



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PERSPECTIVA DE LA CALIDAD DE VIDA BUCAL EN
PACIENTES EDÉNTULOS DE LOS GRUPOS 4010 Y 4005
DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UNAM.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

GABRIELA IDALIA MORALES BUSTILLOS

TUTOR: Mtro. ENRIQUE ECHEVARRÍA Y PÉREZ

ASESORA: Dra. KATIA JARQUÍN YAÑEZ.



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.

Agradecimientos

Primero quiero agradecer a mi universidad que por destinos de la vida desde que tengo memoria me ha brindado experiencias inolvidables, me ha permitido desarrollarme no sólo profesionalmente sino también a nivel personal, me siento muy orgullosa de pertenecer a ésta máxima casa de estudios que sin duda siempre marcará una huella muy importante en mi corazón.

A mis padres Hector y Gaby por su apoyo incondicional, ya que con su esfuerzo y confianza me motivaron siempre a salir adelante, a hacer las cosas con el mayor empeño posible para “no ser del montón”, a su amor y palabras de aliento que me impulsan siempre a dar más y a no darme por vencida, gracias por su ejemplo.

A mis hermanas Maya y Ale, por ser mis cómplices, por jalarme las orejas cuando notan que en algo fallo, pero también las que me echan porras en cada logro que he tenido en la vida, las que a pesar de las peleas de hermanas sé que siempre estarán a mi lado apoyándome incondicionalmente.

A Mati por ser tan lindo y hacerme ver la vida de una manera diferente.

A mis abuelos, su alegría y complicidad marcaron mi vida, vivencias que atesoro en el corazón, para quien sin ofender o denigrar la profesión siempre seré su “parcha muelas”, al autor de canciones inéditas, en donde quiera que estén les doy las gracias.

A mis abuelas por su ternura y cariño, sus sabias palabras, y el tiempo que me han dedicado, las quiero.

A mi tutor el Mtro. Enrique Echevarría y Pérez, mi asesora la Dra. Katia Jarquín Yáñez por sus conocimientos, esfuerzo, tiempo y dedicación que me brindaron para hacer posible este trabajo, gracias sinceras por su orientación paciencia y motivación. A la Dra. María de Lourdes Mendoza Ugalde así como al Dr. Luis Ricardo Vargas Mena Y Negrete por brindarme las facilidades de realizar mi estudio en sus grupos.

A mis profesores porque con sus enseñanzas me mostraron el camino para llegar hasta este momento.

A todos aquellos pacientes que valientemente depositaron su confianza en mis manos para aprender y aliviarles el dolor haciéndolos sentir mejor.

A todas las personas que han llegado a marcar mi vida brindándome cariño, confianza y apoyo incondicional.

A todos ellos Gracias.

Índice

1. Introducción.....	5
2. Marco teórico	6
2.1 Aspectos generales.....	6
2.1.1 Nutrición.....	6
2.1.2 Deglución.....	6
2.1.3 Masticación.....	8
2.1.4 Fonación.....	8
2.1.5 Actividad de los músculos de la masticación.....	8
2.2 Pérdida dental y edentulismo.....	9
2.3 Rehabilitación con prótesis totales.....	10
2.4 Calidad de vida.....	11
2.5 Calidad de vida relacionada con la salud bucal.....	14
2.6 Instrumentos para evaluar la calidad de vida bucal.....	16
3. Antecedentes.....	19
4. Planteamiento del problema.....	23
5. Justificación.....	23
6. Objetivos.....	24
6.1 Objetivo general.....	24
6.2 Objetivos específicos.....	24
7. Material y métodos.....	25
7.1 Tipo de estudio.....	25
7.2 Población de estudio y muestra.....	25

7.3 Criterios de selección	25
7.3.1 Criterios de inclusión.....	25
7.3.2 Criterios de exclusión.....	25
7.4 Variables de estudio.....	26
7.5 Método de recolección de la información.....	27
7.6 Aspectos éticos.....	27
8. Resultados.....	28
9. Discusión.....	38
10. Conclusiones.....	41
11. Referencias bibliográficas.....	42
12. Anexos.....	45

1. Introducción

La calidad de vida bucal de pacientes edéntulos en su mayoría de la tercera edad, se centra en la percepción que tienen de ella, éste sector de la población es considerado vulnerable ya que tienen en muchas ocasiones posibilidades limitadas de realizarse un tratamiento protésico debido a las condiciones de los tejidos bucales remanentes, además del desuso de una prótesis total adecuada, lo cual impacta en su calidad de vida bucal.

La pérdida de piezas dentarias no es sinónimo de vejez; sin embargo, implica problemas faciales que dan la apariencia de mayor edad, aunado a eso; produce problemas en la masticación, deglución, fonación, disminución en la fuerza y actividad muscular, e incluso en las relaciones interpersonales.

Factores primordiales modifican los requerimientos necesarios para un bienestar óptimo: la edad, alteraciones en la cantidad de la actividad física, peso, la composición corporal (cambios en la cavidad bucal, el sistema gastrointestinal y la declinación de los sentidos del gusto y el olfato), el estado emocional, entre otros, son señales iniciales de discapacidad si se encuentran en desequilibrio y se hace obvio su impacto en la calidad de vida.

Por lo tanto, a través de esta investigación, se pretende conocer la opinión de los pacientes de este grupo de estudio sobre calidad de vida bucal para así poder brindar un mejor servicio de salud que ayude a pacientes futuros a mejorarla de la mano de un buen tratamiento odontológico.

2. Marco teórico

2.1 Aspectos generales

Cuando nos referimos a pacientes edéntulos no precisamente se hace referencia a los adultos mayores sino también a personas de mediana edad que por motivos de patologías como caries y enfermedad periodontal entre otras, han perdido totalmente sus dientes; de manera particular, esto impacta a nivel de las funciones del aparato estomatognático.

Los principales factores funcionales del sistema estomatognático son: la masticación, deglución, fonación y actividad muscular, en su conjunto tienen un papel importante en el existir del ser humano y su calidad de vida, ya que gracias al equilibrio de éstos se logra un pleno bienestar.

2.1.1 Nutrición

Según la OMS la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de buena salud.

Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental y reducir la productividad.¹

2.1.2 Deglución

La deglución es una función muscular compleja, cuyo objetivo es el transporte del bolo alimenticio, en ella actúan los músculos de la respiración, el aparato digestivo, el sistema estomatognático, así como los pares craneales. Véase Tabla 1

Nervio	Función	Zona de inervación
V. Trigémino	Sensitivo	Mejillas, labios, encías, dientes, maxilares, boca, mentón, sensibilidad de los dos tercios anteriores de la lengua.
	Motor	Músculos masticadores, tensor del velo del paladar, milohioideo y vientre anterior del digástrico.
VII. Facial	Sensitivo	Sensibilidad gustativa de los dos tercios anteriores de la lengua.
	Motor	Músculo de la mímica, vientre posterior del digástrico, estilohioideo y buccinador
IX. Glosofaríngeo	Sensitivo	Velo del paladar, faringe, parte posterior de la lengua, sensibilidad gustativa del tercio posterior de la lengua.
	Motor	Estilofaríngeo, y constrictores de la farínge.
x. Vago	Sensitivo	Sensibilidad de la farínge y epiglotis.
	Motor	Músculo cricotiroides.
XI. Espinal	Motor	Músculo de la laringe, salvo el cricotiroides, esternocleidomastoideo y trapecio superior.
XII. Hipogloso	sensitivo	Músculos de la lengua
	Motor	Genihioideo y tirohioideo.

Tabla 1. Pares craneales y su función en la deglución.

Fuente: Directa

El proceso empieza en la boca con el proceso de tragar alimentos sólidos o líquidos, hasta el estómago por el esófago. Consta de tres fases:

1° Fase: oral

Después de masticar e insalivar la comida en la boca, se empuja hacia la faringe mediante la lengua.

2° Fase faríngea

Se contraen los músculos de la faringe y se empuja el alimento hacia el esófago mientras un acto de reflejo cierra el paso a la tráquea y la nariz para evitar que los alimentos pasen al tracto respiratorio.

3° Fase esofágica

Se produce una onda descendente en el esófago que hace llegar todo al estómago.²

2.1.3 Masticación

Es la acción de triturar los alimentos previamente ingeridos con, los labios, la mandíbula, las mejillas, los dientes y la lengua que trabajan con una notable coordinación de movimientos gracias a los músculos de la mandíbula. Es necesaria una buena masticación para evitar problemas con la digestión, permite reducir el tamaño de los alimentos lo que facilitará el proceso de su degradación por los órganos del tubo digestivo.

Los problemas bucales pueden influir en una masticación deficiente.³

Un adecuado tratamiento protésico ayuda a recuperar la capacidad masticatoria del paciente.

2.1.4 Fonación

La fonación es la acción por la cual emitimos sonidos (palabras, frases, etc.). La fonación se desarrolla de la siguiente forma: el sonido se produce a nivel de las cuerdas vocales por el paso del aire desde los pulmones hasta la faringe y la laringe. Este aire después se propulsa a través de la cavidad bucal y lo modula la lengua, la boca, los labios y la mandíbula que lo modifican según sus posiciones respectivas.

Al exceder la cantidad de material empleado en la realización de prótesis totales se puede ver alterada la fonación del paciente.⁴

2.1.5 Actividad de los músculos de la masticación

Los músculos de la masticación determinan los movimientos de la mandíbula durante la masticación, consta de 4 pares de músculos: temporal, masetero,

pterigoideo interno, pterigoideo externo. El estado edéntulo prolongado provoca en los pacientes atrofia muscular.⁵

2.2 Pérdida dental y edentulismo

Como ya se mencionó la pérdida dental es considerada un factor importante en la calidad de vida, ya que acarrea problemas tanto físicos, sociales, así como psicológicos, y si además el paciente pierde todos los dientes quedando edéntulo, los problemas se agravan si no se realiza un adecuado tratamiento odontológico con prótesis totales funcionales.

El autor Osvaldo Tomás Cacciacane en el año 2013 nos dice que “conjuntamente con la pérdida de las distintas funciones del sistema estomatognático lo más visible es la aparición de facies seniles, tan típicas de ver en el paciente desdentado total; además estos pacientes tienen dificultades para su alimentación que acarrear trastornos en el aparato digestivo por la inadecuada preparación del bolo alimenticio”.⁶

El autor José Y Osawa Deguchi en el año 1994 nos habla de, que “en todo esfuerzo científico y tecnológico, el objetivo terminal más significativo y aquel hacia donde se encauzan los propósitos es esencialmente el bienestar del hombre como individuo en las distintas etapas de su evolución.

En nuestra sociedad la pérdida de dientes revela envejecimiento y debilidad, lo que se relaciona con la pérdida de la vitalidad.

Diferentes estudios han advertido de la seria problemática en Latinoamérica por la pérdida parcial o total de los dientes en la población anciana. En México los estudios realizados muestran notables variaciones en la prevalencia de edentulismo, por lo que no se cuenta con información fiable que permita la medición de este indicador de la salud oral.

A pesar de la relación directa entre la edad y el edentulismo, en Latinoamérica el número de personas mayores que han preservado su dentición natural ha crecido considerablemente. El número promedio de dientes permanentes varía entre los individuos según algunos factores tales como el nivel educativo, nutrición y nivel socio-económico por lo que es prudente entonces percibir la pérdida dental desde su componente social, puesto que se ha confirmado que los individuos con bajo índice escolar presentan los más altos índices de edentulismo”.⁷

2.3 Rehabilitación con prótesis totales

La pérdida dental es un problema de origen multifactorial entre lo que destacan: la caries, enfermedad periodontal, traumatismos, entre otros. Continúa siendo un problema social en los países latinoamericanos, lo que se ha de resolver con la rehabilitación protésica.

En las personas édentulas existen problemas de deglución, fonación, disminución de fuerza y actividad muscular, así como en la ingesta de alimentos que tendría un efecto negativo sobre su salud general. Al carecer de una dentadura adecuada, habitualmente su dieta está basada en alimentos blandos, careciendo así de alimentos ricos en fibra y proteína. Es por ello que la rehabilitación protésica tiene como finalidad, cumplir con todas las características estéticas y funcionales adecuadas para el mantenimiento de la función bucodental y la salud.⁸

Ante la necesidad de reemplazar los dientes faltantes, la historia muestra diversos métodos que han dado paso a lo que actualmente conocemos como prótesis dental.

Una prótesis total funcional consta de:

1. Una base que está conformada por dos superficies:

- Superficie basal interna no pulida tisular, o de asiento: que está en íntimo contacto con las mucosas de la cresta del reborde o el terreno protésico del paciente edéntulo.
- Superficie externa sumamente pulida: debe contener contornos y bordes redondeados está en íntimo contacto con la musculatura orofacial, carrillos, vestíbulo, piso de boca, labios y lengua.

2. Superficies oclusales o dientes artificiales.

Deben armonizar con una función de labios, lengua y oclusión funcional equilibrada para promover la retención.

Debe tener un óptimo enfilado, y debe ajustar con las superficies oclusales de la arcada antagonista manteniendo una buena relación cúspide-fosa.

Las superficies oclusales reciben las fuerzas de los músculos masticatorios y las dirigen hacia el terreno protésico, ahí se asienta y promueve una adecuada retención la base protésica.²⁵

2.4 Calidad de vida

La calidad de vida, debe reconocerse en su concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela, en el empleo, así como situación económica. Es por ello que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a

lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas- personales del “sentirse bien”.⁹

Por lo que, en una población longeva, surgen padecimientos crónicos degenerativos, que conllevan a cierta disfunción orgánica que puede incapacitar al individuo para tener una vida autónoma y plena dentro de la sociedad a la que pertenece.¹⁰

La calidad de vida es un concepto extenso y complejo que comprende la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con el entorno. Es de decir, resulta de la combinación de factores objetivos y subjetivos, dónde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, sociopsicológica, cultural y política) que interactúan con él. El aspecto subjetivo está dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones generales de vida. Traduciéndose en sentimientos positivos o negativos. El concepto de bienestar subjetivo y satisfacción con la vida en la vejez, es criterio de un envejecimiento exitoso.^{11,12}

Los enfoques para la investigación de la calidad de vida se pueden englobar en dos tipos: cuantitativos y cualitativos. En éstos últimos, los investigadores registraran el relato de las personas sobre sus experiencias, desafíos, problemas y su apreciación sobre la eficacia del apoyo que reciben de los servicios sociales, y luego realizan el análisis cualitativo. Los enfoques cuantitativos tienen como propósito operar la calidad de vida estudiando diferentes indicadores sociales, psicológicos y ecológicos.¹³

Schallock en 1990 en su artículo *Quality of life: Perspectives and issues*, afirma que la investigación sobre la calidad de vida es importante porque puede ser utilizada para mejorar la situación de los grupos humanos, otros autores como Gómez y Sabeh, estiman que la verdadera utilidad del concepto se percibe sobre todo en los servicios para promover la planificación centrada en la persona, y la adopción de un modelo de apoyo y de técnicas para mejorar la calidad incluyendo el diagnóstico de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción evaluando los resultados.¹³

Debido a que algunos componentes de la calidad de vida no pueden ser observados directamente, éstos se evalúan a través de cuestionarios. Cada pregunta representa una variable que aporta un valor específico a una calificación global, para un factor o dominio. En teoría, se asume que hay un valor verdadero de la calidad de vida y puede medirse indirectamente por medio de escalas. Cada variable mide un concepto, y combinadas conforman una escala estadísticamente cuantificable, que se combinan para formar calificaciones de dominios. Dado que es una experiencia subjetiva, se espera una variabilidad considerable. Cada uno de los dominios (físico, mental o social) que conforman el término de calidad de vida puede ser medido en dos dimensiones; la primera compuesta por una evaluación de la salud funcional, y la segunda por una percepción subjetiva de la salud. Existe un gran número de instrumentos validados, aplicables a diversas enfermedades y poblaciones. Los instrumentos genéricos permiten evaluar diversos grupos y poblaciones. Los específicos permiten medir el impacto de un diagnóstico específico en condiciones crónicas. Los instrumentos disponibles actualmente para medir calidad de vida son confiables y constituyen una herramienta completa para evaluar la respuesta al tratamiento.⁸

Una de las varias razones del surgimiento del movimiento pro calidad de vida en medicina, fue la creciente insatisfacción de los pacientes con

respecto a la asistencia médica durante los años sesenta y setenta. Un determinante específico de ésta insatisfacción fue que, con el propósito de prolongar la vida a cualquier precio, y enfocado únicamente en las necesidades terapéuticas, la atención médica tendió a pasar por alto las necesidades humanas básicas de sus pacientes, como el bienestar, la autonomía y el sentido de pertenencia. Para ello, en la década de los ochenta se desarrollaron cuestionarios cortos, lo que permitió su adopción definitiva en la práctica médica, como el Dartmouth COOP Charts (Nelson, Wasson y Kirk, 1987). The Duke Health Profile (Parkenson, Broachead y Tse, 1990), o los derivados del Medical Outcomes study (Stewars, Hays y Ware, 1988).¹⁴

De la mayoría de los instrumentos utilizados para la medición de la calidad de vida respecto a la salud, se destacan tres elementos: 1) la importancia del estado funcional (físico, social y mental) en la multidimensionalidad del concepto; 2) la subjetividad de la aproximación a la medición del estado de salud, y 3) la obtención de un número que represente la preferencia por el estado de salud.¹⁴

2.5 Calidad de vida relacionada con la salud bucal

Las enfermedades orales influyen en la calidad de vida afectando diversos aspectos del diario vivir como son: la función masticatoria y fonoarticular, la apariencia física, las relaciones interpersonales e incluso las oportunidades de trabajo.¹³

Aunque este concepto se relacionó por primera vez con la salud oral durante la segunda guerra mundial, cuando la presencia de seis dientes en oclusión fue utilizada como indicador de una adecuada relación: función oral / sentirse bien, su importancia en el área odontológica ha tomado relevancia

sólo en las últimas décadas, creándose instrumentos de medición específicos para evaluar calidad de vida relacionada con la salud oral.

La calidad de vida en relación con la salud bucal puede definirse 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 socio cultural. Teniendo como antecedente la definición del concepto de salud dada por la OMS, el autor Sergio-Sánchez en el 2007, sugiere que la salud bucodental debe definirse como “el bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado de la dentición, así como de tejidos duros y blandos de la cavidad bucal”.¹⁵

Por lo que también se puede definir a la calidad de vida oral como la autopercepción que el individuo tiene respecto a su estado de salud bucal en relación con su vida diaria, al masticar, al relacionarse con otras personas y satisfacer su estética.

El estado de salud oral tiene repercusiones en la salud general del individuo, diversos estudios han demostrado asociación significativa entre la autovaloración de la salud bucal con índices de calidad de vida general en adultos y ancianos. Strauss y Hunt en 1993 declararon que el 39% de los sujetos ancianos participantes en su estudio de calidad de vida bucal consideraban que los dientes influían en la salud general.¹⁰

Una de las consecuencias de una deficiente salud bucal es la pérdida de los dientes naturales, que puede limitar la variedad de alimentos consumibles, en detrimento del aporte de proteína y fibra en particular. Otra consecuencia es la repercusión funcional por deterioro del estado nutritivo, así como el efecto sobre la autoestima y la comunicación, esto último por

alteración de la fonación. De igual forma el estado bucodental deficiente tiene una importante repercusión en el estado de nutrición de estos pacientes, limitando su dieta ya que ingieren menos alimentos duros.^{16,17}

La calidad de vida relacionada con salud bucal 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 al envejecimiento los adultos mayores son un grupo de especial interés debido a la vulnerabilidad de su salud bucal, que de no ser atendidos a tiempo se presenta la pérdida dental y como consecuencia el anciano puede quedar edéntulo; teniendo repercusiones en su calidad de vida.

En este sentido, sabemos que la salud de la cavidad bucal es mejor en los pacientes dentados que en los desdentados, sin embargo, los pacientes que tienen pérdida dental y se les rehabilita con una prótesis con adecuado ajuste, contribuye a un mejor aspecto, a la mejora social y funcional proporcionando comodidad y satisfacción.¹⁸

2.6 Instrumentos para evaluar la calidad de vida bucal

Una de las responsabilidades de los profesionales de la salud es mejorar y mantener la calidad de vida de las personas, ya que la mayoría de las enfermedades bucodentales y sus consecuencias tienen impacto en las actividades diarias.¹⁵

Los estudios de calidad de vida han sido incorporados en la literatura científica en forma creciente, con el fin de abordar el concepto de Salud en todas sus dimensiones y relacionarlo a los indicadores epidemiológicos.

Existen herramientas validadas que permitan evaluar tanto la calidad de vida relacionada con salud general, como en relación a salud oral, las

cuales permiten medir el impacto real de las intervenciones en salud en la calidad de vida autoreportada por las personas.

De acuerdo a la definición de la calidad de vida relacionada con la salud bucal, se propone que para medir la salud bucodental no sólo deben utilizarse índices que cuantifiquen presencia o gravedad de una afección, sino complementarlos con medidas de bienestar psicológico y social. Sin embargo, tradicionalmente el método utilizado para estimar la salud bucal se ha limitado al registro de los índices clínicos y orales, así como la presencia o ausencia de enfermedades y esta perspectiva no incluye la medición subjetiva, es decir, la percepción del individuo sobre su salud bucal.¹⁵

En las últimas décadas se han desarrollado numerosos instrumentos para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud bucal. Son cuestionarios en los que las preguntas corresponden a las dimensiones que hayan estimado oportunas los autores según su base teórica y su filosofía analítica para dar cobertura suficiente a la calidad de vida relacionada con la salud bucal. Para codificar numéricamente el impacto bucal (problemas percibidos en relación a la boca, dientes o dentaduras) las respuestas suelen estar en la escala de Likert, que generalmente representa la frecuencia de aparición, mayor código numérico y mayor nivel de impacto presenta el sujeto.^{10,13}

El modelo que Locker adaptó para odontología, se basa en la clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) de la OMS, estableciendo tres niveles jerárquicos de impactos según el grado de afectación al individuo. En el primer nivel se ubican las deficiencias orales: toda alteración funcional y anatómica del aparato estomatognático. En el segundo nivel están los impactos intermedios: causados por el deterioro del estado bucodental, dolor, incomodidad, limitaciones funcionales e insatisfacción con la apariencia. El tercer nivel o impactos finales están representados sobre las actividades habituales de tipo

físico, psicológico y social que un sujeto puede tener debido al deterioro de su salud bucodental. Este nivel es el equivalente al de la discapacidad y minusvalía en la clasificación de la OMS y en la adaptación de Loker.¹³

Existen instrumentos que han sido elaborados basados teóricamente en el modelo, y son de los más utilizados en adultos mayores (Oral Health Impact Profile –OHIP, Oral Impacts on Daily Performance- OIDP), El Geriatric/General Oral Health Assessment Index- GOHAI se basa en la previa revisión de literatura sobre el impacto en la salud de las enfermedades orales, cuestionarios existentes sobre el estado salud oral, la satisfacción del paciente, los síntomas orales y la autoestima, así como la socialización. Estos tres instrumentos han sido validados en diferentes poblaciones demostrando que son útiles en la evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Bucal.^{19,20}

Los datos obtenidos de la aplicación de estos instrumentos además de utilizarse para estimar el impacto social y funcional de las patologías bucales, se emplean para correlacionarlos con medidas clínicas objetivas y evaluar la efectividad de los tratamientos odontológicos. Las posibilidades de uso de los instrumentos que evalúan calidad de vida relacionada con la salud oral son las siguientes:

- Evaluación y monitoreo de problemas psicosociales asociadas a problemas de salud oral.
- Estudios poblacionales para evaluar percepción de la salud oral.
- Auditorias odontológicas.
- Ensayos clínicos.
- Análisis de costo-utilidad de tratamientos odontológicos.¹³

Una de las herramientas más utilizadas en salud bucal es el Oral Health Impact Profile (OHIP), el cual mide cómo influyen las enfermedades

orales en el impacto social de sentirse bien (Slade, 1997). Es el instrumento más utilizado para evaluar calidad de vida relacionada con salud oral en población joven y adulta en el mundo.

3. Antecedentes

El envejecimiento de la población tiene su reflejo también a nivel oral, ya que hayamos una prevalencia muy frecuente de pacientes ancianos con gran acumulación de patología bucal no tratada.

Además, los tratamientos que imperaban hace poco en nuestra sociedad y que a veces todavía se siguen practicando en lugares en donde existe pobreza y/o ignorancia, estaban basados en el alivio del dolor mediante la extracción dentaria, y esta praxis ha contribuido a elevar la prevalencia de edentulismo en la población adulta-anciana, que pueden acompañarse de cierto grado de disfunción oral. Por estas razones los primeros estudios de calidad de vida oral iban destinados a medir el impacto que la patología oral acumulada producía en la vida diaria de los sujetos más prevalentemente afectados (ancianos).²¹

Por otro lado, el progresivo avance científico en la prevención diagnóstico y tratamiento de la patología oral ha conseguido cambiar los patrones epidemiológicos de las enfermedades orales, apareciendo formas clínicas incipientes y menos severas tanto de caries como de enfermedad periodontal, para que los métodos de diagnóstico tradicional ya no son sensibles. A pesar de la tangible mejora en el estado de salud oral de las nuevas generaciones en los países industrializados, las expectativas de salud han cambiado y nos hemos convertido en sociedades cosméticas que no sólo valoran la prevención y tratamiento de las enfermedades orales, sino que demandan la instauración de los patrones de belleza occidental, llegando incluso a constituir uno de los principales motivos de consulta en

algunas edades en las que los problemas reales de salud oral ya han sido prevenidos o tratados.²²

La calidad de vida oral puede variar únicamente por adaptación y compensación orgánica con el paso del tiempo.²³

A su vez se puede producir mejoras y deterioros simultáneos en la calidad de vida oral.¹⁰ Por ser de naturaleza multidimensional, por ejemplo, al perder piezas dentarias aumenta la dificultad masticatoria, pero se alivia el dolor que generaban los dientes extraídos.

En caso de la calidad de vida relacionada con la salud oral y tomando en cuenta como antecedente la definición del concepto de salud dada por la OMS, Sánchez García sugiere que la salud bucodental debe definirse como “el bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado de la dentición, así como de tejidos duros y blandos de la calidad bucal”.¹⁵ Las enfermedades bucodentales influyen en la calidad de vida y afectan diversos aspectos del diario vivir, como la apariencia física, las relaciones interpersonales e incluso la oportunidad de trabajo.¹² En este contexto podríamos definir que la calidad de vida bucales 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.

Queda de manifiesto que el estado de salud general del individuo ha demostrado la asociación entre la autoevaluación de la salud oral y la calidad de vida general en adultos y ancianos.¹⁰ Una de las consecuencias de la deficiente salud bucal es la pérdida de los dientes naturales que puede limitar la gama de 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 y la estética.¹⁰ Por eso los profesionales de la salud oral buscan devolver la funcionalidad y estética a partir de la rehabilitación protésica; sin embargo, si estas tienen un ajuste pobre, son inestables o incómodas eso también afecta la calidad de vida.

Los indicadores de calidad de vida oral surgieron en la década de los 70 para evaluar el impacto físico, psicológico y social de los problemas orales, y complementar la información aportada por los índices clínicos ya que éstos no son sensibles a percepciones subjetivas como el dolor, la estética, función etc.¹⁰

Hoy algunos de estos indicadores han sido aplicados y estudiados con gran confiabilidad y que es demostrada mediante su uso en la publicación de numerosos artículos en revistas de gran importancia mundial.

Dentro de los índices más destacados se encuentran:

- SIDD 1998 Social Impact of Dental Disease.
- DHI 1989 Dental Health Index.
- GOHAI 1990 Geriatric Oral Health Assessment Index.
- DIDL 1995 Dental Impacts of Daily Living.
- OIDP Oral Impacts on Daily Performance.
- OHIP Oral 1994 Health Impact Profile.¹³

Perfil de Impacto de Salud Oral (Oral Health Impact Profile), mide como influyen las enfermedades orales en el impacto social de sentirse bien. El desarrollo, confiabilidad y validez de este índice fue descrito en 1994 por Slade y Spencer.

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

Consiste en 49 preguntas que capturan las siete dimensiones formuladas en el modelo teórico de Locker: limitación de la función, dolor físico, aflicción psicológica, incapacidad social y discapacidad. Para facilitar la evaluación de la severidad del impacto, cada pregunta tiene un peso derivado de la técnica de comparación pareada de Thurstone. Las respuestas a las preguntas que abordan cada uno de estos aspectos pueden ser calculadas en subescalas separadas para cada dimensión del impacto social del OHIP, o en su conjunto todas las preguntas. Un ejemplo de una pregunta del OHIP es: ¿Ha tenido usted que interrumpir sus comidas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis? Para su cuantificación se usa un formato de tipo Likert (0=nunca, 1=rara vez, 2= a veces, 3= a menudo, 4=muy a menudo, 5=siempre).

Considerando que este extenso instrumento de 49 preguntas podría ser difícil de aplicar en estudios epidemiológicos, Slade publicó en el año 1997 una forma resumida del OHIP consistente en 14 preguntas que presentaron un alto grado de coincidencia con los resultados obtenidos con la OHIP de 49 preguntas.¹³

Se ha elegido este instrumento (OHIP-14) para la presente investigación ya que cumple con las características que se necesitan describir en este estudio.

4. Planteamiento del problema

Diferentes estudios han advertido de la seria problemática en Latinoamérica por la pérdida dental en la población, en su mayoría al llegar a la vejez, lo que ha de resolverse a través de la rehabilitación protésica total. Sin embargo, estos problemas llegan a afectar al paciente en varios aspectos, tanto físicos, sociales, así como psicológicos, deteriorando su calidad de vida bucal. Por lo tanto, se hace necesario hacer una investigación que evalúe la perspectiva de calidad de vida bucal en pacientes desdentados que de pauta a mejorar la atención odontológica.

De acuerdo con lo antes mencionado la pregunta de investigación es:

¿Qué impacto tiene el edentulismo en la percepción de la calidad de vida bucal en los pacientes que asisten a los grupos 4010 y 4005 de la Facultad de Odontología, UNAM, para atención odontológica?

5. Justificación

Diversos estudios acerca de la calidad de vida relacionada con la salud bucal, reflejan la alta necesidad que tienen los pacientes para ser informados acerca de las consecuencias que puede traer a su vida la pérdida de piezas dentarias, ya que en nuestra sociedad hasta hace algunos años era común la extracción dental como tratamiento de primera elección sin saber los problemas que el edentulismo conlleva.

Se pretende conocer la percepción de los pacientes de este grupo de estudio acerca de su calidad de vida bucal relacionada con su estado edéntulo, para así poder realizar tratamientos integrales a pacientes futuros que relacionen íntimamente al tratamiento protésico funcional con la mejora de su calidad de vida.

6. Objetivos

6.1 Objetivo general

- Evaluar la perspectiva de la calidad de vida bucal en pacientes edéntulos de los grupos 4010 y 4005 de la Facultad de Odontología UNAM.

6.2 Objetivos específicos

- Comparar los resultados de los reactivos del instrumento de evaluación de CVO por grupos de edad y sexo.
- Determinar las diferencias significativas entre el índice OHIP-14 s modificado y la respuesta por individuo.
- Calcular el impacto y no impacto que tiene el índice en la calidad de vida bucal en el grupo de estudio.

7. Materiales y métodos

7.1 Tipo de estudio

Estudio Descriptivo -Transversal - Prospectivo.

7.2 Población de estudio y tamaño de muestra

Pacientes edéntulos masculinos y femeninos (N=100) que asistieron a las clínicas de prostodoncia total de los grupos 4010 y 4005 de la Facultad de Odontología UNAM durante el periodo de febrero y marzo del año 2017.

7.3 Criterios de selección

7.3.1 Criterios de inclusión

- Todos los pacientes edéntulos que acepten participar y firmen el consentimiento informado.
- Pacientes que pertenezcan a los grupos 4010 y 4005 de la Facultad de Odontología UNAM.

7.3.2 Criterios de exclusión

- Pacientes con limitaciones funcionales que les impida realizar la encuesta.
- Pacientes parcialmente edéntulos.
- Pacientes que no quisieron participar en el estudio o no firmaron el consentimiento informado.
- Pacientes que no pertenecían a los grupos 4010 y 4005 de la Facultad de Odontología UNAM.

7.4 Variables de estudio

- Edad: se entiende como los años vividos, a la fecha de la entrevista y se registrará en años.
- Sexo: Definiéndolo de acuerdo al género (hombre y mujer)
- Índice OHIP-14 s: Mide cómo influyen las enfermedades orales en el impacto social de sentirse bien, en base a preguntas específicas, para facilitar la evaluación a cada pregunta se le da un valor determinado.
- Limitación funcional: Es una realidad en la vida diaria, con lo cual un problema se hace objetivo al interferir las actividades corporales.¹³
- Dolor físico: Es una sensación subjetiva de molestia de alguna parte del cuerpo.¹³
- Malestar psicológico: El malestar psicológico se suele definir como una mezcla de angustia, problemas de sueño, síntomas depresivos o falta de confianza en uno mismo.¹³
- Incapacidad física: Se entiende por la forma en que la salud física interfiere con el trabajo u otras actividades diarias.¹³
- Incapacidad psicológica: Entendido como la forma en que los problemas emocionales interfieren con el trabajo u otras actividades diarias.¹³
- Incapacidad social: se le denomina a la inclusión completa o parcial del individuo en la sociedad.¹³
- Minusvalía: es “la situación desventajosa en que se encuentra una persona determinada, como consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita, o impide, el cumplimiento de una función que es normal para esa persona, según la edad, sexo y los factores sociales y culturales”.²⁷
- Impacto de la encuesta: Entendido como el impacto sobre el bienestar y la calidad de vida del individuo.¹³

7.5 Método de recolección de la información

Previa autorización de los profesores titulares de los grupos 4010 y 4005, se dio el consentimiento informado a cada paciente que aceptó participar en la encuesta y se pidió que se firmara. (Ver anexo)

Posteriormente se les dieron las instrucciones de cómo responder al cuestionario y se procedió a leer pregunta por pregunta, aclarando dudas.

Los datos obtenidos se arrojaron en hojas de cálculo para su posterior evaluación.

7.6 Aspectos éticos

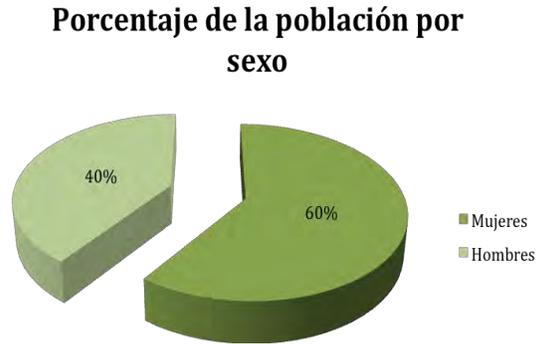
El nombre de los participantes siempre será confidencial, ya que no se mencionará en las encuestas, tampoco aparecerá en los documentos relacionados al proyecto, ni en la exposición/ publicación de las mismas. Las fotografías/videograbación original se conservarán en un lugar seguro.

No recibirán ningún pago por permitir tomar fotografías/videograbación, ni tampoco implicará algún costo, además, contestar la encuesta no pondrá en riesgo su vida.

La participación será voluntaria y no se verá obligado a permitir que se tomen fotografías/videograbaciones; ni a realizar la encuesta, tendrán todo el derecho de negarse a participar o salir del proyecto de investigación en el momento que así lo decidan, sin consecuencia alguna.

8. Resultados

La población de estudio estuvo integrada por un total de 100 pacientes edéntulos, de los cuales 40 fueron hombres y 60 mujeres.



Gráfica 1. Porcentaje de Hombres y Mujeres

La gráfica 1 muestra el porcentaje por sexo de la población de estudio, siendo 60% de mujeres mientras que el 40% fueron hombres.

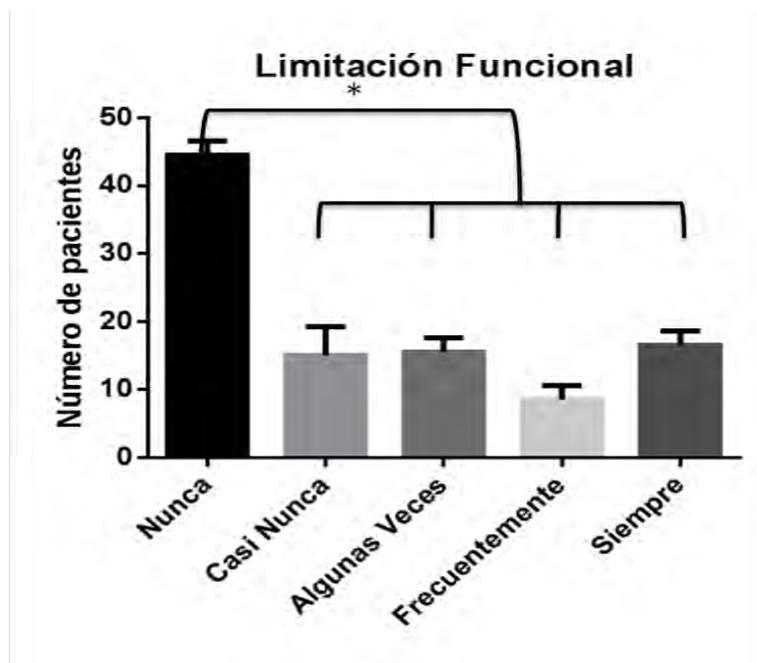
El rango de edad fue de 39 a 98 años, siendo el promedio de 70.5 años, la desviación estándar (DE) de 10.74, la mediana de 71, la moda de 62 años, la varianza de 115.41 y el coeficiente de variación de 0.15.

Los resultados obtenidos del índice OHIP-14 s, por método de frecuencias, se identificó una mayor proporción a la respuesta “nunca” con un 43.7% y el menor porcentaje es de 8% para la respuesta “casi nunca” (gráfica 2).



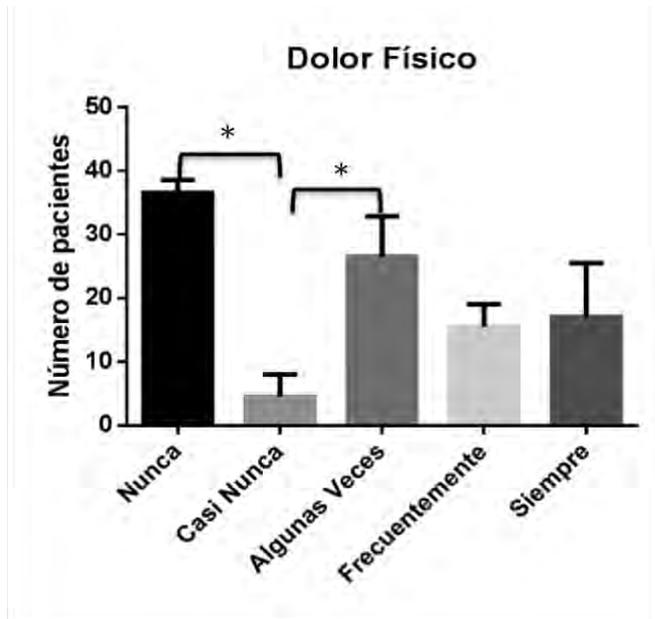
Gráfica 2. Frecuencia de las respuestas de los pacientes edéntulos.

El índice OHIP-14 s modificado mide los siguientes parámetros: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y minusvalía. Con la finalidad de evaluar el impacto que tienen en la calidad de vida bucal. En limitación funcional se encontró que hubo diferencia significativa entre la respuesta “nunca” y todas las demás; lo que nos indica que los pacientes edéntulos que acudieron a los grupos 4010 y 4005 de la Facultad de Odontología, UNAM, consideran que su limitación funcional no se ve afectada (gráfica 3).



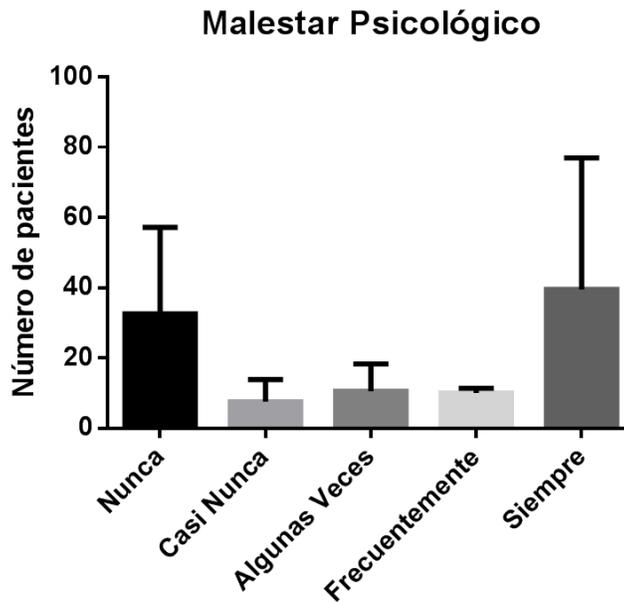
Gráfica 3. Limitación funcional * $p < 0.05$

Con respecto a la percepción de dolor físico los resultados muestran diferencia significativa entre “nunca” y “casi nunca” así como en: “casi nunca” y “algunas veces”, con la prevalencia de la respuesta “nunca”; indicándonos que los pacientes no han presentado dolor físico, y si lo han hecho ha sido algunas veces únicamente (gráfica 4).



Gráfica 4. Dolor Físico * $p > 0.05$

El análisis correspondiente a malestar psicológico indicó que no hay diferencia significativa entre ninguna de las respuestas (gráfica 5), esto quiere decir que los pacientes no tienen claro si han presentado o no malestar psicológico.

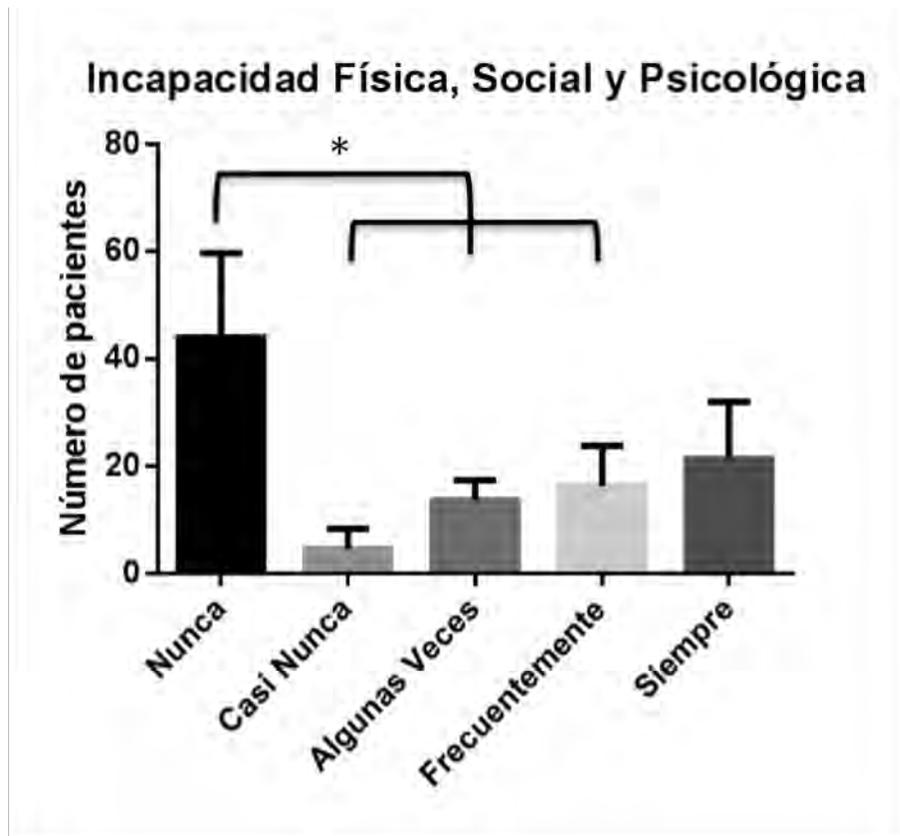


Gráfica 5. Malestar psicológico * $p > 0.05$

Los

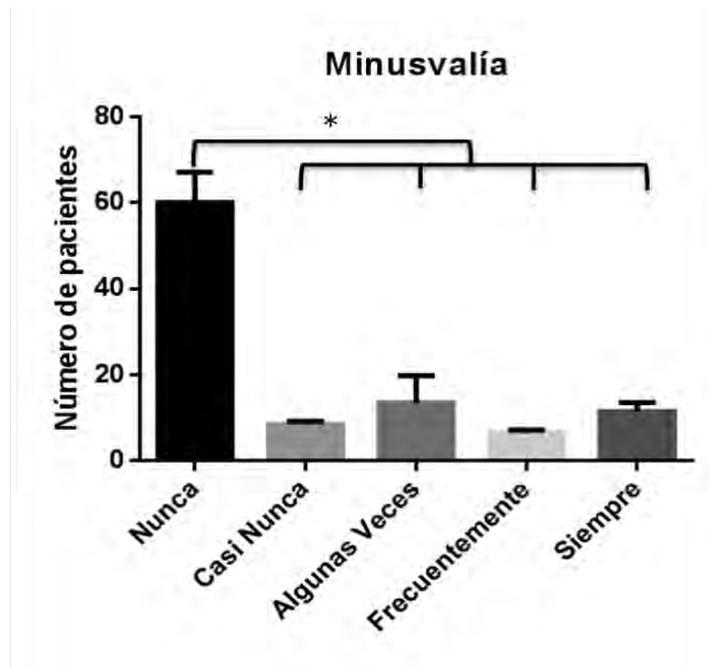
resultados de

incapacidad física, psicológica y social se agruparon en una misma gráfica (gráfica 6) la cual nos muestra que existe diferencia significativa entre: “nunca” que es la respuesta que prevalece en un 45% contra las respuestas “casi nunca”, “algunas veces” y “frecuentemente”; indicándonos que este porcentaje de la población encuestada no ha presentado ni presenta ningún tipo de incapacidad.



Gráfica 6. Incapacidad física, social y psicológica *

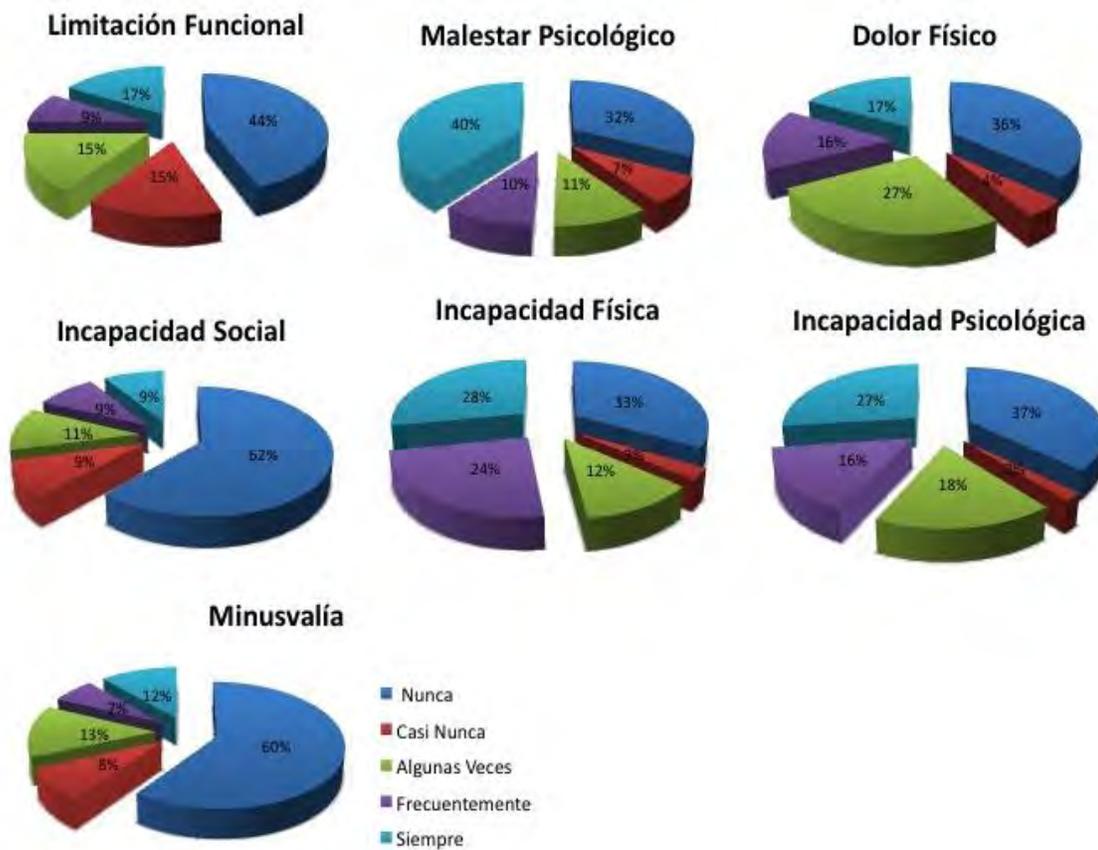
Finalmente, del grupo de estudio, el 60% considera que nunca se ha imposibilitado de ninguna forma (gráfica 7).



Gráfica 7 . Limitación funcional * $p > 0.05$

Por otro lado, las 7 dimensiones previamente medidas se analizaron en porcentaje de respuesta del total de la población (gráfica 8) dando como resultado que: el 44.5% de los pacientes encuestados “nunca” han percibido una limitación funcional, al momento de pronunciar palabras con su prótesis o sin ella, ocasionando que la gente los mal entienda; mientras que el 39.5% considera que “siempre” presenta malestar psicológico, lo que nos hace saber que los pacientes se preocupan por los problemas con su boca y en algún momento han sentido estrés, intolerancia y/o infelicidad con las personas que lo rodean debido a su condición de edentulismo; el 36.5% de los pacientes “nunca” han sentido dolor físico, ni presentado molestias al comer; el 62% refiere que “nunca” han tenido problemas para realizar su trabajo, ni han notado que su capacidad haya disminuido por problemas con su boca o prótesis, por lo tanto no interfiere con la dimensión de incapacidad social; el 33% de los pacientes encuestados “nunca” han percibido alguna incapacidad física que los limiten a realizar sus actividades diarias; el 37%

nunca ha presentado incapacidad psicológica y el 60 % de los pacientes tienen claro que nunca han tenido dificultades para realizar sus actividades diarias o han notado un decaimiento en su estado de salud general derivado de problemas con su boca o prótesis.



Gráfica 8. Medición de las dimensiones del índice OHIP-14 s modificado en porcentaje.

Con respecto al análisis del índice OHIP-14 s modificado en pacientes edéntulos, el criterio de impacto y no impacto de la encuesta aplicada a la población de estudio, arrojó los siguientes datos relevantes: la proporción mayor fue representada por la dimensión de malestar psicológico, la cual

hace referencia a la preocupación por los problemas de su boca o relacionados con el uso de su prótesis, se identificó que el 67.5% de los pacientes experimentaron impacto en este rubro; seguido por la categoría de incapacidad física (cambios en sus hábitos alimenticios), de la cual el 66% de los sujetos registraron impacto; en cuanto a incapacidad psicológica (vergüenza por problemas con su boca o prótesis), el 63% de los sujetos presentaron experiencia de impacto psicológico. Asimismo, la dimensión de dolor físico (molestias al comer y dolor en boca) mostró un 63% de impacto.

De acuerdo con los resultados de no impacto, minusvalía (incapacidad total para realizar sus actividades diarias), el 60% de los adultos edéntulos proporcionaron respuestas con no impacto; igualmente, la categoría de incapacidad social (dificultad para realizar sus actividades diarias) tuvo un 62%.

Lo anterior indica que las dimensiones con mayor impacto correspondieron a malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica y dolor físico; entre tanto, las categorías no impacto pertenecieron a la incapacidad social y minusvalía (tabla 2).

AGRUPACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE ÍNDICE OHIP-14 S MODIFICADO, CON RESPECTO AL IMPACTO Y NO IMPACTO DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO, FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UNAM 2017.

Pregunta	Impacto n (%)	No impacto n (%)
Limitación funcional		
1.- ¿Ha tenido dificultad para pronunciar palabras, provocando que la gente lo mal entienda por problemas con su boca o prótesis?	57 (57%)	43 (43%)
8.- ¿Ha sentido que su aliento se ha deteriorado por problemas con su boca o prótesis?	54 (54%)	46 (46%)
Dolor físico		
2.- ¿Ha sentido dolor en su boca?	61 (61%)	39 (39%)
3.- ¿Ha presentado molestias al comer?	65 (65%)	35 (35%)
Malestar psicológico		
4.- ¿Le preocupan los problemas con su boca?	85 (85%)	15 (15%)
5.- ¿Se ha sentido estresado, menos tolerante, y/o infeliz con su familia o amigos por problemas con su boca o prótesis?	50 (50%)	50 (50%)
Incapacidad física		
6.- ¿Su alimentación ha cambiado, ha tenido que interrumpir sus alimentos y/o su digestión ha empeorado por problemas con su boca o prótesis?	66 (66%)	34 (34%)
Incapacidad Psicológica		
7.- ¿Se ha sentido avergonzado por problemas con su boca o prótesis?	63 (63%)	37 (37%)
Incapacidad social		
9.- ¿Ha tenido problemas para realizar su trabajo o su capacidad se ha disminuido por problemas con su boca o prótesis?	38 (38%)	62 (62%)
Minusvalía		
10.- ¿Ha tenido dificultad para realizar sus actividades diarias por problemas con su boca o prótesis?	35 (35%)	65 (65%)
11.- Ha notado un decaimiento en su estado de salud general derivado por problemas con su boca o prótesis?	45 (45%)	55 (55%)

Tabla 2.

Se realizó un análisis de impacto y no impacto comparativo entre hombres y mujeres, en donde destacó que el mayor índice de impacto de calidad de vida bucal en relación con el edentulismo lo tuvieron las mujeres de manera general; esto probablemente por lo mencionado por De la Fuente *et al.* 2010 en donde menciona que la mujer padece de más problemas surgidos por su historia personal, como: mala nutrición, embarazos, y violencia intrafamiliar, entre otros.³¹. Además, que al momento de realizar el estudio las mujeres presentaron más interés en las preguntas al momento de contestar la encuesta. Sobresale la incapacidad física (cambios en los hábitos alimenticios) con el 73.4% de impacto contra el 55% que tuvieron los hombres, aunque en malestar psicológico los hombres obtuvieron un porcentaje más alto de impacto en una de las preguntas (preocupación por problemas con su boca) esto no fue significativo, ya que en la segunda pregunta el porcentaje de mujeres fue mayor que el de los hombres y este resultado se compensa con los demás resultados (tabla 3).

AGRUPACIÓN DE LAS RESPUESTAS DEL ÍNDICE OHIP-14 S MODIFICADO, CON RESPECTO AL IMPACTO Y AL NO IMPACTO DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO COMPARACIÓN ENTRE HOMBRES Y MUJERES, FACULTAD DE ODONTOLÓGIA UNAM 2017

Pregunta	Impacto nH (%), nM(%)	No impacto nH (%), nM(%)
Limitación funcional		
1.- ¿Ha tenido dificultad para pronunciar palabras, provocando que la gente lo mal entienda por problemas con su boca o prótesis?	22 (55%), 35 (58.34%)	18 (45%), 25 (41.66%)
8.- ¿Ha sentido que su aliento se ha deteriorado por problemas con su boca o prótesis?	20 (50%), 34 (56.7%)	20 (50%), 26 (43.3%)
Dolor físico		
2.- ¿Ha sentido dolor en su boca?	27 (67.5%), 34 (56.6%)	13 (32.5%), 26 (43.3%)
3.- ¿Ha presentado molestias al comer?	25 (62.5%), 40 (66.6%)	15 (37.5%), 20 (33.3%)
Malestar psicológico		
4.- ¿Le preocupan los problemas con su boca?	35 (87.5%), 50 (83.34%)	5 (12.5%), 10 (16.66%)
5.- ¿Se ha sentido estresado, menos tolerante, y/o infeliz con su familia o amigos por problemas con su boca o prótesis?	19 (47.5%), 31 (51.67%)	21 (52.5%), 29 (48.3%)
Incapacidad física		
6.- ¿Su alimentación ha cambiado, ha tenido que interrumpir sus alimentos y/o su digestión ha empeorado por problemas con su boca o prótesis?	22 (55%), 44 (73.4%)	18 (34.5%), 16 (26.6%)
Incapacidad Psicológica		
7.- ¿Se ha sentido avergonzado por problemas con su boca o prótesis?	24 (60%), 29 (65%)	16 (40%), 21(35%)
Incapacidad social		
9.- ¿Ha tenido problemas para realizar su trabajo o su capacidad se ha disminuido por problemas con su boca o prótesis?	15 (37.5%), 23(38.4%)	25(62.5%), 37 (61.60%)
Minusvalía		
10.- ¿Ha tenido dificultad para realizar sus actividades diarias por problemas con su boca o prótesis?	13 (32.5%), 22 (36.7%)	27 (67.5%), 38 (63.3%)
11.- Ha notado un decaimiento en su estado de salud general derivado por problemas con su boca o prótesis?	15 (37.5%), 30 (50%)	25 (62.5%), 30 (50%)

Tabla 3.

9. Discusión

La población de personas edéntulas es un fenómeno inminente en Latinoamérica, y de manera especial en México.

En el presente estudio se identificó el efecto que tiene el estado de salud bucal en la percepción de la calidad de vida de los pacientes edéntulos. Los resultados coinciden con las investigaciones realizadas por Nutall y cols. en la cual se evaluó la calidad de vida relacionada con la salud bucal en pacientes mayores de 60 años esto se realizó en Reino Unido en 1998 ²⁶ mientras que Wostman *et al*, en Alemania, realizaron un estudio semejante, en poblaciones de adultos mayores donde emplearon el índice OHIP-14. Ellos también identificaron como las dimensiones de mayor impacto al malestar psicológico, dolor físico e incapacidad física, y con un menor impacto: incapacidad social y minusvalía.²⁷

Estudios recientes se han enfocado cada vez más a entender los múltiples factores que se relacionan con el edentulismo y sobre todo a conocer e interpretar los cambios físicos, psicológicos y sociales, así como los cambios que el odontólogo puede aportar a esta condición y que al mismo tiempo impacten a la calidad de vida del paciente desdentado total.

En la literatura científica se ve el producto de los trabajos con énfasis en estudios clínicos. Sin embargo, en los últimos 20 años se viene observando un aumento en la cantidad de trabajos publicados que implican temas de calidad de vida oral, sobre todo los que pretenden dar a conocer, que mejorar la atención en la salud bucal implica una mejora en la calidad de vida.²⁸

En Japón, Ikebe en el 2007, además de evaluar la capacidad masticatoria, la relacionó con la calidad de vida oral en ancianos encontrando que hay una correlación entre ellas.²⁹ Otros como Ozcelik igualmente en el

2007, evalúa el impacto de tratamientos realizados a nivel de tejidos periodontales con la calidad de vida oral.³⁰

Los resultados obtenidos y mostrados en el presente estudio son representativos de los pacientes que acuden a las clínicas de prostodoncia total de los grupos 4010 y 4005 de la Facultad de Odontología UNAM, y coincide con los estudios previamente mencionados en cuanto a la perspectiva de calidad de vida bucal, donde el máximo impacto se da en la dimensión de malestar psicológico.

Aunque la mayoría de los trabajos reportados, se centran en personas mayores de 65 años, en esta investigación (N=100), se tuvo como edad mínima 39 años y máxima de 98 años, siendo el promedio de 70.59 años, la desviación estándar de 10.74, mientras que en el estudio realizado por Shyrley Díaz Cárdenas y cols. en el 2011 acerca del impacto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores el promedio de edad fue de 68.3 años.

De acuerdo con los resultados del presente estudio, el 60% de los participantes fueron mujeres esto se relaciona con otras investigaciones que reportan a nivel mundial que las mujeres presentan una mayor expectativa de vida que el hombre, a pesar de ser el género que más problemas padece surgidos por su historia personal, como mala nutrición, embarazos, y violencia intrafamiliar, entre otros.³¹

De la Fuente *et al.* 2010 en su estudio acerca del impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental, el resultado fue similar ya que de 150 pacientes encuestados el 58% fueron mujeres mientras que el 42% fueron hombres.³¹

Con respecto al impacto a nivel general (H y M) sobre la percepción de la calidad de vida, se reportaron mayores puntuaciones en la dimensión que evalúa a la función de malestar psicológico al preocuparse de los

problemas con su boca con el 85% siguiéndole la incapacidad física con el 66% refiriendo que su alimentación ha cambiado, han tenido que interrumpir sus alimentos y/o su digestión ha empeorado por problemas con su boca o prótesis, mientras que en estudio de Shyrley Diaz *et al.* Se reportó que la función psicosocial tuvo mayor impacto con el 44% aunque se utilizó un índice diferente.⁸

De la Fuente *et al.*, también observó datos relevantes en el apartado de impacto; siendo la proporción mayor, la representada por la dimensión de malestar psicológico que identificó con el 87.3% de los individuos, utilizando el mismo índice, coincidiendo dichos resultados con el presente estudio. A diferencia de la incapacidad física que en su trabajo queda en cuarto lugar con el 56% y en este trabajo se encontró en el segundo lugar.³¹

Así mismo de los resultados obtenidos a través del índice OHIP-14 s por método de frecuencias, se observó una mayor proporción a la respuesta de nunca, excepto en la dimensión referente al malestar psicológico (preocupación por los problemas con su boca) en la cual la respuesta con mayor peso fue la de siempre con el 39.5% de los pacientes encuestados, coincidiendo resultados con el estudio de De la Fuente y cols.³¹

Cabe señalar que en los hombres se observó un menor impacto de su salud bucal sobre su calidad de vida, a diferencia de las mujeres en quienes se identificó lo contrario, coincidencia con el estudio de De la Fuente *et al.*³¹ Y Jiménez y cols.³²

10. Conclusiones

De acuerdo a los datos obtenidos en el presente estudio se demostró que el edentulismo tiene impacto en la calidad de vida bucal de los individuos edéntulos sobre todo en el sexo femenino y se corrobora que los estudios que anteceden a la investigación tienen correlación con los resultados obtenidos en esta investigación. Las dimensiones registradas con mayor impacto son malestar psicológico, incapacidad física e incapacidad psicológica, lo cual refiere implicaciones importantes en la realización de sus actividades cotidianas. Por otro lado, las categorías con menor impacto fueron minusvalía, e incapacidad social. Ello es entendible, ya que las personas con estas características difícilmente acuden a estos centros a solicitar el servicio odontológico, por lo que no se puede concluir que estas dimensiones no se presentan en las personas desdentadas totales, pero sí se ven reflejadas en las capacidades fisiológicas, afectación al desear establecer comunicación y desenvolverse socialmente.

La necesidad social en este grupo poblacional refiere la importancia que tiene el trabajo interdisciplinario entre profesionales de la salud, médicos de práctica general, psicólogos y cirujanos dentistas, quienes tienen la responsabilidad de realizar exámenes estomatológicos de rutina, dirigidos a detectar problemas en la calidad de vida bucal de los pacientes edéntulos.

Se intentará realizar protocolos informativos que enseñen tanto al odontólogo como al paciente a realizar un plan de tratamiento protésico adecuado, beneficiando al paciente en su calidad de vida bucal, ya que si se realiza una prótesis disfuncional ésta trascenderá en problemas que perjudiquen al paciente.

Del mismo modo, deberán canalizarlos a las áreas correspondientes, como prácticas de prevención, intervención temprana y rehabilitación de las

diversas condiciones físicas y subjetivas que se puedan ver afectadas. Con ello se logrará una mejora en la calidad de vida.

11. Referencias bibliográficas

1. Mahan K., Escott-Strump S., Krause's food, nutrition and diet therapy de Krause. 9ª. ed. Philadelphia Pensilvania, USA: Editorial Trillas, 1994. PP.139-140.

2. Hallado en:

<https://www.espaciologopedagogico.com/revista/articulo/2322/ladeglucion-y-sus-alteraciones-una-vision-general-parte-i-html>.

3. Hallado en: <https://www.salud.com.net/faq/10229-masticacion-definicion>.

4. Hallado en: <https://www.salud.com.net/faq/20619-fonacion-definicion>.

5. Fernando Quiroz G. Tratado de anatomía humana, tomo 1. 15ª edición. Ed. Porrúa, abril 2008.

6. Cacciacane O.T. Prótesis. Bases y fundamentos. Primera edición. Ed. Madrid España: Editorial Ripano S.A., 2013. Pp. 519-521, 529-537.

7. Osawa J. Estomatología Geriátrica. Primera edición. México: Editorial Trillas, 1994. Pp. 139-140.

8. Hallado en:

<http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2622/1/TESIS%20CALIDA%20DE%20VIDA%20EN%20ADULTOS%20JOVENES%20Y%20MADURO%20S-2013%20EDWIN%20Y%20JULIE..pdf>.

9. Elizabeth Valverde- jurado, MC, Carlos Ávila Figueroa, MC, CD, Salud pública Cuernavaca, México, 2002; Vol 44. No. 4; Pp:349.361

10. Hallado en: <https://hera.ugr.es/tesisugr/16093823.pdf>
11. Hallado en:
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:_FJxYIUkG1sJ:scielo.sld.cu/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0864-34662002000200006+%&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=mx
12. Quintero, G., Prieto O, and Vega E. "Calidad de vida y envejecimiento." Prieto O, Vega E. Temas de gerontología. La Habana: Editorial Científica Técnica (1996).
13. Hallado en: <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/123542>.
14. Hallado en: <https://www.JJY Lezaun - 2006 - books.google.com>
15. Hallado en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000300002
16. Hallado en:
<https://academic.oup.com/ageing/article/28/5/463/36238/Relationship-between-oral-health-and-nutrition-in>
17. Hallado en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0047637404001769>
18. Hallado en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-2358.2004.00048.x/full>
19. Hallado en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1870199X14720609>
20. Hallado en: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-10-131>
21. Hallado en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031938498002674>

22. Hallado en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002817789850123>

23. Hallado en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953604004095>

24. Hallado en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0901502714002471>

25. Hallado en: <https://www.protesistotalugma.weebly.com/componentes-y-fundamentos.html>.

26. Hallado en:

<http://www.nature.com/bdj/journal/v190/n3/abs/4800901a.html>

27. Hallado en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300571208001723>

28. Hallado en: <http://europepmc.org/abstract/med/12146588>

29. Hallado en:

<http://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=08932174&AN=36879047&h=JLomd5Fw01p4%2bMsN8v%2biSieXmv9ZtCCiPRS5v99LgFervdq03YjJz4SiGswHXVHAJztHoc2RyoV%2bh2JxJvduOQ%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d08932174%26AN%3d36879047>

30. Hallado en:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-051X.2007.01120.x/full>

31. Hallado en: <http://www.redalyc.org/pdf/2312/231216366010.pdf>

32. Hallado en:

12. Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
58 SEMINARIO DE TITULACIÓN
PRÓTESIS DENTAL PARCIAL FIJA Y REMOVIBLE**

Proyecto: PERSPECTIVA DE LA CALIDAD DE VIDA BUCAL EN PACIENTES EDÉNTULOS DE LOS GRUPOS 4010 Y 4005 DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, UNAM.

Investigador Principal: GABRIELA IDALIA MORALES BUSTILLOS

Este proyecto de investigación está dirigido a la pacientes edéntulos que acude a la clínica de Prostodoncia de la Facultad de Odontología, UNAM; con la finalidad de concluir el nivel superior de la Investigadora Principal, realizando una tesina con los resultados obtenidos.

El objetivo del proyecto es evaluar la perspectiva de la calidad de vida bucal en pacientes edéntulos de los grupos 4010 y 4005 de la Facultad de Odontología UNAM.

Procedimientos:

Como parte de su participación en el estudio, le pedimos responda honestamente las preguntas de la encuesta anexa a esta carta, para recabar datos y realizar estadística con la información proporcionada, esto no le llevará mas de 5 minutos; además le solicitamos, si usted lo permite tomar fotografías/videograbación con objeto de ilustrar el trabajo y poder explicar de una manera didáctica como se realizó el estudio. En las fotografías/videograbación que tomaremos no aparecerá su

rostro, y la encuesta no llevará su nombre, de manera que no pueda ser identificado (a).

Beneficios: Usted no recibirá un beneficio directo por la encuesta y fotografías/videograbación que se le harán, sin embargo si usted acepta participar, estará colaborando con el trabajo de investigación, cuyo objetivo es entender cuales son las alteraciones en la calidad de vida que ustedes como pacientes desdentado presentan y de esta manera tomarlo en cuenta, durante la atención dental brindada, además de permitirle a la investigadora continuar con su proceso de titulación, por trabajo de investigación, tesina.

Confidencialidad: Su nombre siempre será confidencial, ya que no se mencionará en las encuestas. Tampoco aparecerá en los documentos relacionados al proyecto, ni en la exposición/publicación de las mismas. Las fotografías/videograbación original las conservará el investigador responsable en un lugar seguro.

Riesgos Potenciales/Compensación: Usted no recibirá ningún pago por permitirnos tomar las fotografías/videograbación, ni tampoco implicará algún costo, además, contestar la encuesta no pone en riesgo su vida.

Participación Voluntaria/Retiro: Su participación es totalmente voluntaria, es decir, usted no está obligado(a) a permitir que se le tome una fotografía, ni a realizarle la encuesta tiene todo el derecho de negarse a participar o salirse del proyecto de investigación en el momento en el que usted lo decida y esto no le traerá consecuencia alguna.

Números a Contactar:

Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con la investigadora responsable del proyecto: GABRIELA IDALIA MORALES BUSTILLOS al siguiente número de teléfono 5539396840.

Si usted acepta participar en el estudio, le pedimos sea tan amable de firmar y posteriormente se le entregará una copia de este documento.

Anexo 2. Cuestionario índice OHIP-14 s modificado

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
QUINCOAGÉSIMO OCTAVO SEMINARIO DE TITULACIÓN
PRÓTESIS DENTAL PARCIAL FIJA Y REMOVIBLE**

**CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA PERSPECTIVA DE LA CALIDAD DE VIDA BUCAL EN PACIENTES EDÉNTULOS DE LA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, UNAM.
MODIFICACION DE CUESTIONARIO OHIP-14 sp.**

Instrucciones: Lea detenidamente cada una de las preguntas que a continuación se presentan y responda honestamente colocando una X en el recuadro que más se acerque a su respuesta, de acuerdo a la siguiente escala:

0: NUNCA 1: CASI NUNCA 2: ALGUNAS VECES 3: FRECUENTEMENTE 4: SIEMPRE

CUESTIONARIO	0	1	2	3	4
1.- ¿Ha tenido dificultad para pronunciar palabras, provocando que la gente lo mal entienda por problemas con su boca o prótesis?					
2.- ¿Ha sentido dolor en su boca?					
3.- ¿Ha presentado molestias al comer?					
4.- ¿Le preocupan los problemas con su boca?					
5.- ¿Se ha sentido estresado, menos tolerante, y/o infeliz con su familia o amigos por problemas con su boca o prótesis?					
6.- ¿Su alimentación ha cambiado, ha tenido que interrumpir sus alimentos y/o su digestión ha empeorado por problemas con su boca o prótesis?					
7.- ¿Se ha sentido avergonzado por problemas con su boca o prótesis?					
8.- ¿Ha sentido que su aliento se ha deteriorado por problemas con su boca o prótesis?					
9.- ¿Ha tenido problemas para relizar su trabajo o su capacidad se ha disminuido por problemas con su boca o prótesis?					
10.- ¿Ha tenido dificultad para realizar sus actividades diarias por problemas con su boca o prótesis?					

Nombre del participante: _____

Fecha: _____
Día / Mes / Año

Firma: _____

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha: _____
Día / Mes / Año