Historias Clínicas y GOHAI.
Elaborado por: William Cantos Macías.

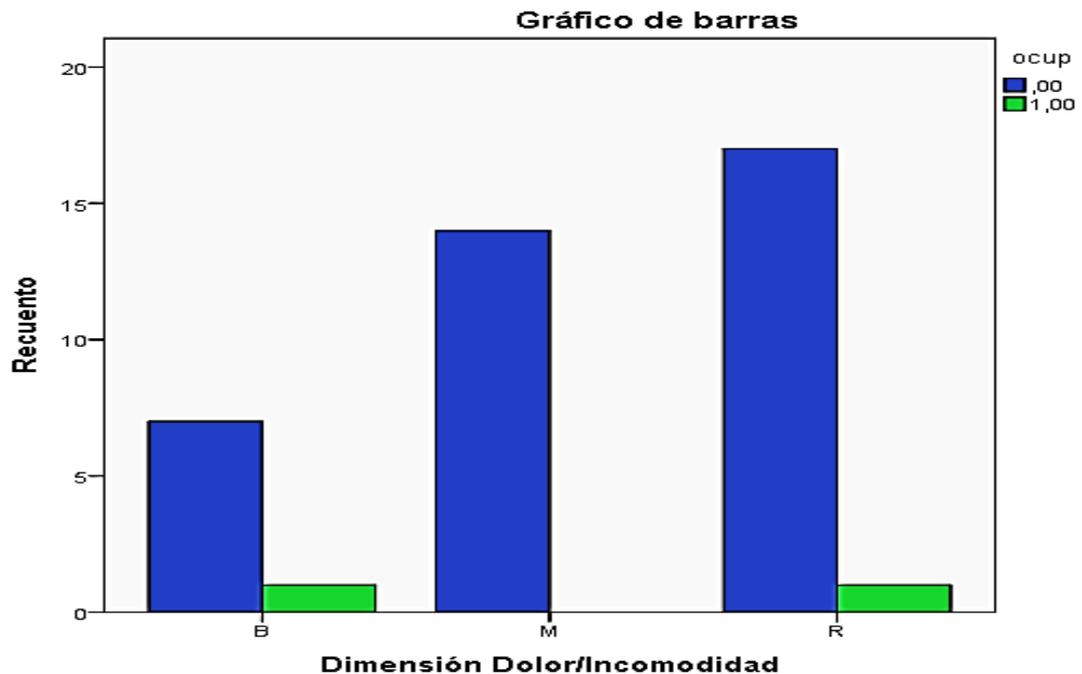
Cuadro 23.

Análisis de asociación entre los resultados de la dimensión dolor/incomodidad y la ocupación.

Dimensión Dolor/Incomodidad*ocup. tabulación cruzada				
Recuento				
		ocup		Total
		,00	1,00	
Dimensión Dolor/Incomodidad	B	7	1	8
	M	14	0	14
	R	17	1	18
Total		38	2	40

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl.	Sig. Asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,696 ^a	2	,428
Razón de verosimilitud	2,129	2	,345
N°. de casos válidos	40		

Gráfico 23.



Fuente: Datos de las Historias Clínicas y GOHAI.
Elaborado por: William Cantos Macías.

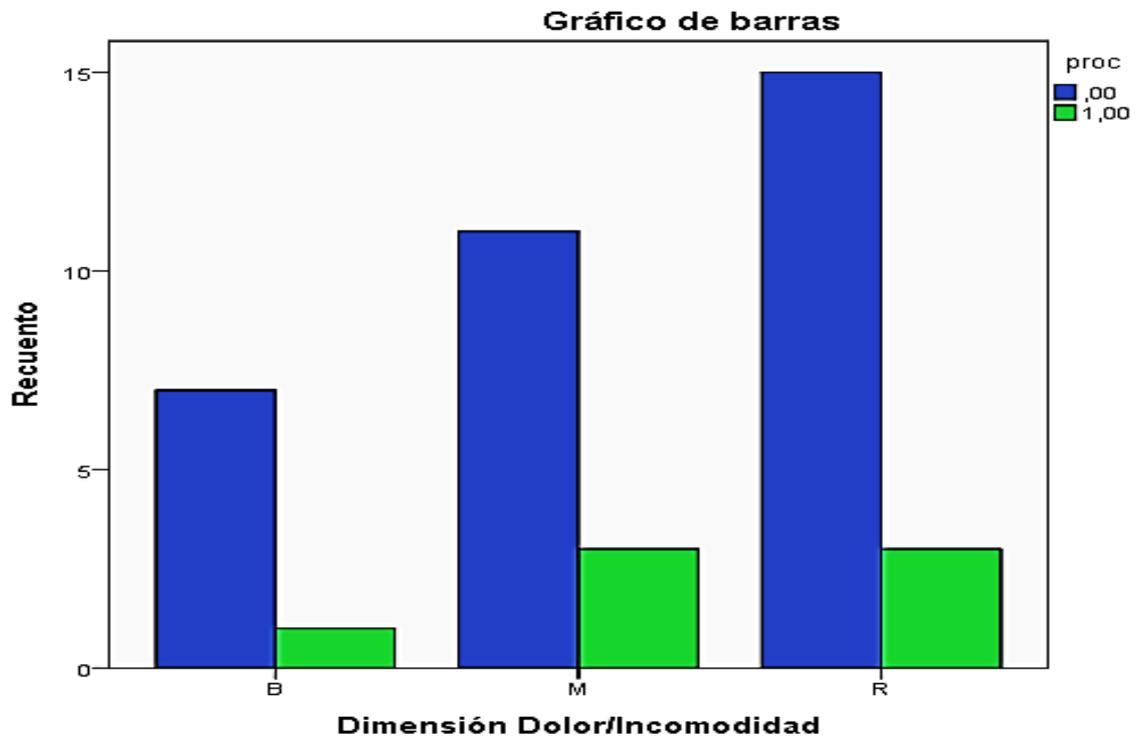
Cuadro 24.

Análisis de asociación entre los resultados de la dimensión dolor/incomodidad y la procedencia.

Dimensión Dolor/Incomodidad*proc. tabulación cruzada				
Recuento				
		proc		Total
		,00	1,00	
Dimensión Dolor/Incomodidad	B	7	1	8
	M	11	3	14
	R	15	3	18
Total		33	7	40

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl.	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,297 ^a	2	,862
Razón de verosimilitud	,301	2	,860
N°. de casos válidos	40		

Gráfico 24.



Fuente: Datos de las Historias Clínicas y GOHAI.
Elaborado por: William Cantos Macías.

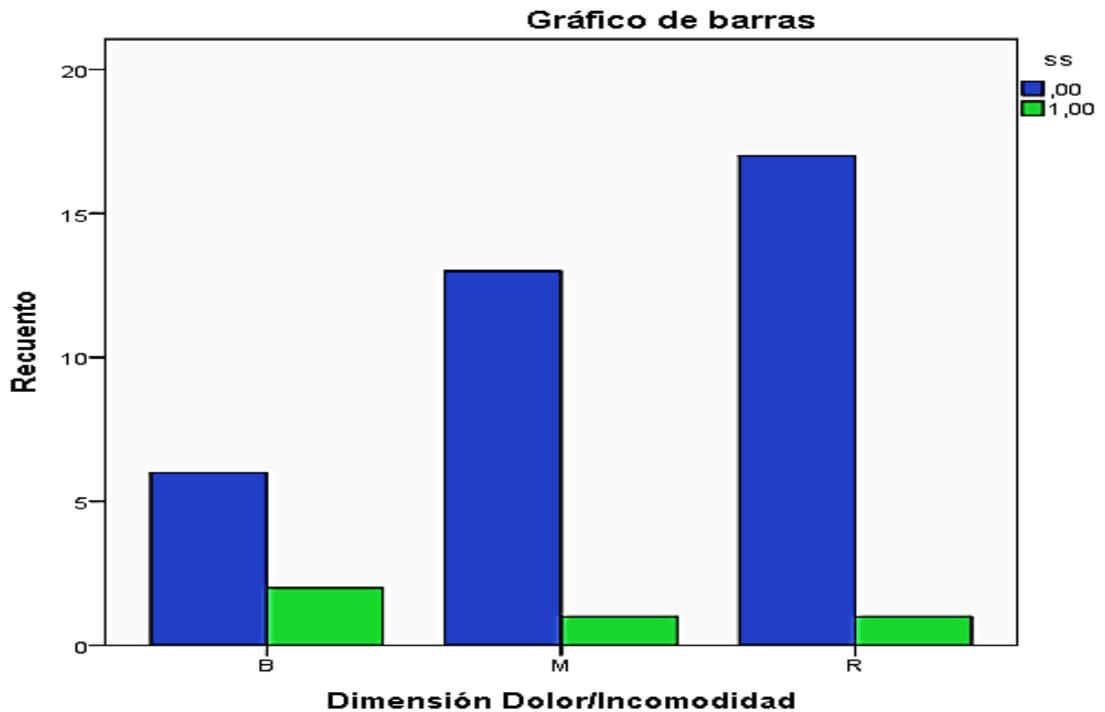
Cuadro 25.

Análisis de asociación entre los resultados de la dimensión dolor/incomodidad y la Seguridad Social.

Dimensión Dolor/Incomodidad*ss tabulación cruzada				
Recuento				
		ss		Total
		,00	1,00	
Dimensión Dolor/Incomodidad	B	6	2	8
	M	13	1	14
	R	17	1	18
Total		36	4	40

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,522 ^a	2	,283
Razón de verosimilitud	2,080	2	,353
N°. de casos válidos	40		

Gráfico 25.



Fuente: Datos de las Historias Clínicas y GOHAI.
Elaborado por: William Cantos Macías.

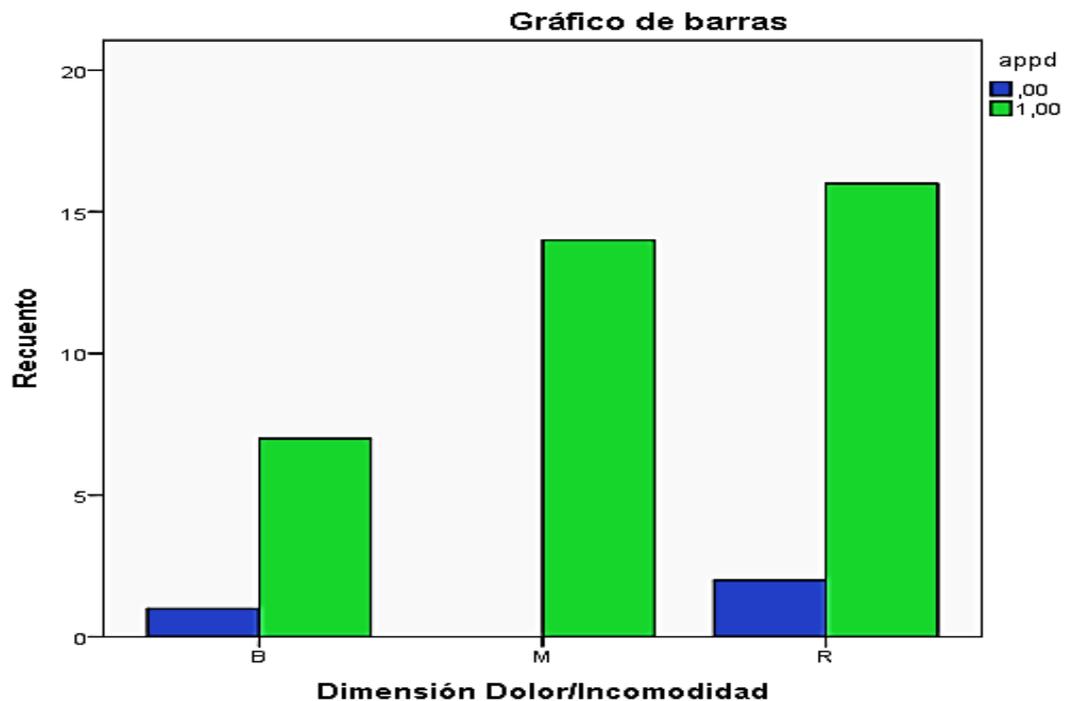
Cuadro 26.

Análisis de asociación entre los resultados de la dimensión dolor/incomodidad y los antecedentes de Diabetes Mellitus.

Dimensión Dolor/Incomodidad*appd. tabulación cruzada				
Recuento				
		appd		Total
		,00	1,00	
Dimensión Dolor/Incomodidad	B	1	7	8
	M	0	14	14
	R	2	16	18
Total		3	37	40

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl.	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,762 ^a	2	,414
Razón de verosimilitud	2,724	2	,256
N°. de casos válidos	40		

Gráfico 26.



Fuente: Datos de las Historias Clínicas y GOHAI.
Elaborado por: William Cantos Macías.

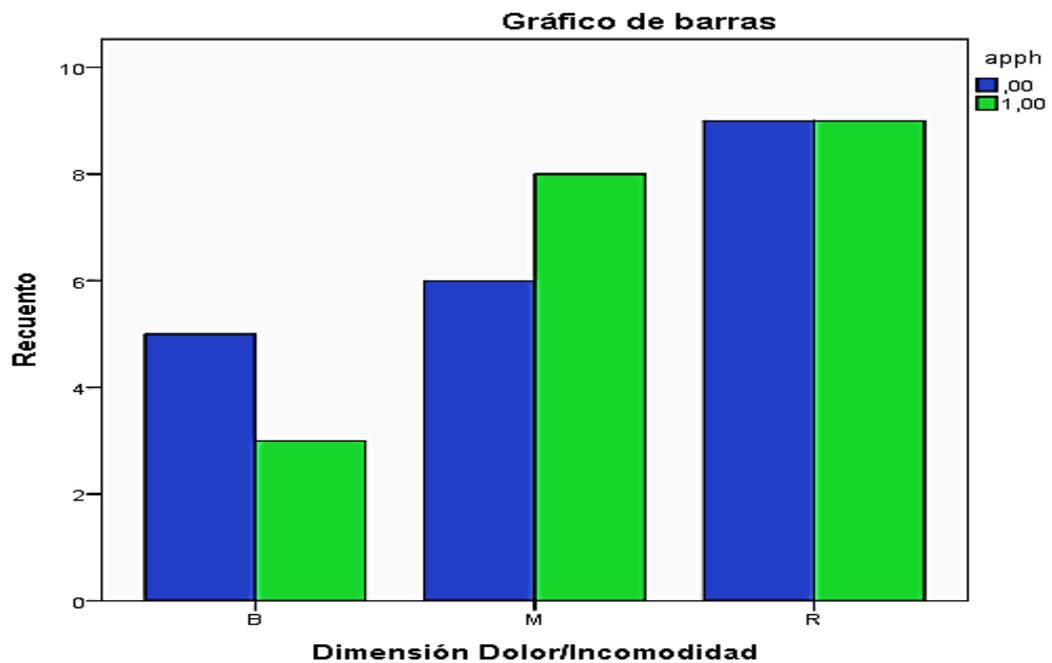
Cuadro 27.

Análisis de asociación entre los resultados de la dimensión dolor/incomodidad y los antecedentes de Hipertensión arterial.

Dimensión Dolor/Incomodidad*apph tabulación cruzada				
Recuento				
		apph		Total
		,00	1,00	
Dimensión Dolor/Incomodidad	B	5	3	8
	M	6	8	14
	R	9	9	18
Total		20	20	40

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,786 ^a	2	,675
Razón de verosimilitud	,792	2	,673
N°. de casos válidos	40		

Gráfico 27.



Fuente: Datos de las Historias Clínicas y GOHAI.
Elaborado por: William Cantos Macías.

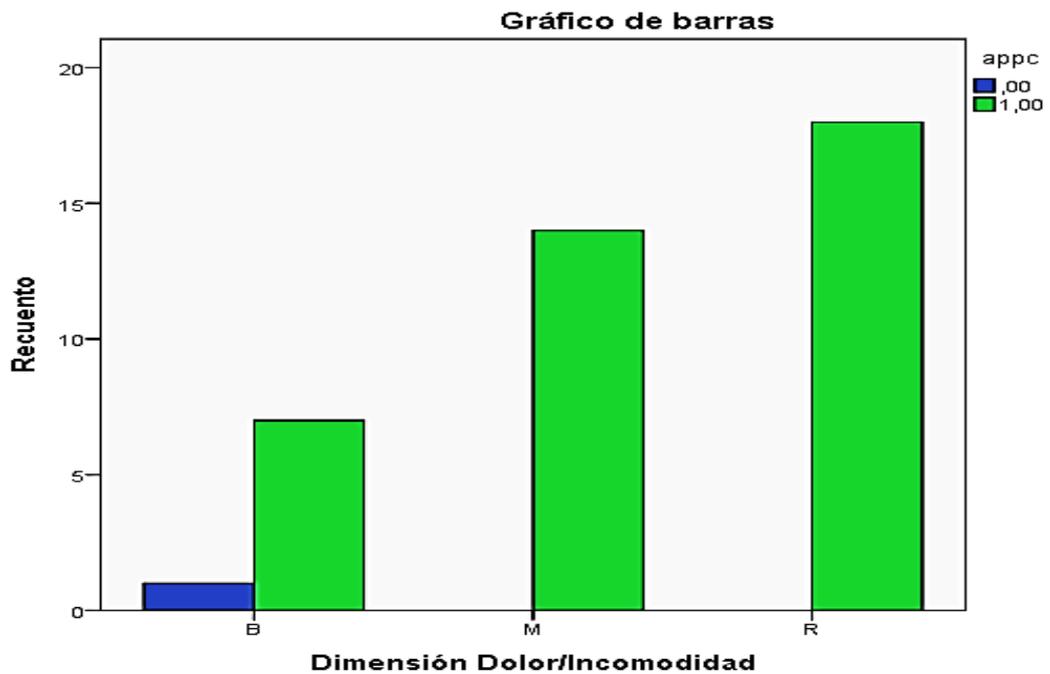
Cuadro 28.

Análisis de asociación entre los resultados de la dimensión dolor/incomodidad y los antecedentes de Cardiopatías.

Dimensión Dolor/Incomodidad*appc. tabulación cruzada				
Recuento				
		appc		Total
		,00	1,00	
Dimensión Dolor/Incomodidad	B	1	7	8
	M	0	14	14
	R	0	18	18
Total		1	39	40

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4,103 ^a	2	,129
Razón de verosimilitud	3,324	2	,190
N°. de casos válidos	40		

Gráfico 28.



Fuente: Datos de las Historias Clínicas y GOHAI.
Elaborado por: William Cantos Macías.

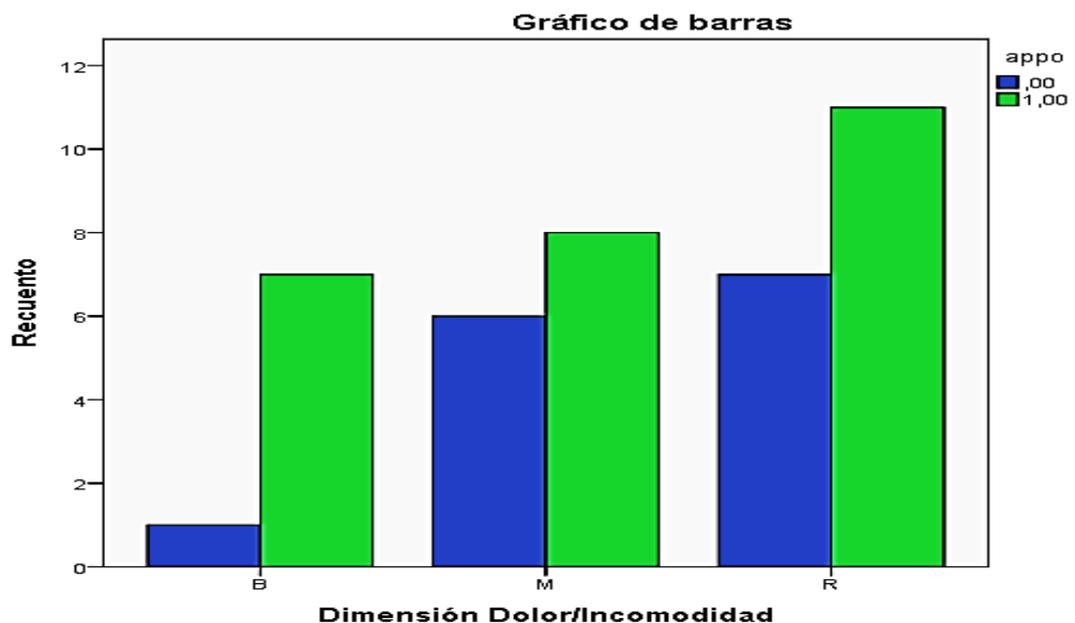
Cuadro 29.

Análisis de asociación entre los resultados de la dimensión dolor/incomodidad y los antecedentes de otras enfermedades sistémicas.

Dimensión Dolor/Incomodidad* appo- tabulación cruzada				
Recuento				
		appo		Total
		,00	1,00	
Dimensión Dolor/Incomodidad	B	1	7	8
	M	6	8	14
	R	7	11	18
Total		14	26	40

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl.	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,280 ^a	2	,320
Razón de verosimilitud	2,589	2	,274
N°. de casos válidos	40		

Gráfico 29.



Fuente: Datos de las Historias Clínicas y GOHAI.
Elaborado por: William Cantos Macías.

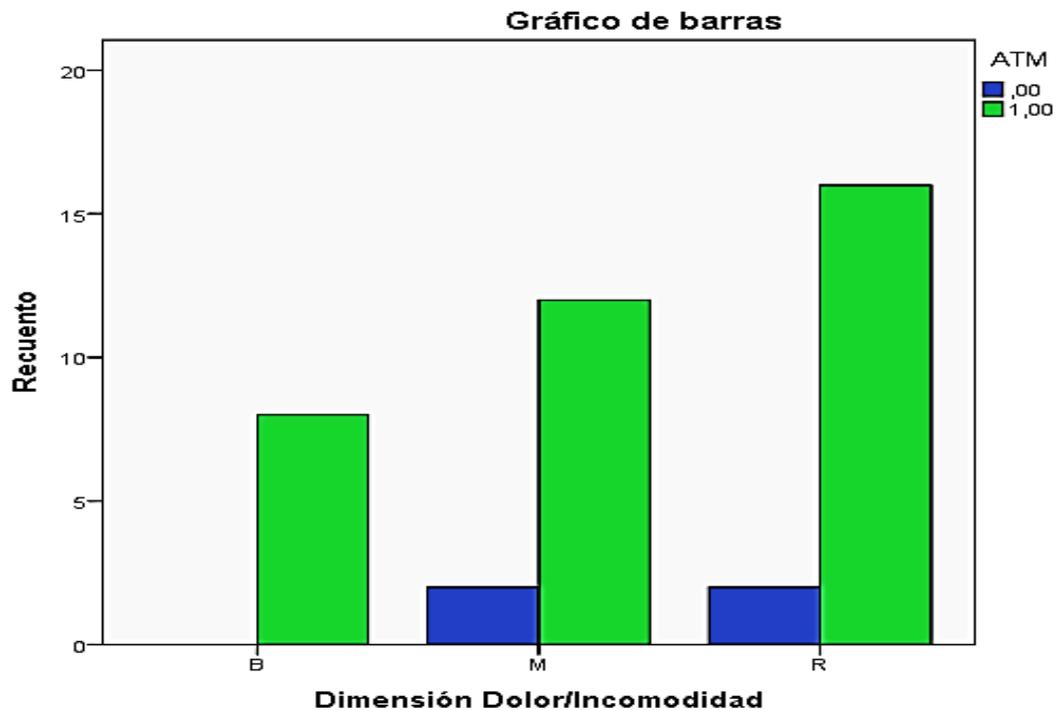
Cuadro 30.

Análisis de asociación entre los resultados de la dimensión dolor/incomodidad y las alteraciones de la articulación temporomandibular.

Dimensión Dolor/Incomodidad*ATM tabulación cruzada				
Recuento				
		ATM		Total
		,00	1,00	
Dimensión Dolor/Incomodidad	B	0	8	8
	M	2	12	14
	R	2	16	18
Total		4	36	40

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,199 ^a	2	,549
Razón de verosimilitud	1,965	2	,374
N°. de casos válidos	40		

Gráfico 30.



Fuente: Datos de las Historias Clínicas y GOHAI.
Elaborado por: William Cantos Macías.

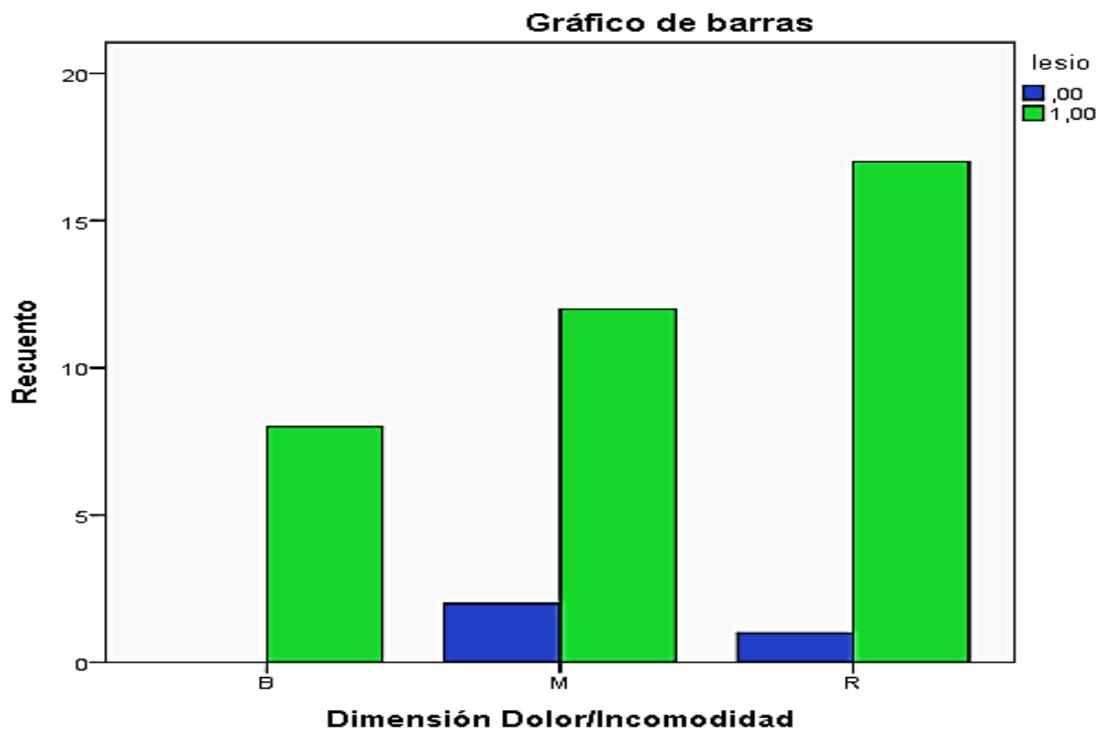
Cuadro 31.

Análisis de asociación entre los resultados de la dimensión dolor/incomodidad y las lesiones de la mucosa.

Dimensión Dolor/Incomodidad*lesión tabulación cruzada				
Recuento				
		lesión		Total
		,00	1,00	
Dimensión Dolor/Incomodidad	B	0	8	8
	M	2	12	14
	R	1	17	18
Total		3	37	40

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,676 ^a	2	,433
Razón de verosimilitud	2,103	2	,349
N°. de casos válidos	40		

Gráfico 31.



Fuente: Datos de las Historias Clínicas y GOHAI.
Elaborado por: William Cantos Macías.

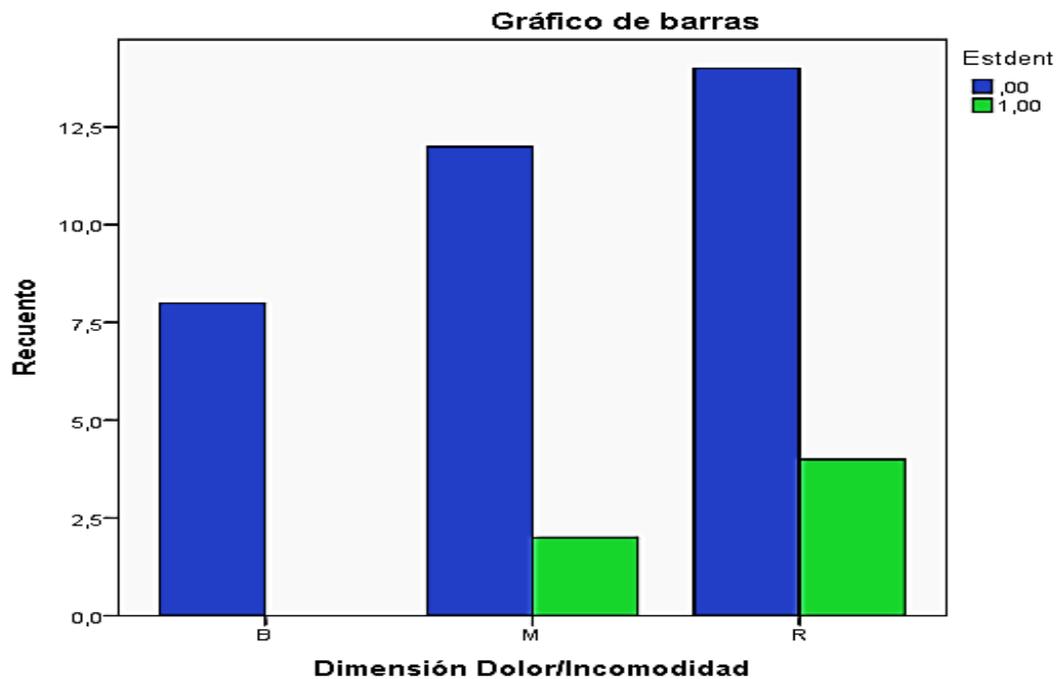
Cuadro 32.

Análisis de asociación entre los resultados de la dimensión dolor/incomodidad y el estado dental.

Dimensión Dolor/Incomodidad*Estdent tabulación cruzada				
Recuento				
		Estdent		Total
		,00	1,00	
Dimensión Dolor/Incomodidad	B	8	0	8
	M	12	2	14
	R	14	4	18
Total		34	6	40

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl.	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,154 ^a	2	,341
Razón de verosimilitud	3,264	2	,196
N°. de casos válidos	40		

Gráfico 32.



Fuente: Datos de las Historias Clínicas y GOHAI.
Elaborado por: William Cantos Macías.

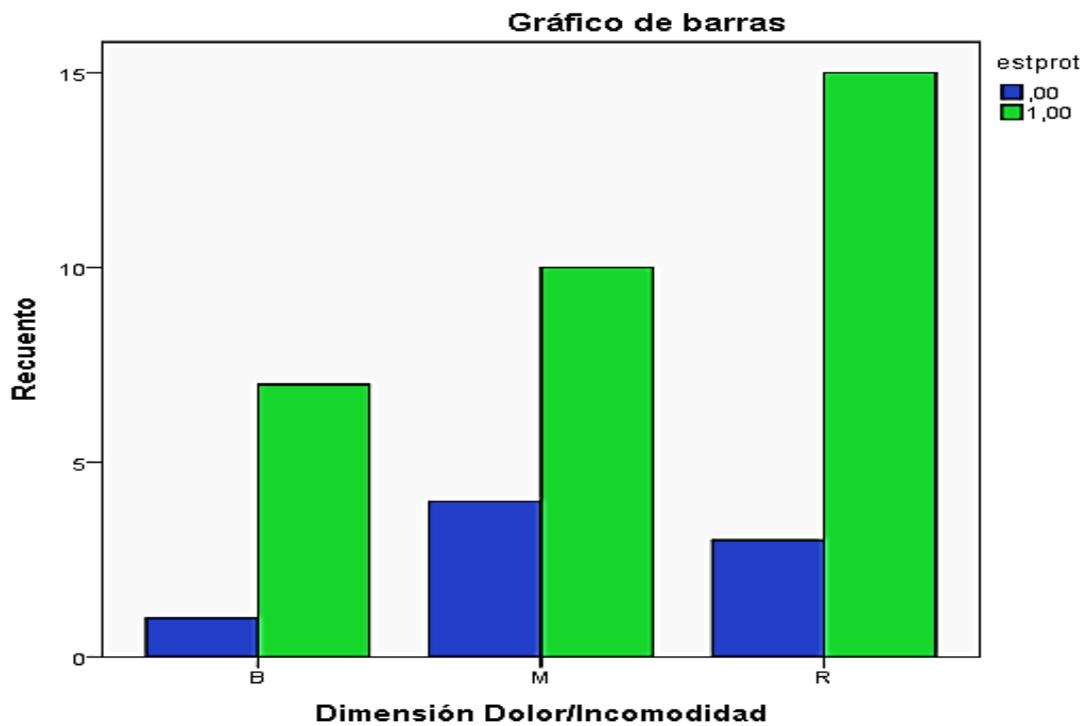
Cuadro 33.

Análisis de asociación entre los resultados de la dimensión dolor/incomodidad y el estado protético.

Dimensión Dolor/Incomodidad*estprot tabulación cruzada				
Recuento				
		estprot		Total
		,00	1,00	
Dimensión Dolor/Incomodidad	B	1	7	8
	M	4	10	14
	R	3	15	18
Total		8	32	40

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl.	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,049 ^a	2	,592
Razón de verosimilitud	1,032	2	,597
Nº, de casos válidos	40		

Gráfico 33.



Fuente: Datos de las Historias Clínicas y GOHAI.
Elaborado por: William Cantos Macías.

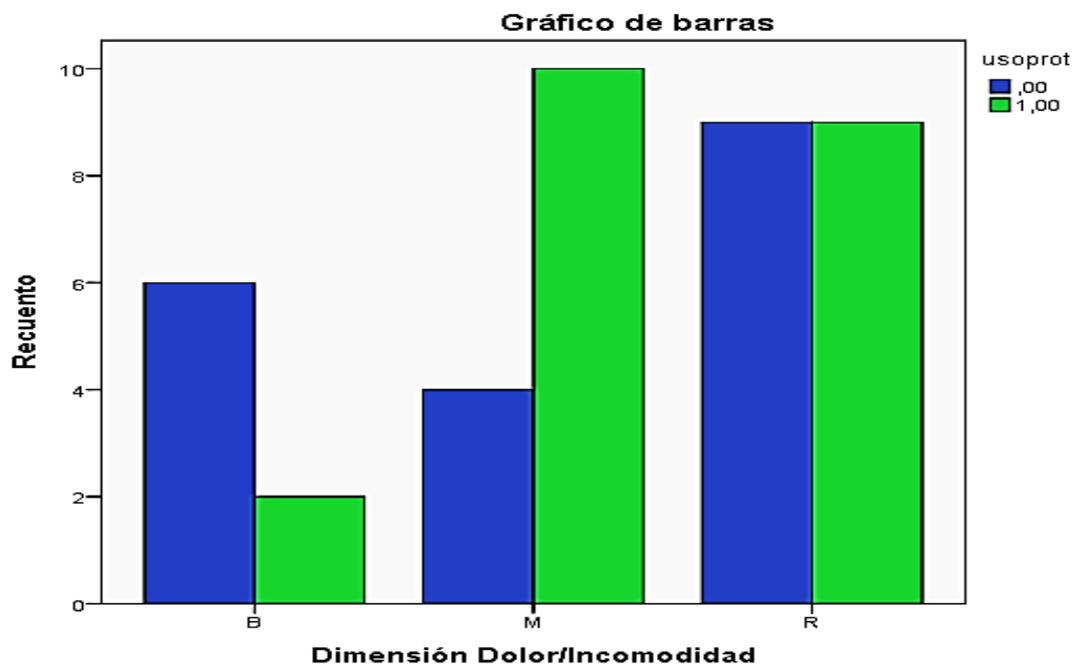
Cuadro 34.

Análisis de asociación entre los resultados de la dimensión dolor/incomodidad y el uso de prótesis.

Dimensión Dolor/Incomodidad*usoprot tabulación cruzada				
Recuento				
		usoprot		Total
		,00	1,00	
Dimensión Dolor/Incomodidad	B	6	2	8
	M	4	10	14
	R	9	9	18
Total		19	21	40

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4,483 ^a	2	,106
Razón de verosimilitud	4,650	2	,098
N°. de casos válidos	40		

Gráfico 34.



Fuente: Datos de las Historias Clínicas y GOHAI.
Elaborado por: William Cantos Macías.

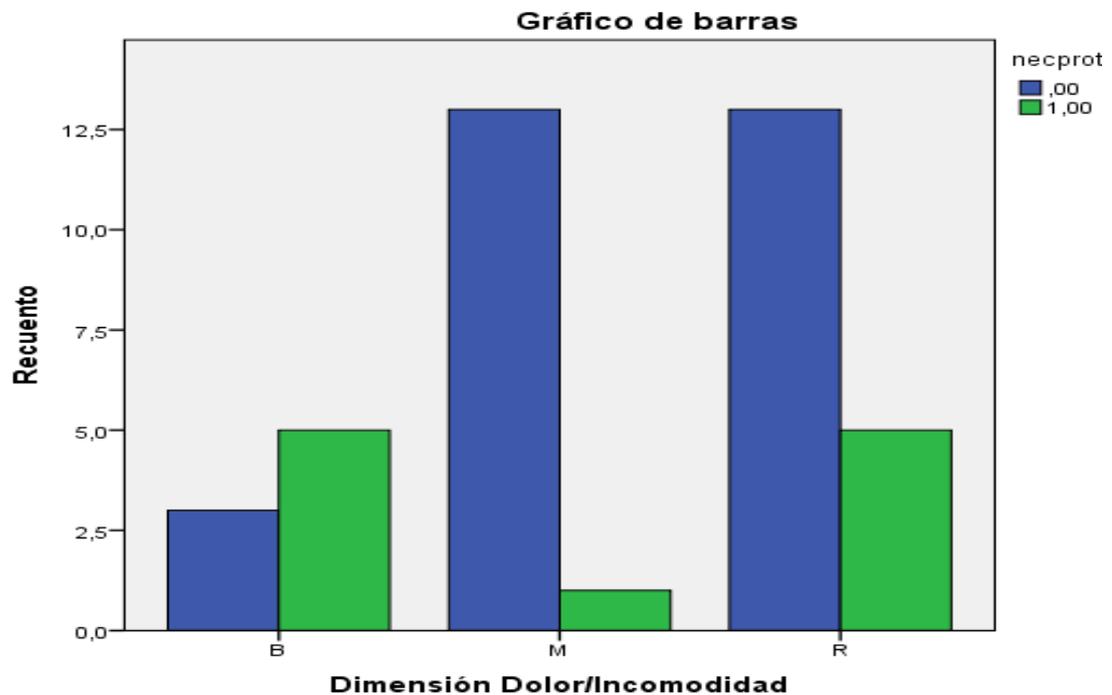
Cuadro 35.

Análisis de asociación entre los resultados de la dimensión dolor/incomodidad y la necesidad de prótesis.

Dimensión Dolor/Incomodidad*necprot tabulación cruzada				
Recuento				
		necprot		Total
		,00	1,00	
Dimensión Dolor/Incomodidad	B	3	5	8
	M	13	1	14
	R	13	5	18
Total		29	11	40

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl.	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	7,826 ^a	2	0,20
Razón de verosimilitud	7,993	2	,018
N°. de casos válidos	40		

Gráfico 35.



Fuente: Datos de las Historias Clínicas y GOHAI.
Elaborado por: William Cantos Macías.

En este estudio solo se evidenció asociación de la dimensión dolor incomodidad con la necesidad de prótesis por lo que se decide hacer un análisis de relación de dependencia de esta asociación.

Cuadro 36.

Regresión logística: Necesidad de prótesis.

Codificación de variable dependiente	
Valor original	Valor interno
,00	0
1,00	1

Variables en la ecuación							
		B	Error estándar	Wald	gl.	Sig.	Exp(B)
Paso 0	Constante	,619	,331	3,487	1	,062	1,857

-Las variables no están en la ecuación					
			Puntuación	gl.	Sig.
Paso 0	Variables	necprot	4,477	1	,034
Estadísticos globales			4,477	1	,034

Pruebas ómnibus de coeficientes de modelo				
		Chi-cuadrado	gl.	Sig.
Paso 1	Escalón	5,202	1	,023
	Bloque	5,202	1	,023
	Modelo	5,202	1	,023

Variables en la ecuación							
		B	Error estándar	Wald	gl.	Sig.	Exp(B)
Paso 1 ^a	necprot	2,095	1,113	3,541	1	,060	8,125
	Constante	,208	,373	,309	1	,578	1,231

a. Variables especificadas en el paso 1: necprot.

Fuente: Datos de las Historias Clínicas y GOHAI.
Elaborado por: William Cantos Macías.

El análisis muestra la improbabilidad de la relación causal, no obstante la posible asociación entre estas variables coincide con los argumentos de:

El estudio realizado en la ciudad de Cartagena en el que los participantes tenían una edad promedio de 68,3 ± 6,3 años, como resultados principales se encontró que al analizar las dimensiones evaluadas con el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI), la función psicosocial fue el componente reportado con mayor frecuencia, en especial aquél relacionado con la incomodidad que presentan los adultos mayores al comer frente a otras personas por problemas con sus dientes. (Duque, Tamayo, Echeverri, Gutiérrez, & Sepúlveda, 2013, págs. 10-23). Duque, V., Tamayo, J., Echeverri, P., Gutiérrez, A., & Sepúlveda, D. (2013). 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 Odont*, 26(1), (PP. 10-23).

Coincidiendo también con lo descrito por Lajes, Aúcar, Ferrándiz, e Hidalgo (2014) que constataron que:

La existencia de pacientes con prótesis totales que presentan problemas que no les permiten desarrollar sus funciones constituye una problemática que puede tener diferentes causas difíciles de modificar como las deficiencias en el terreno biológico: rebordes reabsorbidos, escasa cantidad de saliva, otras causas que son inherentes a la confección de la prótesis y otras que son inherentes al paciente y por ende, son posibles de actuar sobre ellas, donde se encuentran el inadecuado manejo de la prótesis y el incumplimiento de las indicaciones médicas post instalación.

El nivel de incumplimiento de las indicaciones de uso, cuidado e higiene de las prótesis totales según grupos de edades ha sido estudiado por diferentes autores, los que plantean que la actitud de los ancianos hacia su salud oral es frecuentemente negativo, ya que tienden a aceptar las enfermedades bucodentales crónicas como consecuencia del envejecimiento. (pp. 32-47)⁴¹.

⁴¹ Lajes, M., Aúcar, J., Ferrándiz, S. M., & Hidalgo, S. (2014). Incumplimiento de las indicaciones postrehabilitación protésica y su influencia en la calidad de vida. *Humanidades Médicas*, 14(1), (PP. 32-47) Recuperado el 30 de noviembre de 2014, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202014000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones.

1. En cuanto a salud bucal es alarmante el índice de caries y la situación con las prótesis dentales, ambos elementos que comprometen seriamente la salud bucal de los ancianos institucionalizados en el centro Guillermina Loor. Casi el total de la población necesita o usa prótesis, los que la usan requieren cambio o reparación, pero pocos presentan lesiones en la mucosa o alteraciones de la articulación temporomandibular, pero sí existe una elevada frecuencia de periodontitis, incluso grado II y III. La higiene bucal tampoco fue adecuada. Estos resultados indican un alto riesgo de disfunción masticatoria en la población.
2. La percepción de salud bucal fue mala en la totalidad de los ancianos en las dimensiones física funcional y psicosocial/psicológica. Solo difirieron los resultados de la dimensión dolor/incomodidad en la que la minoría de los pacientes refirió buena calidad, algunos regular y la mayor parte coincidió en tener mala calidad. Estos resultados solo evidenciaron asociación con la necesidad de prótesis.
3. Los malos resultados que se obtuvieron en la salud oral de los pacientes institucionalizados y los factores psicoafectivos asociados a este estado hacen que el GOHAI no constituya un instrumento fiable para la evaluación de la salud bucal y su calidad en ninguna de sus dimensiones en esta población.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Tema.

Programa de rehabilitación protética de los ancianos residentes del centro Guillermina Loor de Moreno.

6.2. Entidad Ejecutora.

- Hogar de ancianos Guillermina Loor de Moreno: Odontólogo de la institución.
- Universidad San Gregorio de Portoviejo.

6.3. Clasificación.

Investigación acción.

6.4. Justificación.

El estado de salud bucal de los ancianos institucionalizados en el hogar Guillermina Loor de Moreno, es alarmante en cuanto al índice de caries y la situación con las prótesis dentales. Casi el total de la población necesita o usa prótesis y, los que la usan, requieren cambio de tipo de prótesis o reparación de la misma, además se una elevada frecuencia de periodontitis, incluso grado II y III. Al aplicar el instrumento de

evaluación de percepción de calidad de salud bucal fue mala en la totalidad de los ancianos en las dimensiones física funcional y psicosocial/psicológica. Solo difirieron los resultados de la dimensión dolor/incomodidad en la que la minoría de los pacientes refirió buena calidad, algunos regular y la mayor parte coincidió en tener mala calidad. Estos resultados estuvieron dados por el estado depresivo, descrito en la literatura, que se presenta comúnmente en ancianos institucionalizados, sin embargo, evidenciaron asociación con la necesidad de prótesis. Por estas razones resulta imprescindible realizar un trabajo intensivo de rehabilitación bucal en estos ancianos y reevaluar la percepción de calidad de salud bucal en un escenario más humano y consciente de las necesidades de los pacientes de la tercera edad con validismo físico y afectivo comprometidos.

Por otra parte este programa resulta de vital importancia para prevenir la disfunción masticatoria que de acuerdo a García, Obeso, y Ortiz (2000)⁴².

La disfunción masticatoria es la mayor causa de dolor no dental en la región orofacial y constituye un problema en aumento en los últimos años.

Son múltiples los factores que contribuyen a su aparición y el análisis de los mismos podría prevenir precozmente la presencia de un cuadro disfuncional. El diagnóstico precoz de la disfunción temporomandibular, dictado sobre todo por el dolor y la limitación funcional, posibilitaría la instauración del tratamiento lo antes posible para evitar que cuadros agudos se cronifiquen, mejorando así la calidad de vida del paciente.

(...)

La inexistencia de una posición musculo esquelética estable de los cóndilos provocará TTM al recibir una sobrecarga funcional. Causa de ello podría ser también cualquier alteración oclusal existente, o todo tratamiento dental (ortodóncico, prostodóncico o quirúrgico) que conduzca a esa inestabilidad.

⁴² García, M., Obeso, J., & Ortiz, F. (2000). Repercusión clínica de la disfunción masticatoria. *Medicina Integral*, 35(7), 0-0. Recuperado el 15 de Marzo de 2015, de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-repercusion-clinica-disfuncion-masticatoria-11693#elsevierItemBibliografias>.

6.5. Marco Institucional.

Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno.

Esta casa de protección del anciano, fue creada mediante Decreto Ejecutivo 1057 de 29 de Septiembre 1974, en el día universal del Anciano. Con el nombre de su gestora, GUILLERMINA LOOR DE MORENO, con una capacidad para 60 hospedados, esta casa del anciano en Portoviejo ha sido de un valor social de mucha trascendencia, porque ha logrado hacer que muchos ancianos puedan estar en mejores condiciones de vida en sus últimos días de vida. En la actualidad las personas mayores de 65 años hospedadas son asistidas por tres médicos una enfermera y dos auxiliares de enfermería y cinco personas que le asisten en sus necesidades básicas, la parte administrativa constan de 15 personas desde su director hasta el auxiliar de servicio, esta casa de hospedaje alberga 58 internos, la infraestructura física del hogar de anciano ha cambiado en su totalidad, las camas, dormitorios, patios, comedor entre otras. En el año 2009, se efectuó un censo a nivel nacional y en este asilo se constató que 18 ancianos estaban abandonados por sus hijos por lo que el patronato municipal le implanto juicio para que respondieran a las necesidades más urgentes de sus progenitores, en la actualidad el asilo de anciano está administrado por la Fundación CALED, la misma que fue contratada por el Ministerio de Incurción económica y social, MIES. (repositorio.utm.edu.ec).

Misión de la institución.

El Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno, cuenta unos equipos multidisciplinarios concienciados, infraestructura, equipos e insumos acorde a las necesidades de los adultos mayores, para brindar atención de calidez y eficiencia, con integración familiar, comunitaria con compromiso vitalicio interinstitucional que aseguran la atención. (repositorio.utm.edu.ec).

Visión de la institución.

Podemos decir que el Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno, brinde atención integral al adulto mayor, con un equipo multidisciplinario que cumple con las funciones encomendadas con eficiencia, y eficacia, con infraestructura adecuada, equipo e insumos necesarios en coordinación interinstitucional, e integración familiar y comunitaria. (repositorio.utm.edu.ec).

6.6. Objetivos.

6.6.1. Objetivo General.

- Tratar y rehabilitar, desde el punto de vista odontológico a los ancianos residentes en el hogar de ancianos Guillermina Loor de Moreno.

6.7. Descripción de la propuesta.

Como parte del trabajo en las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, se instaurará un periodo de una semana al mes para que los estudiantes trabajen en el hogar de ancianos Guillermina Loor de Moreno. Se realizará un examen odontológico, tratamiento y rehabilitación de los residentes de dicha institución.

Una vez concluido este trabajo se repetirá el GOHAI con el propósito de evaluar si los cambios en la salud bucal se reflejan en este instrumento con el objetivo de retomar su validación en ancianos institucionalizados.

6.8. Beneficiarios.

Los beneficiarios son:

Directos. Ancianos institucionalizados en el Hogar Guillermina Loor de Moreno de Portoviejo.

6.9. Diseño Metodológico.

Para la aplicación de la propuesta se debe contar con la colaboración de la dirección del Hogar Guillermina Loo de Moreno, con el odontólogo y médico responsable de esta institución y con los docentes y autoridades de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, para que de forma organizada se brinde la atención que requiere cada uno de los ancianos que se encuentran afectados.

6.9.1. Presupuesto de la propuesta.

Total de ancianos del centro	Valor de la consulta odontológica	# de consultas en el año	Total	Total
64	\$14.60	12	\$175,20	\$11.212,80

Valor de la consulta odontológica:

Salario de Odontólogo 11 USD/hora

Electricidad: 0.38 USD/hora

Agua: 0.10 USD/hora

Depreciación de equipos odontológicos: 1.57 USD/hora

Insumos: 15.00 USD/hora

Depreciación de equipos de cómputo: 0.63 USD/hora

Depreciación: Kit de Turbinas micromotor: 0.20 USD/hora

Esterilizador e instrumental: 0.32 USD/hora

Estos rubros serán cubiertos por el gobierno Nacional ya que son escuelas y subcentros de salud públicos.

6.9.2. Sostenibilidad.

La propuesta es sostenible y factible porque los resultados que ofrece la investigación realizada indican la urgencia de tratar las enfermedades bucales en los ancianos del centro en mención; es sostenible en el tiempo. Por otra parte, esta intervención propiciará la rehabilitación de los ancianos, y disminuirá el precio de intervenciones posteriores.

La propuesta es sustentable pues utilizando los recursos adecuados no es nocivo para el medio ambiente, ni compromete el entorno, por el contrario, ganando en calidad de vida de la población infantil se impacta positivamente en la sociedad.

ANEXOS

Anexo 1. Tabla de Operacionalización de las Variables

Variable	Tipo de variable	Descripción	Escala	Indicador
Edad	Cuantitativa discreta	Número de años cumplidos	Numérica	Media y desviación estándar
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Sexo aparente	Femenino Masculino	Frecuencia absoluta y relativa
Estado civil	Cualitativa nominal politómica	Estado civil referido	Soltero Casado Viudo Unión libre Separado	Frecuencia absoluta y relativa
Nivel académico	Cualitativa ordinal politómica	Nivel de estudios terminado	Ninguno Primaria Secundaria Técnico Tecnológica Universitaria Postgrado	Frecuencia absoluta y relativa
Ocupación	Cualitativa nominal politómica	Estatus de empleo remunerado o no	Empleado Desempleado Jubilado Pensionado Otras	Frecuencia absoluta y relativa
Procedencia	Cualitativa nominal dicotómica	Característica del lugar donde ha vivido la mayor parte de su vida	Rural Urbana	Frecuencia absoluta y relativa
Seguridad social	Cualitativa nominal politómica	Relación económica con el sistema de seguridad social	Contributivo Subsidiado Régimen especial Otro	Frecuencia absoluta y relativa
Ingresos económicos	Cualitativa ordinal politómica	Nivel de ingresos económicos en relación	Muy bajos Bajos	Frecuencia absoluta y relativa

		con el salario básico: Hasta 1 Entre 1 y 2 Entre 3 y 4 Más de 4	Buenos Altos	
Hacinamiento	Cualitativa nominal dicotómica	Según número de habitantes/cuarto	Dos o menos: Sin hacinamiento Más de 2: Hacinado	Frecuencia absoluta y relativa
Antecedentes médicos personales	Cualitativa nominal politémica	Enfermedades crónicas que padece	Sano Diabetes Hipertensión Cardiacos Respiratorios Musculo esqueléticos Otros	Frecuencia absoluta y relativa
Estado de la ATM	Cualitativa nominal dicotómica	Se clasificará según presencia de ruido o chasquido, dolor, antecedentes de obstrucción autocorregible o normalidad	Sin alteraciones Con alteraciones	Frecuencia absoluta y relativa
Lesiones de la mucosa	Cualitativa nominal dicotómica	Las lesiones en mucosa oral se registrarán según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9)	Presencia Ausencia	Frecuencia absoluta y relativa
Estado periodontal	Cualitativa ordinal politémica	Según el índice CPITN Este índice puntúa independientemente los seis sextantes de la boca y se clasifica al paciente	Código 0 Código 1 Código 2 Código 3 Código 4	Frecuencia absoluta y relativa

		en la categoría más alta de las obtenidas: CPITN 0, sano; CPITN 1, sangrado al sondaje; CPITN 2, cálculo supra y/o subgingival o restauraciones desbordantes; CPITN 3, bolsa periodontal entre 4 y 6 mm y CPITN 4, bolsa periodontal mayor de 6 mm.		
Estado dental	Cualitativa ordinal politómica	Según número de cariadados perdidos u obturados/ No de dientes en boca	0-1.1: Muy bajo 1.2-2.6: Bajo 2.7-4.4: Moderado 4.5 o más: Alto	Frecuencia absoluta y relativa
Estado protético	Cualitativa ordinal politómica	Según los criterios de Gil Montoya: clasificando como «mala» la prótesis con dientes gastados, pérdida evidente de dimensión vertical, fractura de la base o de los dientes, poca estabilidad o retención por reabsorción ósea, «aceptable» cuando las alteraciones halladas no dificultan la masticación o la estética y «buena» cuando nada de lo	Mala Aceptable Buena	Frecuencia absoluta y relativa

		anterior ocurre y la prótesis presenta un buen aspecto		
Uso de prótesis	Cualitativa ordinal politómica	Uso de prótesis diferenciando por arcadas	No usa Parcial Completa	Frecuencia absoluta y relativa
Necesidad de prótesis	Cualitativa ordinal politómica	Además de los motivos estéticos se tiene en cuenta que existieran menos de tres molares en oclusión, se clasifica en «no requiere prótesis», «requiere reparación de la prótesis», «requiere prótesis parcial», «requiere prótesis completa» y «prótesis en buen estado».	No requiere prótesis Requiere reparación de la prótesis Requiere prótesis parcial Requiere prótesis completa Prótesis en buen estado	Frecuencia absoluta y relativa
Nivel de eficacia de la higiene oral en dentados	Cualitativa ordinal politómica	Según el Índice de O'Leary en los individuos dentados, considerando, según los autores, como «buena» cuando el índice de placa fuera inferior a 20%, «deficiente» cuando estuviera entre el 20 y el 40% y «mala» si fuera superior al 40%.	Buena Deficiente Mala	Frecuencia absoluta y relativa
Nivel de eficacia de la higiene oral en	Cualitativa ordinal politómica	Se categorizó siguiendo el criterio propuesto por	Buena Regular	Frecuencia absoluta y relativa

portadores de prótesis		Vigild clasificándola en «buena» si no existe ningún apósito en la prótesis, «regular» si existe algún apósito y «mala» si el acúmulo de apósitos es elevado.	Mala	
Dimensión física funcional	Cualitativa ordinal politómica	Las preguntas 1, 2, 3 y 4 del GOHAI corresponden a la dimensión Física/Funcional, se considera el valor de 19 o 20 para una clasificación alta (buena), 17 o 18 para moderada (regular) y 16 o valores inferiores para baja (mala). (Silva, Tijerina, & Ramos, 2011)	Buena Regular Mala	Frecuencia absoluta y relativa
Dimensión Psicosocial/Psicológica	Cualitativa ordinal politómica	Las preguntas que exploran esta dimensión son la 6, 7, 9,10 y 11. El valor 23 al 25 equivale a una clasificación alta (buena), 21 a 22 (regular) para moderada y 20 o valores inferiores para baja	Buena Regular Mala	Frecuencia absoluta y relativa

		(mala). (Silva, Tijerina, & Ramos, 2011)		
Dimensión Dolor/Incomodidad	Cualitativa ordinal politémica	Las preguntas que evalúan esta dimensión son la 5, 8, y 12. El valor 14 o 15 equivalen a una clasificación alta (buena), 12 o 13 para moderada (regular) y 11 o valores inferiores para baja (mala). (Silva, Tijerina, & Ramos, 2011)	Buena Regular Mala	Frecuencia absoluta y relativa

Anexo 2.

Instrumento Gohai.

Preguntas (Marque con una X)

Con qué frecuencia en los tres últimos meses :	Nunca	Rara Vez	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
1. ¿Limitó la clase o cantidad de alimentos debido a problemas con sus dientes o prótesis dentales?						
2. ¿Pudo tragar cómodamente?						
3. ¿Sus dientes o prótesis dentales le impidieron hablar del modo que usted quería?						
4. ¿Pudo comer lo que usted quería sin sentir molestias de sus dientes o prótesis dentales?						
5. ¿Evitó estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes, encías o prótesis dentales?						
6. ¿Se sintió satisfecho o contento con la apariencia de sus dientes, encías o prótesis dentales?						
7. ¿Se preocupó o intranquilizó por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?						
8. ¿Se sintió nervioso o consciente debido a problemas con dientes, encías o prótesis dentales?						
9. ¿Se sintió incomodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?						
10. ¿Evito reírse o sonreírse debido a que sus dientes o prótesis dentales eran antiestéticas?						
11. ¿Ha tenido dolor o molestias alrededor de la boca?						
12. ¿Sintió sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces?						

Anexo 3.

Ficha de recolección de datos.

Fecha: _____ Nombre: _____

Variables Sociodemográficas

1. Edad: _____

2. Sexo: F () M ()

3. Estado civil: () Soltero () Casado () Viudo () Unión libre () Separado

4. Nivel Académico: () Ninguno () Primaria () Secundaria () Técnico ()
Tecnológica () Universitario () Postgrado

5. Ocupación: () Empleado () Desempleado () Pensionado () Otros
¿Cuál? _____

6. Procedencia: () Rural () Urbana

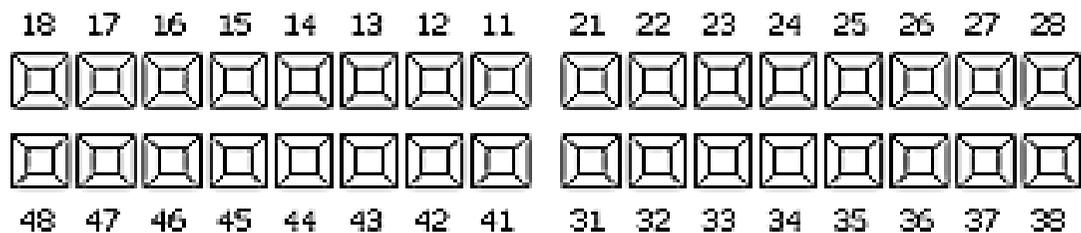
7. Seguridad social: () Contributivo () Subsidiado () Régimen especial () Otro
¿Cuál? _____

8. Ingresos socioeconómicos: () Hasta 1 salario básico () De 1 a 2 salarios básicos ()
De 2 a 3 salarios básicos () De 3 a 4 salarios básicos () Más de 4 salarios básicos

9. Número (máximo) de miembros que duermen en un mismo cuarto: (1) (2) (3)
(4) (5) () Más de 6

10. Antecedentes Médicos Personales: () Diabetes () Hipertensión () Problemas
Cardíacos () Problemas respiratorios () Problemas esqueléticos () Otros ¿cuál?

Diagnóstico Bucal del Paciente:



HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA								ENFERMEDAD PERIODONTAL		MAL OCLUSION	
PIEZAS DENTALES					PLACA 0-1-2-3	CÁLCULO 0-1-2-3	GINGIVITIS 0-1	LEVE		ANGLE I	
16		17		55				MODERA DA		ANGLE II	
11		21		51				SEVERA		ANGLE III	
26		27		65							
36		37		75							
31		41		71							
46		47		85							
totales											

Índice CPO			
C	P	O	Total

Dientes:

Número de dientes: ___ Presenta Restos Radiculares: () Si () No Número de restos: _____

Operatoria: Índice COP

Dientes con caries: _____ Dientes Perdidos: _____ Dientes Obturados: _____

Obturaciones desadaptadas: () Si () No ¿Cuántas obturaciones?: _____

Periodoncia:

Presencia de Cálculos () Si () No Presencia de Placa Bacteriana () SI () No
Porcentaje de PB: _

Índice CPITN

Código 0 __

Código 1 __

Código 2 __

Código 3 __

Código 4 __

Diagnóstico Periodontal: _____

Usa prótesis: () No () Sí superior: _____ inferior: _____

Maxilar:

Tipo de prótesis: () Fija () Removible () Total

Estado de la prótesis: Desadaptada () Si () No

Clasificación de Kennedy: (1) (2) (3) (4)

Mandíbula:

Tipo de prótesis: () Fija () Removible () total

Estado de la prótesis: Desadaptada () Si () No

Clasificación de Kennedy: (1) (2) (3) (4)

Problemas de la ATM () Si () No () otros problemas ¿cuál? _____

BIBLIOGRAFÍA.

- Ainamo, J., Barmes, D., Beagrie, G., Cutres, T., Martin, J., & Sardo-Infirri, J. (1982). Development of the World Health Organization community periodontal index of treatment needs. *Int Dent J*(32), 281-291.
- Berrio Valencia, M. I. (2012). Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40(3), 192-194.
- Bordoni, N., Doño, R., & Squassi, A. (1999). *Programa de Educación Continua Odontológica NNo Convencional (PRECONC)*. Buenos Aires: OPS.
- Budtz-Jogeren, L. E. (1985). Mandibular relation related to dental, occlusal and prosthetic conditions in a selected elderly population. 1985;1:28-33. *Gerodontology*(1), 28-33.
- Cardentey, J., Trujillo, P. E., Silva, A. M., Sixto, M., & Crespo, C. L. (2011). Estado de salud bucal de la población geriátrica perteneciente a la Clínica Ormani Arenado. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 15(2), 76-86.
- Cardona Arango, D., & Peláez, E. (2012). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Salud Uninorte*, 28(2), 335-348.
- Castellano, C. L. (2014). Análisis de la relación entre las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento y los índices de bienestar en una muestra de personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 49(3), 108-114.
- Chong, A. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(2), 79-86.

- de la Fuente, J., Sumano, O., Sifuentes, M. C., & Zelocuatecatl, A. (2010). Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Universitas Odontológica*, 29(63), 83-92.
- Díaz, S., Arrieta, K., & Ramos, K. (2012). Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(1), 9-16.
- Díaz, S., Arrieta, K., & Ramos, K. (2012). Impacto de la salud oral en la calidad de vida de los adultos mayores. *Rev Clin Med Fam*, 5(1), 9-16.
- Duque, V., Tamayo, J., Echeverri, P., Gutiérrez, A., & Sepúlveda, D. (2013). 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 Odont*, 26(1), 10-23.
- Espeso, N., Mulet, M., Gómez, M., & Más, M. (2006). Enfermedad periodontal en la tercera edad. *Archivo Médico de Camaguey*, 10(1), 42-51.
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, Á., Ordóñez, J., Osorio, J., & Chavarriaga, L. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 81-94.
- García, M., Obeso, J., & Ortiz, F. (2000). Repercusión clínica de la disfunción masticatoria. *Medicina Integral*, 35(7), 0-0.
- García, Y., Abreu, J. M., García, M., & Morales, O. (2012). Salud bucal en pacientes del hogar de ancianos "Francisca Navia". Isla de la Juventud 2011. *REMIJ*, 13(2), 1-17.

- Gil-Montoya, J. (1994). *Estado de la salud bucodental de una población anciana institucionalizada. Aspectos nutricionales. Tesis Doctoral*. Granada: Universidad de Granada. Facultad de Odontología.
- Graña, B. d., Graña, C., & Carrasco, M. R. (2012). Caracterización odontológica de pacientes con diagnóstico de demencia institucionalizados del municipio Holguín. *Revista Cubana de Tecnología de la Salud*, 4(3), 1-12.
- Huenchuan, S. (2012). *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe. La hora de avanzar hacia la igualdad*. Santiago de Chile: Libros de la CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas.
- Intriago, V. E. (2010). *Incidencia de enfermedad periodontal en pacientes diabéticos atendidos en la Clínica de la U.C.S.G. en el período B 2010*. Recuperado el 4 de agosto de 2014, de repositorio@ucsg: <http://repositorio.ucsg.edu.ec:8080/handle/123456789/926>
- Lajes, M., Aúcar, J., Ferrándiz, S. M., & Hidalgo, S. (2014). Incumplimiento de las indicaciones postrehabilitación protésica y su influencia en la calidad de vida. *Humanidades Médicas*, 14(1), 32-47.
- Malpica, J. A., Heredia, L., Ramírez, Á., & Figueredo, P. (2006). Hipertensión arterial en el anciano . *Archivo Médico de Camaguey*, 10(2), 73-85.
- Márquez, G. (2012). *Incidencia de enfermedad periodontal en parto prematuro y bajo peso/talla del recién nacido*. Recuperado el 4 de agosto de 2014, de Biblioteca Repositorio Digital de la Universidad San Francisco de Quito: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/1481>

- Montes, C., Juárez, T., Cárdenas, Á., Rabay, C., Heredia, E., García, C., y otros. (2014). Comportamiento del Geriatric/General Oral Health Assessment Index (GOHAI) y Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) en una población de adultos mayores de la Ciudad de México. *Revista Odontológica Mexicana*, 18(2), 111-119.
- Moya, P., Chappuzeau, E., Caro, J., & Monsalves, M. (2012). Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. *Rev Estomatol Herediana*, 22(4), 197-202.
- Oliva, R., & Fernández, T. (2006). Salud mental y envejecimiento: una experiencia comunitaria de musicoterapia con ancianos deprimidos. *Psicología y salud*, 16(1), 93-101.
- Rebagliati, C. R., Horruitiniere, M., & Lavaggi, G. P. (2012). Caracterización clínica, epidemiológica y social de una población geriátrica hospitalizada en un Centro Geriátrico Militar. *Rev Horiz Med*, 12(2), 21-27.
- Rosales, R. C., García, R., & Quiñones, E. (2014). Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor. *Medisan*, 18(1), 61.
- Ruiz, H. J., & Herrera, A. (2009). La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 28(3), 73-82.
- Salech, F., Jara, R., & Michea, L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 19-29.

- Sánchez, S., Heredia, E., Juárez, T., Gallegos, K., Espine, C., De La Fuente, J., y otros. (2010). Psychometric properties of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) and dental status of an elderly Mexican population. *Journal of Public Health Dentistry*, 70(4), 300-307.
- Silva, I., Tijerina, L., & Ramos, E. (2011). Calidad de vida y necesidad prótesis bucal de los trabajadores de la empresa siderúrgica Altos Hornos de México. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 12(4), parr 7-10.
- Soria, B., & Rodríguez, A. J. (2002). Análisis de los aspectos psicológicos y sociales más relevantes en ancianos institucionalizados. *Rev Cubana Enfermería*, 18(2), 116-121.
- Strömberg, E., Holmèn, A., Hagman-Gustafsson, M.-L., Gabre, P., & Wårdh, I. (2013). Oral health-related quality-of-life in homebound elderly dependent on moderate and substantial supportive care for daily living. *Acta Odontologica Scandinavica*, 71(3-4), 771-777.
- Taboada, O., Cortés, X., & Hernández, R. D. (2014). Perfil de salud bucodental en un grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo. *ADM*, 71(2), 77-82.
- Tapias, L., & Fortich, N. (2013). *Percepción de calidad de vida relacionada con la salud oral en los pacientes adultos atendidos en la clínica Odontológica de la Corporación Universitaria Rafael Núñez en Cartagena de Indias, periodo del año 2013*. Cartagena de Indias: Biblioteca digita. Repositorio Institucional CURN.

- Torres, M., & Espinoza, I. (2009). *Trastornos odontológicos en el adulto mayor*. Santiago de Chile: Recuperado de <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/4124>.
- Velázquez, L. B., Ortíz, L. B., Cervantes, A. C., García, C., & Sánchez, S. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 52(4), 448-456.
- Vigild, M. (1989). Dental caries and the need for treatment among institutionalized elderly. *Commun Dent Oral Epidemiol*(17), 102-105.
- Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29.
- WHO. (2013). *Oral health surveys. Basic Methods*. Geneva: WHO.