



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR PARCIAL Y
TOTALMENTE DESDENTADO.**

TESINA.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

PEDRO IVÁN MONDRAGÓN MARTÍNEZ

TUTOR: C.D. CONRADO LUPERCIO CHÁVEZ

MÉXICO, D.F.

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Gracias a dios por darme una familia tan maravillosa y por permitirme realizar uno de mis más grandes sueños.

A mis padres Lolis y Pedro por su sacrificio y apoyo para poder realizar esta meta tan importante en mi vida.

A mis hermanas Nancy y Thelma por ayudarme tanto y apoyarme durante la carrera.

A mis tías Nena y Sofí por creer en mí, por su apoyo e inmenso cariño.

A mis primos Ale y Juan por creer en mí, apoyarme y darme animo.

A Dani por estar en las buenas y en las malas conmigo, por tu enorme cariño y apoyo gracias por aceptar mis virtudes y defectos.

A mis padrinos Celia y Raúl por estar siempre al pendiente de nosotros y por su cariño.

A mis amigos Gerardo, Alba, Eric, Osamu que estuvieron durante la carrera y fuera de ella ayudándome, regañándome y compartiendo momentos inolvidables.

A ti que de una u otra forma me ayudas y estas incondicionalmente cuando te necesito muchas gracias por tu cariño y apoyo.

A mi Tutor C.D Conrado Lupercio Chávez por regalarme unos minutos de su valioso tiempo para poder realizar este trabajo.

Al Doctor Basilio Gutiérrez por brindarme su apoyo y amistad y por ser un ejemplo a seguir para mí.

Muchas gracias a todas aquellas personas que se prestaron para que practicara con ellas y que confiaron en mí.

Gracias nuevamente a dios por poner en mi camino a esta maravillosa gente que me rodea.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
OBJETIVOS.....	8
Generales.....	8
Específicos.....	8
CAPÍTULO I ANTECEDENTES DE LA PRÓTESIS DENTAL.....	9
CAPÍTULO II CONSIDERACIONES ANATÓMICAS Y FISIOLÓGICAS ORALES DEL PACIENTE TOTAL Y PARCIALMENTE EDÉNTULO.....	11
2.1 Patologías orales más frecuentes en pacientes desdentados.....	11
2.1.1 Membrana mucosa bucal.....	13
2.1.2 Pérdida dentaria.....	13
2.1.3 Desórdenes miofuncionales.....	14
2.1.4 Desórdenes de la articulación temporomandibular.....	15
2.1.5 Lesiones de los tejidos duros del diente.....	15
2.1.6 Alteraciones periodontales.....	15
2.1.7 Compromiso furcal.....	16
2.1.8 Invasión del espacio biológico.....	17
2.1.9 Problemas mucogingivales.....	18
2.1.10 Pérdida de reborde alveolar.....	18
2.1.11 Migraciones dentarias y alteraciones del plano de oclusión.....	20
2.1.12 Desgaste oclusal.....	21
2.1.13 Pérdida de la dimensión vertical.....	22
2.1.14 Colapso de mordida.....	22

2.1.15 Problemas estéticos.....	23
2.1.16 Situaciones clínicas frecuentes.....	24
CAPÍTULO III CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR.....	25
3.1 Calidad de vida relacionada con la salud oral.....	27
3.2 Geriátría y gerontología.....	28
3.3 Teorías del envejecimiento.....	29
3.4 Dimensión social y psicológica.....	30
3.5 Aspectos relevantes en el adulto mayor.....	31
3.6 Funcionalidad del adulto mayor.....	32
3.7 Autoestima.....	32
3.8 Salud bucal y envejecimiento.....	34
3.9 Autoidentidad.....	35
3.10 Percepción social.....	36
CAPÍTULO IV PERCEPCIÓN DE LA SALUD ORAL.....	37
4.1 Medición de la salud oral.....	38
4.2 Métodos para la medición de la salud oral en relación con la calidad de vida.....	39
4.3 Gerontoprofilaxis.....	42
4.4 Indicadores epidemiológicos.....	44
4.5 Conceptualización del enfoque de riesgo.....	45
4.6 ¿Qué significa el término riesgo?.....	45
4.7 ¿Qué es un factor de riesgo?.....	45

CAPÍTULO V MÉTODOS DE PREVENCIÓN PARA LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES	47
5.1 La prevención de enfermedades orales en México	50
CONCLUSIONES	51
FUENTES DE INFORMACIÓN	50

INTRODUCCIÓN

Los conceptos contemporáneos de salud sugieren que el estado buco dental debe definirse como el bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado de la dentición, así como tejidos duros y blandos de la cavidad bucal. En consecuencia, esta definición propone que para medir la salud bucodental no sólo deben utilizarse índices que cuantifiquen la presencia o gravedad de una afección (bienestar físico), sino suplementarlos con medidas de bienestar psicológico y social.

Una de las funciones de la odontología es mejorar o mantener la calidad de vida de las personas, ya que la mayor parte de las enfermedades bucodentales y sus consecuencias tienen efectos en el desempeño de las actividades de la vida diaria. Por consiguiente, puede definirse la calidad de vida en relación con la salud bucal como “la percepción que el individuo tiene del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como de tejidos duros y blandos de la cavidad bucal en el desempeño de las actividades de la vida diaria, teniendo en cuenta sus circunstancias presentes y pasadas, sus implicaciones en el cuidado, sus expectativas, sus paradigmas y acorde al sistema de valores de su contexto sociocultural”.

Por tradición, los métodos utilizados para precisar la salud bucodental se limitan a la medición de indicadores clínicos e índices bucodentales, así como a la presencia y ausencia de enfermedades. Estos métodos no suministran información acerca de la percepción de las personas sobre el estado de salud bucodental, además del efecto que tiene la salud bucodental sobre las actividades que realiza con regularidad, como son las dificultades vinculadas con comer, hablar, lavarse los dientes, relajarse, mantener el

estado emocional normal (sin enojos), dormir, trabajar y disfrutar el contacto con la gente¹.

OBJETIVOS:

General

Determinar los factores que afectan la calidad de vida del adulto mayor parcial y totalmente desdentado ante la pérdida dentaria.

Específico

Destacar la importancia de utilizar una escala de medición de calidad de vida dentro de la práctica odontológica, para llevar a cabo un mejor tratamiento en conjunto con las necesidades del paciente.

CAPÍTULO I ANTECEDENTES DE LA PRÓTESIS DENTAL

Las enfermedades han afectado a la humanidad desde sus inicios, en especial el agudo y fastidioso dolor dentario producido por una caries profunda o un absceso periapical. Técnicas curativas y rehabilitadoras han sido practicadas por muchos médicos a lo largo de la historia. El registro más antiguo que existe sobre una práctica primitiva egipcia de la Odontología data de hace 5.000 años. Hesse-Re es considerado el primer dentista conocido de la historia. Una inscripción egipcia en madera muestra a Hesse-Re como jefe de médicos de la corte (figura 1)².

Tiempo después esta profesión fue asumida por los barberos quienes además de los servicios de cortes de cabello, asumían las extracciones dentales de los clientes aquejados de dolor. Luego que comenzaron a ejercer los flebotomianos y cirujanos dentistas en distintas partes del mundo, como parte de las autorizaciones dadas por las autoridades españolas de la época³.

El doctor francés Pierre Fauchard (1678-1761) es considerado el padre de la Odontología, por sus novedosos aportes a la odontología, particularmente por la profesionalización de la práctica dental y la publicación en 1728 de su colosal obra "Le chirurgien dentiste; ou, traité des dents" (el cirujano dentista; o tratado sobre los dientes). Pierre Fauchard fue dentista personal de Luis XIV, hoy en día en París se encuentra su museo (figura 2)⁴.

La confección y fabricación de prótesis dentales es una tarea importante desde la antigüedad. Se cree que los fenicios ya usaban oro blando, o en rollo, y alambre de oro para su construcción, también soldaduras e impresiones de modelos. No obstante, en el año 754 a.d.C., los etruscos, artesanos habilidosos en la época, producían puentes muy complejos en los que se empleaban bandas de oro soldadas entre sí por púnticos hechos de diferentes piezas dentales de humanos o animales. En el año



Fig.1 Hesie-Ree.

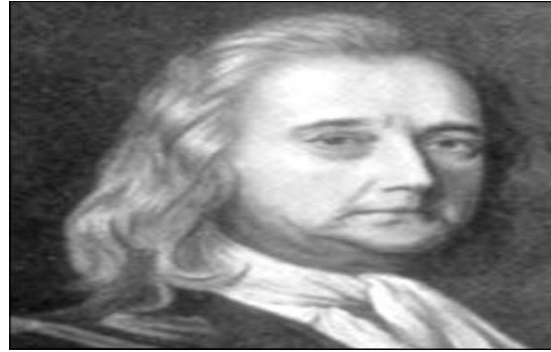


Fig.2 Pierre Fauchard.

600 a.d.C en las reliquias de Mayer, se describe una prótesis en la cual se reemplazan dientes naturales por un diente de madera de Boj.

En el año 300 a.d.C, se descubre la artesanía romana y se confirma que las coronas ya se usaban siglos a.d.C. En el año 65 a.d.C se mencionó el uso de marfil y de madera para hacer dientes artificiales.

Las primeras dentaduras datan del siglo XV, aunque como ya es mencionado anteriormente, existieron mucho antes. Los dientes eran tallados de hueso o de marfil, o se preparaban a partir de dientes recuperados de los cementerios, pues al parecer existían donantes muertos o incluso vivos, que cambiaban sus dientes a cambio de algo que les beneficiara, tal vez dinero. Estas dentaduras eran incómodas, y estéticamente inapropiadas, pues estaban conectadas visiblemente a una base con hilos de metal o seda⁵.

Lo que nos indica que desde épocas remotas el ser humano se ha preocupado por sustituir sus órganos dentales faltantes lo cual refiere la percepción, que el estar parcial o totalmente desdentado crea un malestar biológico psicológico y social principalmente. El englobar esos tres factores se puede traducir fácilmente en calidad de vida.

CAPÍTULO II CONSIDERACIONES ANATÓMICAS Y FISIOLÓGICAS ORALES DEL PACIENTE TOTAL Y PARCIALMENTE EDÉNTULO

El estudio de la anatomía bucal no debe de hacerse en aislamiento anatómico. La boca es solo parte de una serie de entidades funcionales que componen la cabeza. Esta a su vez, constituye una parte integral del organismo total. La función bucal se encuentra relacionada íntimamente con aquellas adaptaciones que han ocurrido a través de la historia evolutiva de la especie.

2.1 Patologías orales más frecuentes en pacientes desdentados

El **Épulis fisuratum** es una lesión vegetante muy común de los tejidos blandos del fondo de surco vestibular superior e inferior, de pacientes edéntulos. El área afectada generalmente inflamada, presenta un crecimiento de tejido blando y rojizo en forma de uno o más mamelones alargados en sentido paralelo al borde de la prótesis, en ocasiones son varios los pliegues que se forman; a veces pueden ulcerarse, entonces provocan dolor y fácil sangrado. Su localización más común corresponde al sector anterior del fondo del surco. Es provocada por la irritación crónica de prótesis mal adaptadas con bordes sobreextendidos o rotos, en este caso, agudos, filosos y cortantes (figura3)⁶.



Fig.3 Épulis fisuratum.

La **fibromatosis gingival** es el aumento de tamaño de la mucosa, tanto en la región de la tuberosidad maxilar superior como en la mandíbula.

Hay formas localizadas y generalizadas. La forma generalizada puede ser hereditaria, secundaria a medicamentos o idiopática (figura 4)⁷.



Fig.4 Fibromatosis gingival .

La **hiperplasia papilar** es de origen desconocido causada por prótesis maxilares flojas y mal ajustadas que desencadenan una respuesta hiperplásica del tejido de la bóveda palatina.

Esta respuesta es aún más intensa si la prótesis se ha realizado con la técnica denominada descarga de alivio palatino, que ejerce una presión negativa sobre el paladar.

El tejido palatino responde produciendo numerosas y pequeñas áreas de hiperplasia fibrosa focal eritematosa cuya superficie recuerda al de un papiloma (figura 5)⁸.



Fig.5 Hiperplasia papilar.

2.1.1 Membrana mucosa bucal

Esta varía de zona a zona y de muestra con claridad la adaptación a la función. El epitelio que cubre la cavidad bucal es el tipo escamosa estratificado y revela grandes diferencias en el grado de desarrollo, que se correlaciona a su vez con las funciones de una zona en particular. Por ejemplo en el paladar duro, que se requiere resistir las fuerzas desarrolladas durante la masticación de los alimentos ásperos, el epitelio es queratinizado. En el piso de la boca, que está protegido en partes de las fuerzas masticatorias por la lengua, el epitelio es delgado y no llega a ser queratinizado.

La membrana mucosa de la lengua se encuentra muy bien desarrollada y la superficie epitelial del dorso y sus márgenes laterales revelan estructuras especializadas y bien definidas.

Algunos pacientes presentan rebordes alveolares cubiertos con membranas mucosas gruesas y elásticas, otros tienen membranas delgadas, apropiadas y con poco tejido conectivo subepitelial.

Cuando se habla de un paciente adulto mayor, trata casi de todos los casos de un paciente parcial o totalmente desdentado.

A medida que el paciente va perdiendo sus dientes ocurren una serie de cambios de importancia, tanto en la morfología como en la fisiología del sistema estomatognático, que se manifiestan como patologías las cuales a medida que avanza el tiempo producen un deterioro mucho mayor que compromete a más elementos del sistema.

2.1.2 Pérdida dentaria

Las causas de la pérdida dentaria son fundamentalmente la caries, la enfermedad periodontal, el trauma y la iatrogenia. Las consecuencias de ello son la sobrecarga del resto de los dientes, alteraciones del plano

oclusal, pérdida de reborde alveolar y de otros dientes creándose un círculo vicioso de deterioro (figura6)⁹.

Los pacientes desdentados parciales han sido clasificados por Kennedy:

*Clase I desdentado bilateral posterior.

*Clase II desdentado unilateral posterior.

*Clase III zona desdentada anterior o posterior con límite dentario de ambos extremos.

*Clase IV espacio desdentado anterior que cruza la línea media sin espacios adicionales posteriores.

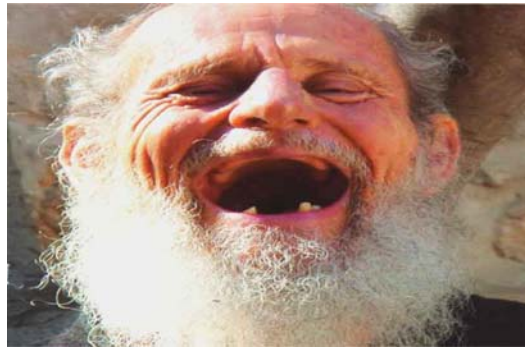


Fig. 6 Pérdida dentaria.

2.1.3 Desórdenes miofuncionales

Todas aquellas alteraciones que inducen cambios en la posición de los dientes o cambio de las posiciones mandibulares generan problemas miofuncionales consistentes en las alteraciones de la tonicidad de los músculos o en la inflamación de ellos, que se traduce en miositis y mialgias. Se sabe que estos desordenes ocasionalmente se ven potenciados por factores emocionales que muchas veces actúan como desencadenantes.

2.1.4 Desórdenes de la articulación temporomandibular

Los cambios en la posición mandibular pueden producir discrepancia del complejo cóndilo-disco; la ocurrencia de procesos lentos producen, a lo largo de los años, adaptaciones con remodelación de las estructuras articulares. Estos cambios estructurales no presentan sintomatología, e incluso, muchos autores sostienen que las personas con historia de desórdenes temporomandibulares presentan una disminución notoria de los síntomas a medida que envejecen. Por lo tanto, en pacientes ancianos con disfunción temporomandibulares no se debe insistir en recobrar la posición ideal, pues es más sano realizar la rehabilitación en la posición de acomodación adquirida por el paciente (figura7)¹⁰.



Fig.7 Trastornos en la ATM corte sagital de pacientes edentulos con y sin dentaduras.

2.1.5 Lesiones de los tejidos duros del diente

Las lesiones de los tejidos duros son la erosión, la atrición, la abrasión, las lesiones, abfractales y la caries radicular.

2.1.6 Alteraciones periodontales

Se debe realizar un examen periodontal exhaustivo, efectuando un periodontograma que es necesario corroborar mediante un análisis radiográfico con el fin de efectuar el diagnóstico general para todos los

dientes y un diagnóstico general para todos los dientes y un diagnóstico particular de cada uno de ellos. El 97% de la población presenta algún grado de enfermedad periodontal u de la incidencia de bolsas con pérdida ósea y la recesión gingival. En este sentido cobra gran importancia el diagnóstico u otras afecciones que comprometen el tejido de soporte dentario. Una vez realizado este ejercicio diagnóstico es posible establecer un pronóstico general y particular con el fin de tomar decisiones conducentes a extracciones, endodoncias, tratamiento periodontal y rehabilitación posterior.

Entre los indicadores de enfermedad periodontal los más prevalentes y pronunciados en el proceso del envejecimiento son: la pérdida de niveles de inserción, el aumento de la incidencia de bolsas con pérdida ósea y la recesión gingival. En este sentido cobra gran importancia el diagnóstico y manejo de las lesiones furcales tanto de origen periodontal como endodóntico (figura 8)¹¹.



Fig.8 Periodonto afectado.

2.1.7 Compromiso furcal

En los dientes multirradiculares es muy frecuente encontrar compromiso furcal cuyas lesiones se detectan clínica y radiográficamente. La interpretación radiográfica es relativamente fácil en los molares

inferiores por sus raíces mesial y distal, no así en los molares superiores por la dificultad exploratoria derivada de la ubicación de las furcaciones y la superposición radiográfica de la raíz palatina (figura 9)¹².



Fig.9 Compromiso furcal.

2.1.8 Invasión del espacio biológico

Gargullio. Wentz y Orban definen el espesor biológico como el espacio comprendido entre la cresta alveolar y el fondo del surco gingival, con una dimensión promediada por caries, de 1.9 a 2.0 mm, ocupada por la inserción de tejido conectivo y la inserción epitelial. Describen asimismo las dimensiones de dicho espacio en los 4 estados de la erupción pasiva a lo largo de la vida del individuo: desde un promedio de 2.43 mm para el estado I, 2,17mm para el estado II, 1.80mm para el estado III y 1.77 mm para el estado IV.

El espesor biológico puede ser invadido por caries, fracturas dentarias, perforaciones o preparaciones subgingivales. En estos casos puede ser necesario mover una dirección apical con el fin de obtener preparaciones dentarias de mayor longitud cervico-incisal y lograr mayor retención, como también para resolver problemas estéticos (disparidad de contornos gingivales o exposición excesiva de tejidos gingivales). Ingber y colaboradores discuten la importancia de respetar este espacio, también llamado “ancho biológico”, en los procesos restaurativos como garantía de la salud periodontal.

2.1.9 Problemas mucogingivales

Uno de los problemas más frecuentes en el paciente geriátrico es la recesión gingival que se presenta por lo general en las superficies vestibulares de todos los dientes, aun cuando también es frecuente su ocurrencia en las superficies palatinas de los molares y en las superficies linguales de los dientes asociados con la presión del conector mayor de la prótesis removible. Los tejidos periodontales de estos dientes no presentan signos inflamatorios, aunque en etapas avanzadas de recesión puede sobrevenir la inflamación debida al acumulo de placa dentobacteriana. A pesar de la recesión de los dientes afectados rara vez presentan aumento de su movilidad.

Se observan recesiones gingivales de 1 mm o más en 11.5% de los individuos entre 18 y 24 años, 46% entre 35 y 44 años, 78% entre 55 y 64 años y el 86.5% de los pacientes de 65 años y más. Recesiones iguales o mayores de 3mm se encuentran en 1% de los individuos entre 18 y 24 años, 12% entre 35 y 44 años, 25.9% entre los 45.5% de los individuos mayores de 65 años.

Aun cuando la etiología de la recesión gingival no ha sido claramente establecida parece haber múltiples factores que contribuyen a ella y originan una clasificación.

- Factores morfológico- anatómicos.
- Factores traumáticos.
- Trauma por técnica de cepillado.
- Factores musculares.

2.1.10 Pérdida de reborde alveolar

A medida que el paciente sano envejece pierde hueso alveolar a consecuencia del proceso de envejecimiento normal. A esto se agrega la perdida de soporte óseo por enfermedad periodontal y la que siempre ocurre después de una perdida dentaria.

Según Knoernschild “La pérdida de hueso alveolar en pacientes desdentados es la entidad crónica, progresiva, irreversible y acumulativa. El ritmo de reabsorción es más rápido en los primeros 6 meses siguientes a las extracciones y el grado de reabsorción del reborde es potencialmente limitado. Aunque el ritmo de reabsorción para cada individuo es impredecible, están involucrados factores anatómicos, biológicos y mecánicos” por su parte, Tallgreen reporto un promedio de reducción de 9 a 10 mm en el maxilar superior en los primeros 25 años de edentulismo (figura 10)¹³.



Fig.10 Pérdida de reborde alveolar.

Este proceso es válido para todos los individuos en cualquier etapa de la vida pero existen algunas situaciones que agravan o aceleran este proceso ; entre ellas se pueden citar extracciones tempranas, los procesos patológicos locales como quistes periapicales o lesiones tumorales , los traumas y aquellas patologías sistémicas como el hiperparatiroidismo y la osteoporosis.

Estas pérdidas óseas localizadas en el sector anterior crean defectos que han sido clasificados por Sierbert:

- Clase 1. En los cuales hay pérdida del grosor vestibulo lingual pero la altura es normal.
- Clase 2. La pérdida es en altura pero el grosor es normal.
- Clase 3. La pérdida es en grosor y en altura.

La instauración de estos defectos implica el surgimiento de problemas estéticos corregibles mediante injertos óseos o de tejido conectivo; en algunos casos en que el defecto es muy severo, es necesario recurrir a una prótesis removible. Sin embargo, es importante establecer medidas

para prevenir la pérdida de reborde alveolar a lo largo de toda la vida del individuo, algunas de las cuales son:

- Evitar extracciones mediante prevención primaria, buena odontología, tratamiento oportuno.
- Prevenir o tratar la enfermedad periodontal con el fin de limitar el daño.
- Reemplazar oportunamente los dientes perdidos evitando así la migración dentaria y las sobrecargas en los dientes remanentes.
- Realizar procedimientos quirúrgicos cuidadosos evitando una gran destrucción de hueso no comprimir tablas post extracción y manejar adecuadamente los alveolos.
- Implementar procedimientos de regeneración tisular conducente a recuperar hueso o en su defecto a no perderlo.
- Evitar procedimientos extensos de regularización.
- Mantener todos aquellos dientes susceptibles a ser utilizados para sobredentaduras.
- Evitar sobremantener dientes que producirán lesiones extensas a su alrededor conduciendo a mayor pérdida que una extracción oportuna bien realizada.

Es el caso de las mujeres menopáusicas en quienes la disminución de los niveles de estrógeno y la consecuente alteración del balance del Ca acelera el proceso de reabsorción especialmente en 5 años siguientes al inicio de la menopausia. Se debe evitar practicar extracciones y está indicado aplicar rigurosamente las medidas preventivas ya mencionadas. El esfuerzo coordinado de dietista, ginecólogo, y endocrinólogo es muy importante en el manejo de estos pacientes.

2.1.11 Migraciones dentarias y alteraciones del plano de oclusión

Las alteraciones del plano oclusal se producen fundamentalmente por pérdidas dentarias. Cualquier pérdida de tejido dentario, que no sea reemplazado, conduce a la migración de los dientes vecinos y sus

antagonistas. Kaplan clasifico de la siguiente manera estas alteraciones (figura11)¹⁴:



Fig.11 Migraciones dentarias.

- Migraciones dentarias
- Rotaciones dentarias
- Intrusiones
- Inclinaciones
- Extrusiones
- Crecimientos alveolares segmentarios (migración de los dientes con hueso alveolar.

Por pequeña que parezca toda alteración del plano oclusal genera interferencias en relación céntrica y en los movimientos de protrusión, de trabajo y balance.

Los contactos prematuros en relación céntrica son particularmente graves ya que se presentan como primer contacto a partir del cual se generan deslizamientos mandibulares anteriores, laterales o combinados que se detienen siempre en algún punto, ejerciendo en este caso un traumatismo sobre los dientes del sector anterior. De esta forma se genera un trauma oclusal primario sobre aquellos dientes cuyo periodonto esta indemne.

2.1.12 Desgaste oclusal

Los dientes se desgastan normalmente debido al uso y en la medida que los años transcurren esto se hace evidente. No obstante, existe un

desgaste patológico de los dientes llamado “abrasión dentaria” que ocurre frecuentemente.

2.1.13 Pérdida de la dimensión vertical

Estas pérdidas de dimensión se presentan frecuentemente asociadas con alteraciones del plano oclusal, inicialmente muy severas, aunque en el proceso de recuperación de la dimensión vertical se minimizan y se facilita su corrección (figura12)¹⁵.



Fig.12 perdida de la dimensión vertical y desgaste oclusal.

2.1.14 Colapso de mordida

Es un síndrome, cuyo manejo clínico y restaurativo es de gran complejidad, y se presenta con gran frecuencia en aquellos pacientes que han perdido alguno o todos los dientes posteriores. Presentan las siguientes características:

- Pérdida de la integridad del arco dentario.
- Pérdida de la integridad diente a diente.
- Enfermedad periodontal.
- Abertura en abanico de los dientes anteriores, superiores e inferiores.
- Pérdida de dimensión vertical.
- interferencias en los movientes de protrusión, trabajo y balance.

2.1.15 Problemas estéticos

Los problemas estéticos en el paciente geriátrico pueden originarse del mismo proceso de envejecimiento o por cambios asociados con alteraciones descritas anteriormente, repercutiendo en su autoestima.

Algunos son:

- Oscurecimiento de los dientes
- Desgaste fisiológico.
- Aumento de pliegues en la región perioral.
- Alteraciones del plano oclusal y migraciones dentarias.
- Alteraciones de forma, color y textura.
- Alteraciones de la arquitectura, color y textura gingival, en la longitud de los dientes con creación de espacios oscuros causados en la pérdida de papila gingival y los desplazamientos dentarios.
- Desgaste dentario con disminución de la dimensión vertical.
- Creación de espacios desdentados y pérdida de soporte labial.
- Restauraciones deficientes en forma, color posición, retenedores de prótesis removibles.
- Prótesis totales deficientes que provocan alteraciones de forma, color y soporte labial (figura13)¹⁶.



Fig.13 Problemas estéticos.

2.1.16 Situaciones clínicas frecuentes

Cada paso presentado corresponde a un momento de la historia del proceso de la enfermedad oclusal, que ha tenido una etiología determinada y que, por falta de intervención oportuna y adecuada, ha continuado su proceso de deterioro y compromiso cada vez mayor. En la medida que avanza el proceso se verán comprometidos diferentes componentes del sistema estomatognático, lo cual depende de su labilidad o fortaleza hasta llegar al colapso total del sistema¹⁷.

CAPÍTULO III CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

La **calidad de vida** es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores...

Según la OMS, la **calidad de vida** es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno"(figuras 14 y 15)¹⁸.

El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. El nivel de vida son aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria como la renta per cápita, el nivel educativo, las condiciones de vivienda, es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan como la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos. Parece como si el concepto de calidad de vida apareciera cuando está establecido un **bienestar social** como ocurre en los países desarrollados.

La evolución del concepto de salud desde la sola preservación del bienestar biológico a una definición que incluye el bienestar psíquico y social, hizo que los profesionales de la salud otorgaran importancia a los efectos de la enfermedad y del tratamiento sobre la calidad de vida,

especialmente cuando la enfermedad o su tratamiento tienen efectos extremadamente negativos.

Por otra parte, el envejecimiento poblacional ha hecho que el cuadro epidemiológico varíe en forma considerable, con un gran aumento por parte del paciente. Es así como la anamnesis y la exploración física rara vez proporcionan datos útiles para establecer conclusiones sobre la calidad de vida relacionada con la salud del paciente. Por el contrario los cuestionarios estandarizados desarrollados científicamente pueden evaluar de modo confiable y rápido el funcionamiento y bienestar.

Los resultados de esos cuestionarios junto con los que se obtienen de la historia clínica y del examen físico proporcionan información cuantificable y completa, útil para establecer el diagnóstico, elegir el tratamiento y monitorizar su éxito. Ya en 1989 el Congreso de los Estados Unidos decretó que en ese país, el criterio a utilizar para monitorear la eficacia de un tratamiento específico, debiera incluir una evaluación personal del paciente sobre el “estado funcional, el estado de bienestar general, y la satisfacción con la atención médica recibida” de las enfermedades crónicas y degenerativas. Esto refuerza la recomendación a los profesionales de la salud para que consideren, como uno de los objetivos terapéuticos de mayor importancia, mejorar la plenitud de la vida del paciente dentro de los límites impuestos por la enfermedad.



Fig.14 Calidad de vida.



Fig.15 Ayudando a mejorar su salud.

Para lograrlo, es necesario determinar las percepciones del paciente sobre la forma en que la enfermedad y su tratamiento afectarán diversos aspectos de su vida, especialmente su bienestar físico, emocional y social.

Tradicionalmente los profesionales de la salud obtienen información sobre la salud del paciente mediante la anamnesis, la exploración física y los exámenes de laboratorio. Sin embargo, el enfoque tradicional no está basado en preguntas estandarizadas con diferentes opciones de respuesta sobre los aspectos cotidianos físicos, sociales, personales, el bienestar mental o la percepción de salud por parte del paciente. Es así como la anamnesis y la exploración física rara vez proporciona datos útiles para establecer conclusiones sobre la calidad de vida relacionada con la salud del paciente. Por el contrario los cuestionarios estandarizados desarrollados científicamente pueden evaluar de modo confiable y rápido el funcionamiento y bienestar.

3.1 Calidad de vida relacionada con la salud oral

Las enfermedades orales influyen en la calidad de vida afectando diversos aspectos del diario vivir como son: la función masticatoria, la fonación, apariencia física, las relaciones interpersonales e incluso las oportunidades de trabajo.

Aunque este concepto se relaciono por primera vez con la salud oral durante la segunda guerra mundial, cuando la presencia de 6 dientes en oclusión fue utilizada como indicador de una adecuada relación: función oral-sentirse bien, su importancia en el área odontológica a tomado relevancia solo en las últimas décadas creándose instrumentos de medición específicos para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral.

La calidad de vida relacionada con salud oral ha sido estudiada principalmente en los adultos mayores 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.

Los adultos mayores son un grupo de especial interés debido a la vulnerabilidad de su salud bucal, como ejemplo podemos citar que en Chile cerca de un 25% de los individuos mayores de 60 años son desdentados totales y se observa una alta prevalencia de lesiones de la mucosa oral y enfermedad periodontal. Por otra parte, un trabajo realizado en México en el 2005 a través de encuestas en hogares por parte del INEGI mostró un elevado porcentaje de personas desdentadas que es del (65%).

3.2 Geriatria y gerontología

La geriatría se define como la rama de la medicina que se ocupa de los “aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales en la salud y enfermedad de los ancianos”. Se trata de una ciencia práctica, aplicada, rama de la medicina que se ocupa de la asistencia médica y social de los ancianos. Tanto la geriatría como la gerontología social son ciencias eminentemente sociales que intentan solucionar la amplia y compleja problemática de la comunidad de ancianos y características individuales.

El objetivo de la geriatría como especialidad con contenido integral es atender a todos los ancianos, sanos y enfermos, y de estos a los agudos y a los crónicos, a los orgánicos y a los mentales en toda su problemática socio familiar y comunitario. Se ocupa de la promoción y protección de la salud física y mental, del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación biopsicosocial¹⁹. Figura 16²⁰.



Fig. 16 Programas de salud.



Fig. 17 Mala calidad de vida .

La gerontología trata de alejarse de la preocupación por la edad y la enfermedad, estudia el proceso de envejecimiento desde el punto de vista biopsicosocial (figura 17)²¹.

3.3 Teorías del envejecimiento

Son muchas las teorías que han intentado explicar el proceso o causa del envejecimiento y los cambios progresivos de la involución. Sin embargo es innegable que el ritmo del envejecimiento varía de acuerdo con los individuos, y seguramente según los grupos étnicos (figura 18)²².

Félix Estrada en estudios e investigaciones de los fenómenos relacionados con la genética del envejecimiento en México sostiene que la formación espontánea o provocada de radicales libre reduce la duración de la vida, mientras que los antioxidantes la prolongan.

Después de que se ha alcanzado la madurez la decadencia de las funciones orgánicas es un proceso inevitable y natural en todas las formas de vida.

El metabolismo tisular cambia con el tiempo, pero la naturaleza de estos cambios aun no se conoce con precisión. Entre las teorías más importantes se cuentan las siguientes:

- *De la mutación o clonal
- *Inmunológica
- *Del estrés o tensión

- *Del eslabonamiento cruzado
- *Radicales libres
- *De la colagena
- *Integrada
- *De la muerte celular programada.



Fig.18 Amor y cariño a la gente de la tercera edad.

3.4 Dimensión social y psicológica

Las diferentes culturas y costumbres son la mayor influencia en el efecto psicológico de los problemas bucales de los individuos, históricamente Kunzle cita que los dientes siempre han sido relacionados con eventos especiales y mágicos a través de todos los tiempos así como elementos que constituían poder²³.

Aunque el impacto psicológico relacionado con los problemas bucales ha sido medido a través de preguntas individuales, así como un instrumento estandarizado que es el Beck Depresión Inventori o la Syntom Checklist 90(SCL-90). Y los resultados se dirigen a que una pobre calidad de vida evita que las personas tengan contacto social ya que les disgusta la apariencia física de su rostro²⁴.

Hace poco se realizaron estudios que se dirigen a examinar cuales son los elementos que hacen atractiva una sonrisa y los resultados nos indican que principalmente importa la apariencia de los dientes en cuanto a forma y color por lo que es natural observar como se ha incrementado

el número de especialistas dedicados a la restauración estética, tratamientos que van dirigidos principalmente a pacientes con una pérdida dental importante y que tratan de recuperar su imagen para desenvolverse mejor socialmente²⁵. Figura19²⁶.

Los problemas bucales como la pérdida dental interfieren en los roles y niveles sociales de todos los individuos, dada la importancia de la boca y los dientes en una comunicación verbal y no verbal, ya que las personas que presentan estas deficiencias evitan hablar, reírse o realizar alguna otra expresión que involucre tener que mostrar su dentadura²⁷.

En el reino unido se realizó un estudio en adultos mayores con pérdida dental y se encontró que el 30 % reportaba que tenía problemas al masticar, el 5% mencionó que tuvo que cambiar su dieta, el 9% refirió sentirse incomodo al comer delante de otras personas y el 13% expresó sentir vergüenza al tener que relacionarse con otras personas²⁸.



Fig.19 Autopercepción.

3.5 Aspectos relevantes en el adulto mayor

El concepto de salud como estado de completo bienestar físico, mental y social resulta en general inaceptable por ser utópico, particularmente en la tercera edad.

El envejecimiento se trata de una interacción de factores fisiológicos, psicológicos y ambientales, aunados al grado de soledad que las

personas experimentan en la edad avanzada y al control que sienten sobre sus propias vidas.

3.6 Funcionalidad del adulto mayor

La independencia funcional o funcionalidad no es otra cosa que la capacidad de cumplir o realizar determinadas acciones, actividades o tareas requeridas en el diario vivir.

Aquí es donde los conceptos de autonomía e independencia pasan a ser fundamentales y se relacionan con los factores de calidad de vida para este grupo de edad. La independencia es entendida como la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás ; y la autonomía como la capacidad de tomar decisiones por si solos y afrontar las consecuencias de ello de acuerdo a preferencias propias y los requerimientos del entorno²⁹.

3.7 Autoestima

La autoestima se puede definir en un lenguaje coloquial como la percepción que tenemos de nosotros mismos, es decir la forma de sentirnos respecto a nuestro físico, estado de ánimo, cultura, sexo, sentimientos, etc.

La autoestima es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. En resumen, es la percepción evaluativa de sí mismo.

La importancia de la autoestima estriba en que concierne a nuestro ser, a nuestra manera de ser y al sentido de nuestra valía personal. Por lo tanto, no puede menos de afectar a nuestra manera de estar y actuar en el mundo y de relacionarnos con los demás. Nada en nuestra manera de

pensar, de sentir, de decidir y de actuar escapa a la influencia de la autoestima.

Abraham Maslow, en su jerarquía de las necesidades humanas, describe la *necesidad de aprecio*, que se divide en dos aspectos, el aprecio que se tiene uno mismo (amor propio, confianza, pericia, suficiencia, etc.), y el respeto y estimación que se recibe de otras personas (reconocimiento, aceptación, etc.). La expresión de aprecio más sana según Maslow es la que se manifiesta en el respeto que le merecemos a otros, más que el renombre, la celebridad y la adulación:

Carl Rogers, máximo exponente de la psicología humanista, expuso que la raíz de los problemas de muchas personas es que se desprecian y se consideran seres sin valor e indignos de ser amados; de ahí la importancia que le concedía a la aceptación incondicional del cliente. En efecto, el concepto de autoestima se aborda desde entonces en la escuela humanista como un derecho inalienable de toda persona³⁰.

Autores como Williams James se refiere a la autoestima como la dependiente de los éxitos obtenidos en relación con nuestras pretensiones. De igual forma podemos mencionar que la autoestima está relacionada con el factor psicológico y esta depende de las alabanzas a las cualidades de cada persona las cuales pueden provocar un bienestar o una depresión del estado de ánimo del individuo por consiguiente esta repercutirá en la conducta social.

Estudios realizados a nivel mundial revelan que la autoestima está relacionada con la actitud positiva hacia el cuerpo, por lo tanto las personas que se aceptan tal cual, refiriéndose al cuerpo, belleza, salud, etc; tienen una elevada autoestima o una satisfacción buena de sí mismos en general, por el otro lado las personas que no se aceptan y no les satisface su cuerpo son de autoestima baja.

Una alteración dentofacial, no supone en el mayor porcentaje de casos ninguna limitación física, sin embargo influye negativamente sobre la percepción facial, lo que a su vez repercute en el marco psicosocial de la

persona. La mayoría de los individuos que pierden sus dientes sufren algún grado de shock psicológico, depresión y pérdida de autoestima³¹.

Otro autor como lo es Schendorff refiere “que se ha comprobado que muchos pacientes que acuden a la consulta con serios complejos y problemas de autoestima derivados de la apariencia de su boca y terminan su tratamiento con una mejora evidente tanto en sus relaciones personales como en su seguridad personal”³².

Sin embargo Fiske , comenta que el 25% de los adultos mayores que presentan pérdida dental han tenido que evitar encontrarse con amistades por el hecho de sentir cierto temor de que sea descubierto su edentulismo ya sea parcial o total y tenga que enfrentar esta penosa situación frente a este., debido a que su autoestima esta disminuida porque su apariencia no les agrada, ya que en su gran mayoría los adultos mayores refieren como es su estado dependiendo del número de dientes naturales que poseen ³³(figuras 20 y 21)³⁴.

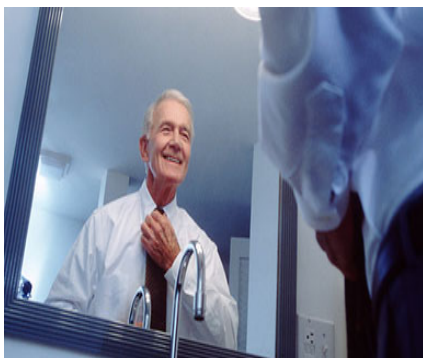


Fig.20 Autoestima.



Fig.21 Funcionalidad.

3.8 Salud bucal y envejecimiento

Al hablar de envejecimiento y salud se tratan dos conceptos y se buscan sus correlaciones. La salud es el resultante variable y el envejecimiento se considera como la situación que afecta a la salud tomando en cuenta que esta es el estado de bienestar mental, físico, material y moral indispensable para tener una calidad de vida aceptable.

El envejecimiento es el resultado de todos los cambios que ocurren a través del tiempo en los organismos desde su nacimiento hasta su muerte; es un proceso natural en la vida del ser humano en el cual se suscitan modificaciones de carácter biológico, social y psicológico que implican cambios funcionales que deben considerarse como un problema de salud³⁵.

Al envejecer se presentan signos como lo son disminución en la capacidad física, en la concentración, en la memoria, agudeza visual por lo que el cuerpo como órgano “semi perfecto” avisa que el sistema no está trabajando en forma adecuada³⁶.

Se cita que cerca del 90% de las personas de más de 65 años tienen una o más enfermedades crónicas por lo que están destinados a llevar un tratamiento farmacológico que generalmente repercute en la cavidad oral por los efectos diversos que desencadenan los mismos de una forma permanente³⁷.

Algunos ejemplos ya mencionados en el capítulo anterior de envejecimiento en la cavidad oral son, la disminución de la función de la mucosa y de la musculatura de la boca. Del mismo modo, también se sabe que una menor capacidad sensorial gustativa forma parte del envejecimiento normal además de la dificultad para llevar a cabo el proceso masticatorio³⁸.

Durante la vida, las necesidades de las personas con respecto a sus dientes van cambiando y aunque el adulto mayor tiene una expectativa baja por mejorar el estado de salud de su boca, al momento de perder sus dientes, se requiere devolver la función en las zonas edéntulas por medio de prótesis provocando un cambio irreversible en todos los tejidos de la cavidad oral³⁹.

3.9 Autoidentidad

La autoidentidad se puede definir como el conjunto de características que describe de sí mismo el individuo.

Esto quiere decir que cada individuo tiene una forma distinta de verse lo cual depende mucho del estado de ánimo de la persona y la calidad de vida que lleve el mismo. La autopercepción de su sentir se liga en demasía al entorno social que lo rodea.

Para entender esta autoidentidad el individuo debe realizarse una pequeña autoevaluación comenzando con las preguntas:

¿Quién soy?

¿Cómo se quién soy?

¿Qué quiero ser?

¿Cuáles son mis cualidades?⁴⁰.

3.10 Percepción social

Las impresiones que produce un individuo en la mente de la gente no están sino en parte bajo su control. La persona a quien se pretende impresionar aporta a la interacción su experiencia con otros: un sistema entero de actitudes, creencias, cogniciones y perspectivas obtenidas a través de los años⁴¹.

La imagen que tenemos del cuerpo es resultado de la vida social. Nuestra autoimagen, la imagen que tenemos de otros, su belleza o fealdad, constituyen la base para nuestras actividades sociales y sexuales⁴².

CAPÍTULO IV PERCEPCIÓN DE LA SALUD ORAL

El término de percepción de la salud es difícil de definirse ya que cada individuo tiene una manera distinta de visualizar todo su entorno y en cuanto a la percepción de su salud bucal y general depende como se menciona en el capítulo anterior de diversos factores, el más importante de ellos es el estado de ánimo de la persona.

La OMS define a 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 (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal. En base a esto el individuo se debe de formar un criterio y una auto evaluación y darse cuenta si estos signos y síntomas los padece y saber que tan buena es su salud bucodental.

Las creencias y prácticas en salud conforman una importante gama de elementos culturales que se vinculan a su vez con factores biológicos económicos y sociales. Las distintas formas de comportamiento en salud son expresiones de una serie de respuestas adaptativas de la población, que abarcan desde las tradiciones médicas nativas al sistema médico oficial. Los términos de salud bucal y salud general no deben ser interpretados como entidades separadas. Siendo la salud bucal parte integral de la salud general ya que significa más que dientes saludables y que uno no puede estar sano sin salud bucal⁴³. (Figuras 22 y 23)⁴⁴.



Fig.22 Percepción de la salud oral.



Fig.23 Mala percepción de salud oral.

4.1 Medición de la salud oral

El término calidad de vida se concibe actualmente como un constructo compuesto por una serie de dominios, siendo sujetos de numerosas definiciones como se menciona en el capítulo anterior.

Los enfoques para la investigación de la calidad de vida se puede englobar en 2 tipos: cuantitativos y cualitativos⁴⁵.

En estos últimos, los investigadores anotan el relato de las personas sobre sus experiencias, desafíos, problemas y su apreciación sobre la eficacia del apoyo que reciben los servicios sociales, y luego lo someten a análisis cualitativo.

Los enfoques cuantitativos tienen como propósito operacionalizar la Calidad de Vida. Para ello se han estudiado diferentes indicadores:

1.-Sociales los cuales se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, la familia, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.

2.-Psicologicos estos son los que miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales

3.-Ecologicos estos evalúan el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente.

Por otra parte autores como Campbell definieron 12 dimensiones o dominios para calificar la calidad de vida estos son:

Comunidad, amistad, matrimonio, yo, educación, salud, nacionalidad, nivel de vida, vida familiar, vivienda, vecindad y trabajo.

4.2 Métodos para la medición de la salud oral en relación con la calidad de vida

Los instrumentos encargados de la medición de la salud oral en relación con la calidad de vida se aplican en estudios sobre:

- 1.-Evaluación y seguimiento de los problemas psicosociales en el cuidado de un paciente individual.
- 2.-Detección de problemas de salud percibidos por la población.
- 3.-Auditoría médica.
- 4.-Evaluación de servicios de salud.
- 5.-Estudios clínicos.
- 6.-Análisis de costo-efectividad.

Existen dos tipos de instrumentos básicos para medir la calidad de vida relacionada con la salud: los genéricos y los específicos para cada problema de salud. Los instrumentos genéricos pueden ser utilizados en una amplia gama de problemas de salud.

En las últimas tres décadas se han desarrollado numerosos instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral. En la conferencia sobre medidas de salud y calidad de vida realizada en Chapel Hill en 1996 se revisaron 11 de estos instrumentos, que pueden ser auto administrados o aplicados por un entrevistador⁴⁶.

Los más utilizados se muestran en la siguiente tabla:

El número de preguntas que incluyen cada uno varía entre 3 y 49 preguntas. Otra diferencia está dada por el valor que se le otorga a las preguntas que constituyen las dimensiones específicas.

El Impacto Social de los Problemas Dentales (Social Impact of Dental Disease), fue uno de los primeros indicadores sociodentales publicado en 1986 por Cushing y cols.

Otro de los primeros instrumentos desarrollados para evaluar la salud oral desde un punto de vista funcional fue el Índice de Salud Oral Geriátrico (Geriatric Oral Health Assessment Index o GOHAI) descrito por Atchinson y Dolan⁴⁷.

Como fundamento para el desarrollo de 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 social⁴⁸.

Este instrumento consiste en un compacto cuestionario de 12 preguntas, lo que aumenta las probabilidades de que sea contestado en forma completa. Para evaluar los problemas relacionados con la salud bucal se propusieron 3 dimensiones : 1)función física que influye el comer , hablar, deglutir ; 2)función psicosocial incluyendo preocupación por su salud oral, insatisfacción con la apariencia de autoconciencia de la salud oral y la dificultad en el contacto social debido a problemas orales; 3) dolor e incomodidad incluyendo el uso de medicamentos para aliviar el dolor en la cavidad oral . El formato de repuesta es de tipo Likert, los sujetos responden si ellos han experimentado algunos de los 12 problemas en los últimos tres meses codificando como 0= nunca, 1= rara vez, 2= a veces, 3= a menudo, 4= muy a menudo, 5= siempre. Se calcula una sumatoria simple de las respuestas para cada sujeto dando un rango entre 30 y 60, el valor más alto indica la mejor autopercepción de la salud oral.

Es importante considerar que los autores de este índice no reemplazan el examen clínico ni el diagnostico específico de las patologías orales pero entrega una aproximación del estado de salud bucal y es muy útil para guiar la valoración oportuna de los pacientes.

El GOHAI ha sido validado y ampliamente utilizado en los Estados Unidos. Este instrumento demostró que presentaba confiabilidad (consistencia interna) y todas las hipótesis diseñadas para evaluar la validez de su construcción fueron confirmadas.

Junto con el GOHAI probablemente uno de los instrumentos más conocidos para evaluar la calidad de vida es el (Oral Health Impact Profile u OHIP), que mide como influyen las enfermedades orales en el impacto social de sentirse bien⁴⁹.

El desarrollo confiabilidad y validez de este índice fue descrito en el año de 1994 por Slade y Spencer⁵⁰.

Consiste en 49 preguntas que capturan las siete dimensiones formuladas en el modelo teórico de salud de Locker: limitación de la función, dolor físico, aflicción psicológica, incapacidad física, incapacidad social y discapacidad⁵¹.

En estudios epidemiológicos que se ha usado el OHIP se ha encontrado que los dientes perdidos, la caries no tratada, la enfermedad periodontal y las barreras para el cuidado dental, están asociadas con un incremento en el impacto sobre el bienestar y la calidad de vida⁵².

Considerando que este extenso instrumento de 49 preguntas podría ser difícil de aplicar en estudios epidemiológicos, Slade publicó en 1997 una forma resumida del OHIP consistente en 14 preguntas que presentaron un alto grado de coincidencia con los resultados obtenidos con el OHIP de 49 preguntas.

Se ha comparado el OHIP-14 con el GOHAI demostrándose una asociación significativa entre el nivel de salud oral y la satisfacción con el estado de salud oral de ambos tests. Sin embargo, el GOHAI ha sido más exitoso que el OHIP en detectar el impacto de los problemas orales en la población más joven y en individuos relativamente sanos.

Aunque el GOHAI fue inicialmente diseñado para evaluar la salud oral de los pacientes adultos mayores, en Estados Unidos ha sido utilizado en población hispana y afro-americana de todas las edades igual cosa sucede en la población francesa⁵³.

Además, se han incluido poblaciones de bajo y alto nivel socioeconómico y educacional⁵⁴. Debido a todas estas razones el GOHAI fue posteriormente renombrado como General Oral Health Assessment Index⁵⁵.

Otros instrumentos diseñados para medir la severidad de los problemas orales sobre el bienestar funcional y psicosocial son las encuestas de Impacto Dental Sobre la Vida Diaria (Dental Impact Daily Living o DIDL) y el Impacto Oral Sobre el Diario Vivir (Oral Impact on Daily Performance o OIDP)⁵⁶.

4.3 Gerontoprofilaxis

Paradójicamente, mientras la ciencia médica y los sistemas de seguridad social han logrado que crezca la expectativa de vida de los mexicanos, mucha gente es indiferente a las medidas preventivas que deben existir para vivir una vejez digna.

México es, todavía, un país en el que la población es preponderantemente joven, aunque paulatinamente se acerca a convertirse en una sociedad madura. Hoy, los viejos mexicanos (aquellos mayores de 60 años) suman 7 millones, pero dentro de poco, en tan sólo 23 años, la cifra será de 17 millones, lo cual debe hacernos reflexionar sobre la prevención de diversos factores que impiden su sano desenvolvimiento y participación social.

En este contexto, se ha generado una preocupación global (concepto que es signo de nuestro tiempo) por las necesidades y problemas que aquejan a los ancianos.

Es así que hace 10 años, especialistas médicos de todo el mundo coincidieron en señalar que los males propios de la vejez se podían evitar o curar, para lo cual se propuso el término Gerontoprofilaxis, el cual implica las medidas sociales, económicas, médicas, familiares, arquitectónicas, legales, religiosas, psicológicas, ambientales e incluso psiquiátricas, encaminadas a aprender, aceptar y manejar oportunamente, es decir, preventivamente, la etapa de la vida que conocemos como vejez, para que ésta se desarrolle con decisiones propias y no ajenas.

"Comúnmente la vejez es la resultante de consecuencias y costumbres, no así de decisiones o elecciones del individuo que la vive. En resumen,

la gerontoprofilaxis representa las medidas que empleamos para prepararnos a vivir nuestra vejez de manera plena y digna". Así lo explica el gerontoprofilacta José de Jesús Valencia Rodríguez, con más de 25 años de experiencia en la atención a personas de la tercera edad, quien dirige el Albergue del Bosque A.C, institución especializada en la atención al anciano dependiente, en la ciudad de Guadalajara, Jalisco.

Cabe mencionar que la columna vertebral del sistema de salud es la atención de primer nivel y de ésta lo es la medicina preventiva. A su vez, el núcleo de la medicina preventiva es la profilaxis, la cual se define como el conjunto de medidas encaminadas a la prevención de enfermedades y a la protección de la salud del individuo. La medicina preventiva o profiláctica pertenece a una medicina moderna, tiene las características de ser menos costosa que la medicina curativa y su utilización permite llegar a una edad avanzada más saludable e independiente. Una de las formas de ponerla en práctica es a través del autocuidado.

La enseñanza del autocuidado busca proporcionar experiencias que permitan reconocer cuáles son los problemas de salud menores y cuáles son los que requieren de la asistencia de un profesional o de una institución de salud. Simultáneamente, con esta educación se está generando una mayor responsabilidad por parte de las personas respecto a su propio cuidado, además de enseñarles a utilizar los servicios que existen a su alrededor. Está comprobado que las personas adultas mayores están interesadas en tener información y entender sus problemas de salud, así como de participar en su control y manejo. También es común que las familias tengan ese mismo deseo. Esta idea se puede enriquecer con el concepto de **geriagogía** que significa enseñar a envejecer como una tarea social pues involucra a todas las personas. Muestra que, si bien la vida cambia no impone necesariamente limitaciones y que, aun en las últimas etapas del ciclo vital, las personas pueden estar llenas de experiencias y ser socialmente constructivas⁵⁷.

4.4 Indicadores epidemiológicos

El concepto de riesgo ocupa un lugar central en la atención primaria de salud y figuran en él numerosas sugerencias acerca de las aplicaciones en la asistencia sanitaria. Estas ideas han surgido precisamente por la determinación de las posibilidades de predecir un acontecimiento tanto en el plano de la enfermedad como en el de la salud, lo que ofrece a la atención primaria de salud bucal un nuevo instrumento para mejorar su eficacia y sus decisiones sobre el establecimiento de prioridades. El riesgo se relaciona con todas las acciones de promoción y prevención.

En todas las sociedades existen individuos, familias y colectivos en la comunidad cuyas probabilidades de enfermar, accidentarse o adquirir una incapacidad es mayor en unos que en otros. La vulnerabilidad especial, ya sea para la enfermedad o para la salud, es el resultado de un número de características interactivas biológicas, genéticas, ambientales, sociales, económicas y otras, las que reunidas confieren un riesgo particular, ya sea de estar sano o de sufrir una enfermedad en el futuro.

El factor de riesgo puede ser de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social, en alguna enfermedad anterior al efecto que se está estudiando, que por su presencia o ausencia se relaciona con la enfermedad investigada, o puede ser la causa que contribuye a su aparición en determinadas personas, en un determinado lugar y en un tiempo dado.

La finalidad del enfoque de riesgo, como método que se emplea para medir las necesidades de atención, es la acción sobre la población en general o en forma específica en los grupos de alto riesgo, orientado a controlar los factores de riesgo conocidos y vulnerables en un intento por disminuir la morbilidad bucal y la mortalidad dentaria.

El conocimiento de los grupos de alto riesgo de adquirir una enfermedad permite aplicar acciones eficaces para evitarla, para interrumpirla, curarla

o rehabilitarla, o para evitar la mortalidad dentaria, por lo menos en edad temprana. Su aplicación también es útil para fórmulas y pruebas de hipótesis de causalidades, para la prevención, para evaluar medidas de salud, para tomar decisiones administrativas en servicios de salud del sector público oficial, privado o mixto.

Implantar el enfoque de riesgo como instrumento para enfrentar la atención de salud bucal en los individuos, la familia y los colectivos de escolares o de obreros en la comunidad, requiere profundizar en los conocimientos y habilidades del equipo de salud de atención primaria.

4.5 Conceptualización enfoque de riesgo

El enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir las necesidades de atención. Ayuda a determinar prioridades de salud. Es una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud, pretende mejorar la salud para todos, priorizando la atención a aquellos grupos que más la requieran.

4.6 ¿Qué significa el término riesgo?

En términos generales, riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad, accidente, incapacidad) en un período específico en una comunidad dada. El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad.

4.7 ¿Qué es un factor de riesgo?

Un factor de riesgo es una característica o circunstancias detectables en individuos o grupos, asociadas con una probabilidad incrementada de experimentar sin daño a la salud. Los factores de riesgo pueden ser tanto indicadores de riesgo como causas de daño a la salud⁵⁸.

Los factores de riesgo pueden ser:

- Biológicos: ciertos grupos de edad.
- Ambientales: abastecimiento deficiente de agua.
- Comportamiento: fumar, alcoholismo.

-
- Atención de salud: calidad, baja cobertura.
 - Sociales-culturales: educación.
 - Económicos: ingreso.
 - Interacción: biológicos asociados con otros.

CAPÍTULO V MÉTODOS DE PREVENCIÓN PARA LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES

La salud bucal se considera una parte integral del complejo craneofacial que participa en funciones vitales como la alimentación, la comunicación y el afecto; por lo tanto, la salud bucal está relacionada con el bienestar y la calidad de vida desde los puntos de vista funcional, psicosocial y económico.

Entre las principales enfermedades que afectan la cavidad bucal figuran la caries dental, que se define como la enfermedad infecciosa de origen multifactorial caracterizada por el reblandecimiento del tejido duro del diente que evoluciona hasta formar una cavidad, o bien la pérdida de los dientes si ésta prosigue su evolución natural sin tratamiento. Gran parte de la población la padece de forma innecesaria, debido sobre todo al estilo de vida (dieta e higiene bucal inadecuada), así como al acceso restringido a los servicios de salud odontológicos, la falta de cultura de la población en cuanto al cuidado de la boca y los altos costos que la atención odontológica representa, entre otros.

5.1 La prevención de enfermedades orales en México

Diversos autores mencionan que la caries dental es un problema de salud pública en virtud de su elevada prevalencia. En México se ha documentado que la prevalencia de caries dental se encuentra entre 70 y 85% en dentición secundaria a la edad de 12 años. No obstante las medidas de salud pública bucal instituidas (fluoración de la sal, programas nacionales de salud bucal), los problemas de morbilidad bucal ocupan un papel importante en el panorama de salud pública, toda vez que demandan conductas personales para su control más eficaz y, en buena medida, se trata de problemas que pueden prevenirse con mínimas conductas de protección a la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), dentro de sus objetivos propuestos para el año 2000, establece para la población de 18 años la conservación de al menos 85% de la totalidad de sus dientes, por lo que sugiere la utilización de instrumentos clinimétricos para la medición adecuada de la caries, de los cuales el más aceptado y utilizado es el índice CPOD (diente cariado, perdido y obturado), cuyo propósito fundamental es obtener información global del estado de salud bucal de una población específica mediante la sumatoria de dientes cariados, perdidos y obturados.

De la misma manera, y en concordancia con los objetivos de salud bucal para el año 2020 recomendados por la Federación Dental Internacional (FDI), la OMS y la Asociación Internacional de Investigación Dental (IADR) plantean retos globales para los encargados de la planeación de programas en salud, en los planos nacional, regional y local; en consecuencia, se ha determinado un máximo de tres dientes cariados para la población escolar y la conservación de todos los dientes en 85% de los adolescentes de 18 años.

Resultados de la Primera Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis dental 1996-2000 informan que el promedio del índice CPOD a la edad de 12 años fue de 2.23; en ambas anomalías se observa un alto porcentaje de caries no tratadas. Asimismo, la Encuesta Nacional de Caries Dental 2001 señala que la prevalencia de caries para el grupo de edad de 15 años fue de 58% y el índice CPOD de 1.91, mientras que para el DF la prevalencia fue de 88.6% con un índice CPOD de 5.31.

En 1993, Maupome estudió a 2596 pacientes de zonas marginales de diferentes estados de la República Mexicana y notificó un índice CPOD de 8.3 en mayores de 15 años. De igual modo, en el año 2000 Rivas realizó un estudio en una muestra representativa de 540 adolescentes del estado de Zacatecas y halló un CPOD de 7.2. Esta información es similar a la de Rivera y colaboradores del año 2006, en la que se identificó un índice CPOD de 6.8 y una prevalencia de caries de 97% en 113 estudiantes de bachillerato.

La caries dental es un proceso que puede evolucionar y ocasionar la pérdida dental si no se atiende con oportunidad. Durante el año 2006 en la Facultad de Odontología se llevó a cabo un estudio transversal en adolescentes, en el cual se observó una prevalencia de pérdida dental de 19% y una proporción de 38% correspondió a problemas de caries dental. En este mismo año Jun y colaboradores, en Japón, notificaron que en pacientes de 15 a 25 años 43.3% presentó pérdida dental por razones de caries.

Respecto de las necesidades de tratamiento, son pocos los estudios efectuados. Pese a ello, es posible referir a Pineda y colaboradores, quienes en 2000 mencionan que el porcentaje de necesidades de tratamiento para caries dental en la población escolar fue de 90 por ciento.

Con base en los estudios revisados, la caries dental es aún el principal problema de salud pública por su elevada prevalencia. Sin embargo, como puede observarse, los estudios se enfocan en la población comprendida entre los seis y 15 años de edad, lo cual muestra una escasez de datos en individuos de mayor edad. En este contexto, el propósito del estudio fue dar a conocer de manera general la salud bucal de los adolescentes que ingresan al nivel medio superior en la UNAM; la finalidad era identificar sus necesidades de atención y, con ello, contribuir al establecimiento de políticas institucionales de salud bucal específicas, de tal modo que mejore la salud de los individuos y se alcancen los objetivos del milenio⁵⁹.

CONCLUSIONES

La calidad de vida asociada a los adultos mayores es de suma importancia dentro del trabajo que desempeñamos como cirujanos dentistas.

El motivo principal por el cual debemos preocuparnos es el hecho de ser promotores de la salud lo cual incluye el ámbito psicosocial de todos los pacientes, debemos tomar en cuenta todos aquellos factores de riesgo a los que son vulnerables este grupo.

Considero que es importante que dentro de la historia clínica exista un apartado en donde se cuestione al paciente sobre su estado biopsicosocial y su calidad de vida relacionada con la salud oral, y de este punto partir hacia la rehabilitación del mismo tomando en cuenta el sentir del paciente ante el tratamiento a realizar y su percepción ante dicho acto.

Teniendo en cuenta la importancia del integrar a la historia clínica un apartado donde podamos saber la calidad de vida de nuestro paciente, nos será más fácil el interactuar con este sabiendo de una manera psicológica cuáles son sus mayores afecciones, que lo intranquiliza y de este modo poder llevar a cabo una rehabilitación guiada por el mismo paciente y tener una mejor relación paciente odontólogo.

FUENTES DE INFORMACIÓN

¹ Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Reyes-Morales H De la Fuente-Hernández J, Solórzano-Santos F, García-Peña C. Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales. Salud Pública Mex 2007; 49:173-181.

² Hesie-Ree Egipcio primer dentista de la historia
<http://www.odontomarketing.com/200603historia.bmp>

³ www.wikipedia.com/wiki/historia_de_la_odontolog.ada.

⁴ Pierre Fauchard padre de la odontología
<http://www.cirujanodental.es/imagenespagina/Fauchard.jpg>

⁵ Reyes J. Historia de la odontología.
www.monografias/trabajos55/odontologia/consulta.

⁶ Épulis fisuratum. Fuente directa.

⁷ Fibromatosis gingival. Fuente directa.

⁸ Hiperplasia papilar. Fuente directa.

⁹ Perdida dental. Fuente directa.

¹⁰ Corte histológico de la articulación Temporomandibular. Prostodoncia total .Winckler Sheldon.ed. Grupo Noriega 2004.Pp.27.

¹¹ Periodonto afectado. Fuente directa

¹² Compromiso furcal. Fuente directa

¹³ Perdida de reborde alveolar. Fuente directa.

¹⁴ Migraciones dentarias. Fuente directa.

¹⁵ Desgaste oclusal y pérdida de la dimensión vertical. Fuente directa

¹⁶ Problemas estéticos. http://www.maxiloclinic.com/img/problemas_esteticos.jpg

¹⁷ Rehabilitación oral para el paciente geriátrico. Marilia Hernández de Ramos.Ed.Unibiblos Bogotá, Colombia 2001. Pp. 39 a 53.

¹⁸ Calidad de vida. www.exito-motivacion-y-superacionpersonal.com/image-files7autoimagen.jpg

¹⁹ Manual de geriatría odontológica.Ozawa

²⁰ Geriatría.www.mensajeroqueretaro.com/mensajero/wp-content/uploads/2009/01/247-distribuyen.jpg

²¹ Mala calidad de vida. http://3.bp.blogspot.com/-gbLsdsc4hQM/TiEYD_wM8CI/AAAAAAAAAEc/KmGYGLcDTEE/s1600/POBRE+ANCIAN+IANITA.jpg

- ²² Amor y cariño a la gente de la tercera edad.http://residencias-de-ancianos.es/uploads7contenido/tercera-edad4_1.jpg
- ²³ Kunzle d. The art of pulling theet. In the seventheet and ninethen centuries: From public martyrdom to private nighthmareand political struggle? Part 3 in: feher m, with Nadaff R Cambridge(MA) Distributed bi MTI press 1989; 28-29
- ²⁴ Derogatis. LR. Simptom Checklist_90. Administrtion, scoring and procedures manual for the revised versión. Baltimore Clinical Psychometric Research ;1988
- ²⁵ Dunn W. J. Estethics : patients perception of dental attractivene. J prostodont1996 . Sep5;Sep 5 ;(3): 166-71).
- ²⁶ Autopercepcion de si mismo. www.palabra.nueva.net/contens/0811/1118a.jpg
- ²⁷ Patrick DL Bergner M. Measurament for oral health status I the 1990. Annu RevPublic Health Service;1990;11: 165_83.
- ²⁸ Smith and Sheiman.How dental conditions hándicap The elderly . Comunity Dent Oral Epidemiol.1999;7 (6):305-310.
- ²⁹ Desmitificando la vejez...Hacia una libertad situada: una mirada crítica sobre la realidad del adulto mayor. Ángela N.M. de Dominici. Cecilia Stessens, María Luisa Torre.1ª edición. Ed. Eduvium. Villa Maria Argentina. 2009.
- ³⁰ <http://es.wikipedia.org/wiki/Autoestima>
- ³¹ Fernández P.Smith E. Figueiras a. Suarez D. Motivación psicosocial del paciente ortodontico.Rev. Ortodoncia clínica. 2001. Vol.4. N.1.Pp.34-38.
- ³² El uso de aparato dental mejora la autoestima en pacientes adultos acomplejados o depresivos. Europa- prees. www.coem.org.es/prensa/06-05-2010-0.
- ³³ Fieske D, et. al.The emotional efects of tooth loss in edentulous people..Brit Dent J 1998; 184(2):90-93.
- ³⁴ Funcionalidad y autoestima. [www. superacionpersonal.com/image-files7autoimagen.jpg](http://www.superacionpersonal.com/image-files7autoimagen.jpg)
- ³⁵ Roberto ham-Chande, Act;M.en . E.M;M en C El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México. Salud Pública Mex. 1996;38(6) 409-416.
- ³⁶ Rodríguez R. Hyver C. Manual clínico de geriatría.1ª ed. E.D. Mc Graw Hill; México 1999.
- ³⁷ De Biase .Dental health education .Theory and Practice. 1a ed. E.D. Interamericana Mc Graw Hill 1990; 123-126, 130-148, 168-193.
- ³⁸ Fernández P.Smith E. Figueiras a. Suarez D. Motivación psicosocial del paciente ortodontico.Rev. Ortodoncia clínica. 2001. Vol.4. N.1.Pp.34-38.

³⁹ Roberto ham-Chande, Act;M.en . E.M;M en C El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México. Salud Pública Mex. 1996;38(6) 409-416.

⁴¹ Kimble C. Hirt E. Díaz- Loving R. Psicología de las Americas. 1ª ed. Mexico. 2002. Ed. Perason educación. Pp. 130,151.

⁴³ Del Puerto C, Concepción M, Del Puerto A, Prieto V. “Conocimientos y actitud de la población en relación con el saneamiento básico ambiental”. Rev Cubana Hig Epidemiol 2000; 38(2):137-144.

⁴⁴ Percepción de la salud oral. <http://www.juanbalboa.com/blog/wp-content/uploads/2008/05/piorreico.jpg>

⁴⁵ Dennis R. Williams W, Giangreco M. Cloninger Ch. 1994. Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad. Siglo Cero, 25 (155):1-5.

⁴⁶ Slade GD, Strauss RP, Atchinson KA, Kressin NR, Locker D , Reissine ST (1998). Conference summary: assenting oral health outcome –measuring health status and quality of life. Community Dent Health15:3-7

⁴⁷ Atchinson KA Dolan TA(1990).development of the Geritric Oral Health Assesment Index. J Dent Educ. 4 :680- 7.

⁴⁸ Mc Grath C,, Bedi R Gilthorpe MS (2000). Oral Oral Haelth – related quality of life – views in the United Kingdom ,Community Dent Health 17: 3- 7.

⁴⁹Slade GD , Spencer AJ (1994). Development and evaluation of the oral health impact profile. Community Dental Health.11:3-11.

⁵⁰ Locker D. (1988). Measuring oral health a conceptual frame worck. Community Dental Health5: 5- 13.

⁵¹ Locker D , Slade G (1994). Association between clinical and subjective indicators of oral health in an older adult population . Gerodontology. 11: 108- 14.

⁵² Atchinson KA Der-Martirosian C. Gift H (1998). Components of Self Reported Oral Health an general health in racial and ethnoc groups. J Public Health Dent 58:301-7.

⁵³ Atchinson Ka. The general oral health assesment index. En: Slade GD. Ed. Measuring oral health and quality of life Chapel Hill : University of North Carolina. 1997.

⁵⁵ Loker D (2003). Dental status, xerostomia and the oral health related quality of life of and elderly institutionalized population. Spec Care Dent 23(3): 86-93.

⁵⁶ Leao A Sheiham A(1996). The development of a socio –dental measure of Dental Impact on Daily Living Community Dent Health13: 22-6.

⁵⁷ Gutiérrez Robledo, Luis Miguel, Fernando Rocabado Guerrero, Guillermo Reyes Ortega y José López Franchini, Evaluación de instituciones de cuidados prolongados para ancianos en el Distrito Federal, Una visión crítica, Salud Pública de México, nov. dic. 1996, vol. 39, N. 6 p. 489.

⁵⁸ OPS/OMS, Programa de promoción de la salud de los ancianos para Latinoamérica y el Caribe, basados en la investigación. SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL. GDF Informe de un grupo de trabajo, 2004, p.29.

⁵⁹ FUENTE-HERNANDEZ, Javier de la; GONZALEZ DE COSSIO, Marcela; ORTEGA-MALDONADO, Miriam e SIFUENTES-VALENZUELA, María Cristina. Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos. *Salud pública Méx* [online]. 2008, vol.50, n.3, pp. 235-240. ISSN 0036-3634.