



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON EL ESTADO DE
SALUD ORAL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES
DE UN CENTRO DE SALUD Cd. Mx.

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:

YNGRID EWNICE LUGO VARGAS

TUTORA: Dra. ERIKA HEREDIA PONCE



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGREDECIMIENTOS

A Dios por permitirme formar parte de este mundo y llegar hasta este momento de mi formación profesional, por haberme dado la paciencia y capacidad para soportar las adversidades, por protegerme durante todo mi camino, por ser mi fortaleza, por darme la mejor familia del mundo y por darme la dicha de ser madre.

A ti mi Vale hermosa por haber escogido venir a esta familia y compartir tu alegría, tus risas, tu inocencia. Por dejarme compartir contigo momentos maravillosos, por ser un ejemplo de valentía. Sé que estas presente en mi día a día aunque ahora seas un angelito de Dios.

A mi madre Teresa Vargas por brindarme su cariño y comprensión, por darme siempre sabios consejos, por ser incondicional, por el esfuerzo que implico darme estudios. Por enseñarme los valores que tengo, a ser una persona responsable, respetuosa, honesta y leal, quien hizo de mí una mujer inteligente, noble entusiasta, fuerte y luchona como ella y me enseñó a no rendirme.

Gracias por la paciencia que has tenido para enseñarme, por el amor que me das, por tus cuidados y por esos regaños que quizás no entendía y que gracias a ellos soy una mejor persona. Gracias mamá por estar pendiente durante toda esta etapa por cuidar a mi amor chiquito Emma como si fuera tu hija.

A mi Padre Edgar Lugo, porque a pesar de que su trabajo día con día no permitió que estuviera conmigo tanto como yo sé que él hubiera querido, siempre ha cuidado de mí y de toda la familia y ha sido el principal sostén para todos.

Gracias por todo tu apoyo, tus enseñanzas y por no dejar que me rindiera.

Gracias papá y mamá por todo lo que han hecho por mí porque gracias a su gran esfuerzo eh concluido esta gran meta porque sin ustedes no lo hubiera podido hacer.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

A mi hija Emma Guadalupe por enseñarme a ser paciente, por todas las enseñanzas y alegrías que me das, Por ser mi motor y mi más grande amor.

Por supuesto también a mis hermanos Yokari, Soriel e Itzelt, por siempre apoyarme en todo, por compartir conmigo los momentos más importantes de mi vida, por hacerme sonreír, por todos sus cuidados por las travesuras de la niñez y por confiar en mí.

A mis sobrinos Brandon, Michelle, Valeria, Fernanda y Alexa, por siempre hacerme feliz con el hecho de verlos sonreír. Espero ser un buen ejemplo para ustedes, que sigan sus sueños y cumplan sus metas, espero estar ahí para verlos triunfar.

A Hugo por el tiempo compartido, por su apoyo, por soportar mi mal humor, por hacerme reír en momentos de estrés, siempre buscando una solución a los problemas y por darme el mejor regalo del mundo mi hija Emma Guadalupe.

A mi tutora Mtra. Erika Heredia Ponce, por su profesionalismo, calidez y amor a su trabajo por la confianza depositada en mí, por apoyarme y ayudarme en este proceso.

Le agradezco Mtra. Erika su tiempo, paciencia y enseñanza que me brindo durante este seminario de titulación. Por ser la persona tan comprensiva y humana que es.

A mi alma mater, la mayor casa de estudios, de la cual me siento orgullosa de pertenecer, máxima institución Universidad Nacional Autónoma de México que me abrió sus puertas, me brindo los medios para ejercer con profesionalismo, conocimiento, dignidad y ética mi carrera.

Solo sé que este camino es el comienzo de una gran historia, gracias infinitas. Yo absolutamente feliz de pertenecer a la Facultad de Odontología Por mi raza hablará el espíritu, orgullosamente UNAM.

ÍNDICE

1. Introducción	7
2. Marco Teórico	8
2.1 Generalidades del envejecimiento	9
2.2 Salud y envejecimiento	10
2.2.1 Secretaria de salud	12
2.3 Epidemiología del envejecimiento	14
2.3.1 Delegación Benito Juárez	15
2.4 Salud Oral y envejecimiento	16
2.4.1 Envejecimiento fisiológico de la cavidad oral	19
2.4.2 Problema bucal	20
2.4.3 Caries radicular y coronal	20
2.4.4 Edentulismo	20
2.4.5 Candidiasis bucal	21
2.4.6 Enfermedad periodontal	21
2.4.6.1 Enfermedad periodontal y su relación con trastornos cerebrovasculares	22
2.4.6.2 Enfermedad periodontal y su relación con diabetes mellitus	22
2.4.6.3 Enfermedad periodontal y su relación con la neumonía intrahospitalaria	22
2.4.6.4 Enfermedad periodontal y su relación con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica	23

2.4.7 Xerostomía sistémica (no asociada a fármacos)	23
2.4.8 Cáncer de la cavidad bucal	23
2.4.9 Manifestaciones bucales inducidas por Fármacos	24
2.5 Calidad de vida	24
2.5.1 Determinantes de calidad de vida en el adulto mayor	26
2.5.2 Calidad de vida relacionada con la salud	27
3. Antecedentes	32
4. Planteamiento del problema	33
5. Justificación	34
6. Objetivos	35
6.1 General	35
6.2 Específicos	35
7. Materiales y métodos	36
7.1 Tipo de estudio	36
7.2 Selección y tamaño de la muestra	36
7.3 Criterios de selección	36
7.3.1 Inclusión	36
7.3.2 Exclusión	36
7.4 Definición operacional y escala de medición de las variables	36
7.5 Método de recolección de la información	40
7.6 Procesamiento de la información	40
7.7 Análisis estadístico	41
7.8 Consideraciones éticas	41
8. Resultados	42

9. Discusión	53
10. Conclusiones	58
11. Recomendaciones	59
12. Referencias bibliográficas	60
13. Anexos	66

1. INTRODUCCIÓN

La salud bucal es poco reconocida tanto por las personas, la sociedad y los servicios de salud, como parte de la salud general. La salud de la cavidad oral es esencial en funciones vitales como la alimentación, la comunicación, el afecto y la sexualidad, además de su relación con aspectos de carácter fisiológico, psicológico y social.

En Latinoamérica los individuos mayores de 60 años tienen una deficiente salud bucodental, visitan con menor frecuencia al dentista y pierden los dientes, no como efecto de la edad, sino por la aparición de enfermedades crónicas mal controladas y una higiene bucal deficiente. Las enfermedades crónicas degenerativas y las patologías orales, como la caries y las periodontopatías, son frecuentes en los adultos mayores, afectando así su calidad de vida.

Dado que valorar la calidad de vida según el estado bucodental es muy subjetivo al estar directamente influenciada por la personalidad propia, así como por el entorno donde se vive y se desarrolla cada persona, se recomiendan instrumentos que permitan evaluarla dentro de un enfoque metodológico, para identificar este impacto lo más objetivamente posible con tal intención y debido a que algunos de los componentes de la calidad de vida no pueden ser observados de forma directa, se han desarrollado diversos cuestionarios divididos en dimensiones representadas por grupos de preguntas que valoran la percepción psicosocial personal de cada individuo, como herramientas de estimación adicional al tradicional enfoque de las evaluaciones físicas.

En el siguiente estudio se pretende determinar el efecto del estado de salud bucodental en relación con la calidad de vida de los adultos mayores que pertenecen al programa "El médico en tu casa" de un centro de salud de la CDMX.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Generalidades del envejecimiento

El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. Sin embargo, a pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos los seres humanos, es difícil de aceptar como una realidad innata del ser humano.¹

De acuerdo con la OMS el envejecimiento comienza a partir de los 65 años para los países desarrollados y a los 60 años para los subdesarrollados.²

El envejecimiento es un proceso gradual y adaptativo caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debido a modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado.³

El envejecimiento es propio de todos los seres vivos, es un proceso irreversible, heterogéneo e individual, es decir que cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento, el deterioro funcional varía en cada individuo. Es deletéreo, lo que indica que lleva una progresiva pérdida de la función.⁴

El envejecimiento no es una enfermedad. Sin embargo, se asocia con enfermedades crónicas y degenerativas, ya que el proceso de deterioro de la capacidad funcional deja al individuo expuesto a que se manifiesten los síntomas característicos de estas enfermedades. Se incluyen también los factores sociales como depresión, soledad y abandono que contribuyen a la pérdida de calidad de vida del adulto mayor.⁵

La gerontología estudia el proceso de envejecimiento y engloba los cambios físicos, conductuales y también los biológicos, sociológicos y psicológicos. La geriatría se dedica al tratamiento de enfermedades y síntomas relacionados con la vejez.⁶

Dentro de los aspectos fisiológicos y psicológicos del envejecimiento podemos mencionar la pérdida de masa y función muscular asociada a la edad conocida como sarcopenia. La función renal disminuye, en el sistema cardiovascular hay aumento de la rigidez arterial y del grosor de la pared ventricular así como la disminución de la contractilidad del miocardio. Los cambios en el sistema nervioso son muy frecuentes y pueden ser importantes determinantes de discapacidad, la memoria y la atención son las más afectadas. También existen alteraciones en la función motora y en el proceso del sueño. El metabolismo de los hidratos de carbono esta alterado se observa aumento de peso compuesto por grasa. Los órganos de los sentidos están perturbados y son frecuentes la presbicia, las cataratas, la hipoacusia, disminuye la sensibilidad gustativa y olfativa. En el aparato digestivo los procesos digestivos son más lentos y el peristaltismo es menor, con lo que la absorción de nutrientes puede estar disminuida. Es necesario tener en cuenta que el deterioro bucal y dental es muy frecuente en las personas mayores lo que hace que la masticación sea difícil y dolorosa y que en consecuencia se produzca un cambio en los hábitos alimentarios. El envejecimiento también se socia a alteraciones importantes de huesos y articulaciones, la densidad ósea disminuye. La función inmunitaria disminuye debido a que la actividad de las células T se deteriora con la edad. Por otra parte los trastornos afectivos como la depresión y ansiedad se manifiestan, puede existir demencia.⁴

Dentro de los aspectos sociales podemos mencionar que en el envejecimiento se producen muchos cambios vitales como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas y la muerte de amigos y pareja. Las pérdidas afectivas son difíciles de superar y suponen una afectación psicológica importante.

Cada ser humano vive el envejecimiento de manera diferente y a su propio ritmo, dependiendo de los factores genéticos, el estilo de vida y el ambiente.

2.2 Salud y Envejecimiento

El envejecimiento comienza al nacer con nuestra herencia genética que puede verse alterada en la vida intrauterina y por las exposiciones en el entorno y los hábitos posteriores. Algunas características personales pueden ser fijas como el sexo y el origen étnico, y otras reflejan el impacto del medio social, como el nivel educativo, el género o el estatus económico.⁵

Existen tres formas de concebir el envejecimiento: normal, patológico y exitoso. El envejecimiento normal es cuando se presenta una serie de deterioros lentos, continuos y graduales a nivel biológico, psicológico y social. En el envejecimiento patológico los cambios se presentan de manera abrupta, rápida y acelerada. En el envejecimiento exitoso no solo se presentan pérdidas o deterioros, sino también ganancias al promover que los adultos mayores aprendan a minimizar sus pérdidas y a maximizar sus ganancias.⁷

Según la OMS para tener un envejecimiento saludable debemos iniciar un cambio en nuestra forma de ver el envejecimiento y a las personas mayores. La creación de entornos adaptados a las personas mayores, la adecuación de los sistemas de salud a las necesidades de las personas mayores, la creación de sistemas de atención a largo plazo.⁸

En su último informe sobre las personas mayores la OMS plantea una estrategia de salud pública sobre el envejecimiento considerándolo desde un sentido amplio basado en el curso de la vida y en perspectivas funcionales, y fomenta el envejecimiento activo y saludable.⁸

Envejecimiento saludable proceso de fomentar la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez.

La capacidad funcional comprende los atributos que permiten a una persona ser como quiere y lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad física y mental de la persona, las características del entorno como el hogar, la comunidad y la sociedad en general, y las interacciones de la persona con ellas.

Por último, se considera el bienestar en la vejez en un extenso sentido que abarca cuestiones como la felicidad, la satisfacción y la plena realización.²

El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, que tienen como fin mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen (OMS).¹⁰

Los pilares del envejecimiento activo son salud, la participación y la seguridad. Las claves determinantes son económicas, conductuales, personales, sociales, las relacionadas con los sistemas sanitarios y sociales, y las relacionadas con el entorno físico. Por lo cual se deben de considerar los siguientes aspectos: Una alimentación saludable realizando cinco comidas al día, siendo el desayuno y la comida las principales. Actividad física diaria para fortalecer los músculos, mejora la salud ósea, el peso el equilibrio, y disminuye el riesgo de caída. Es muy importante mantener una salud bucodental adecuada, lo que implica el cepillado tras cada comida y el uso del hilo dental; si la dentadura es postiza, se recomienda limpiarla bien y quitarla por la noche. La piel, al envejecer, pierde elasticidad, se seca y es más frágil. Mantener la mente activa. El riesgo de caídas y accidentes aumentan con la edad, debido a la pérdida de los órganos sensoriales, los reflejos y la fuerza muscular, como al efecto de determinados medicamentos o enfermedades, el alcohol incluso en pequeñas cantidades puede afectar al equilibrio y los reflejos.²

En general debemos cuidar nuestra salud ya que cuando se pierde y se manifiesta dolor, enfermedad o amenaza de muerte ya no tenemos felicidad y todo lo demás se vuelve secundario o le damos poca importancia.⁷

2.2.1 Programas de salud que atienden al adulto mayor.

En la ciudad de México se promueve la inclusión de las personas adultas mayores así como su cuidado y apoyo a través de diversas iniciativas sociales y gubernamentales, actualmente se pueden encontrar diversos programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de este sector de la población.

- Tarjeta INAPAM (Instituto Nacional de las Personas Mayores)
- SEDESOL (Pensión para adultos mayores)
- Policlínica Salvador Allende
- Clínica de Geriatría de la CDMX
- Instituto para la atención de los adultos mayores de la CDMX
- Visitas médicas domiciliarias para adultos mayores de 68 años de la CDMX
- Centros integrales para el desarrollo de las personas adultas mayores
- Alerta social¹⁰
- El Programa el médico en tu casa

El Programa el médico en tu casa

El primero de septiembre de 2014, el Jefe de Gobierno de la Ciudad de México, Dr. Miguel Ángel Mancera Espinosa, anuncia el programa “El médico en tu casa”, cuyo objetivo en particular fue combatir la muerte materno-infantil en la ciudad de México, ya que mediante un análisis de casos se concluye que la mayor parte de dichos decesos ocurrían en mujeres que no llevan un adecuado control prenatal.

La estrategia inicial del programa fue que personal de salud acudiera directamente en busca de mujeres embarazadas para informar de los riesgos del embarazo, prevenir complicaciones y asegurar un adecuado control prenatal, sin embargo, en el recorrido casa a casa, se identificó a otros grupos de población que por

condiciones físicas sociales o de movilidad, no podían acudir por su propio pie a los servicios de salud

El primer de diciembre de 2015, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó la iniciativa que convierte en ley el Programa “El Médico en tu casa”.

Este programa es una estrategia que se ha llevado a cabo por parte de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, con el que se busca acercar los servicios a la población vulnerable, disminuyendo los gastos del bolsillo para las personas con dichas características y contribuir a la mejora de la calidad de vida.

Aparte de brindar atención médica este programa lleva al domicilio de los pacientes beneficiados otros servicios como odontología, psicología, nutrición, enfermería, fisioterapia, y trabajo social para la vinculación de los pacientes y/o familiares con otras instituciones de salud.

“El Médico en tu casa” se considera una atención centrada en la Atención Primaria de Salud, acorde a lo lineamientos propuestos por la OMS, con los que se espera que las personas puedan responder de manera más eficiente a sus necesidades de salud y con ello, lograr tener una sociedad más sana y con mejor calidad de vida.

El programa brinda servicios de salud a domicilio a mujeres embarazadas sin control prenatal, personas en situación de abandono, adultos mayores con limitación funcional, personas con discapacidad, así como a enfermos postrados o en etapa terminal.¹¹

2.3 Epidemiología del envejecimiento.

Según lo visualizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la población de adultos de todo el mundo que tienen 60 años o más, es decir lo que conocemos como “adultos mayores”, está aumentando en mayor proporción que el resto de la población, por lo que se vislumbra que para el año 2050 dicho sector de la población se duplicará y representará el 22% de la población mundial. México como muchos otros países, no es ni estará alejado de ese panorama, tal tendencia mundial también tendrá repercusión sobre este país. Si bien en 2015 la población mexicana de adultos mayores constituyó el 10.4% del total de la población, se estima que en menos de 20 años se duplicará y para el año 2050, conformará una cuarta parte del total de mexicanos.¹²

De acuerdo con el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud, la mayoría de los sistemas sanitarios en el mundo tienen importantes obstáculos para garantizar el acceso y calidad de los servicios de asistencia de larga duración que requieren los adultos mayores.¹³

A nivel mundial se calcula que hay 962 millones de adultos mayores, es decir 13% de la población mundial. En México, habitan 12 millones 973 mil 411 personas de 60 y más años, de los cuales 53.9 por ciento son mujeres y 46.1 ciento son hombres, de acuerdo a estimaciones del Consejo Nacional de Población.¹²

En un comunicado, el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), apuntó que, de las 656 mil defunciones registradas en 2015, 65 por ciento correspondieron a personas de 60 y más años, de acuerdo con las Estadísticas de mortalidad 2015.¹⁴

El instituto destaca que la población adulta tiene una esperanza de vida de 75.3 años para 2017, por lo que el peso relativo de los adultos mayores adquiere una mayor relevancia en la estructura por edad.¹⁴

Según datos del INEGI entre 1970 y 1990, el porcentaje de adultos mayores respecto a la población total pasó de 5.6 a 6.2 por ciento; mientras para 2017 dicho porcentaje es de 10.5 por ciento.¹⁴

Según datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2016 en el país hay 33.5 millones de hogares y en 30.1 por ciento de ellos reside al menos una persona de 60 y más años.¹⁴

Respecto a la tasa de participación económica, durante el primer trimestre de 2017, 33.9 por ciento corresponde a personas de 60 y más años, 50.9 por ciento son hombres y 19.6 por ciento son mujeres.¹⁴

2.3.1 Delegación Benito Juárez

En México, la entidad federativa con mayor proporción de adultos mayores hasta 2014 fue la Ciudad de México con 14.3% y a nivel delegacional fue la **Benito Juárez** con **19.2%**. Esta población ha crecido de forma significativa en los últimos años. Estrechamente relacionado con lo anterior es el índice de envejecimiento. Las colonias con mayor población de adultos mayores, según el Programa Delegacional de Desarrollo Social de la Delegación para el periodo 2012-2015, son la Del Valle Norte, Centro y Sur, la Narvarte Poniente, Narvarte Oriente y Vértiz Poniente. Entre 1995 y 2015 el porcentaje de adultos mayores en la Ciudad de México. Aumentó 6.7 puntos porcentuales (al pasar de 7.6% a 14.3%). mientras que en el mismo periodo aumentó en 5.9 en Benito Juárez.¹⁶

2.4 Salud oral y el envejecimiento

El envejecimiento afecta también a la boca los adultos mayores por lo general presentan un número considerable de dientes perdidos con la inherente necesidad de rehabilitación.

Los estudios epidemiológicos clásicos nos muestran que la caries y la enfermedad periodontal son las enfermedades con mayor prevalencia en boca; siendo así las responsables de la pérdida de dientes en los adultos mayores. A su vez la práctica de extracciones dentales ha sido una solución para aliviar el dolor.

Ahora bien los adultos mayores han tenido un acceso limitado a los servicios de salud. En etapas anteriores a su vejez no existía un avance tecnológico y desarrollo científico en el área odontológica. Aunado a una práctica arraigada como la extracción dental indiscriminada para ser reemplazados por prótesis, los condujo a llegar a la vejez siendo desdentados. Lo cual llevo a la interpretación equivocada de que el envejecimiento inevitablemente va ligado a la perdida dental.

En nuestro país, el envejecimiento de la población es un reto para los sistemas de salud y requiere especial atención la salud oral. Los adultos mayores no visitan con regularidad al odontólogo y es un hecho que este sector de la población por tanto no cuenta con una buena salud oral; por lo que se requiere programas que favorezcan las necesidades del adulto mayor.¹⁸

El proceso de envejecimiento produce en la cavidad oral una serie de cambios graduales, irreversibles y acumulativos, lo que origina en ella una mayor vulnerabilidad a los agentes traumáticos e infecciosos.

El tratamiento se torna en especial difícil cuando se llega a estados en los que estos casos necesitan la asistencia de terceros, cuando la higiene oral no puede seguir siendo efectuada de manera eficiente en forma autónoma, en pacientes incapacitados para valerse por sí mismos (parálisis, Parkinson, Alzheimer, etc.). En casos en que no exista personal instruido para ayudar con el aseo personal (higiene

bucal, administración de enjuagatorios fluorados, etc.,) se dará por regla general una rápida y compleja destrucción de la dentadura. Por desgracia, en muy pocos lugares del mundo la asistencia y cuidado del paciente en asilos de ancianos y hospitales es garantizada.

Por otra parte, la mayoría de los adultos mayores toman a menudo medicamentos que con frecuencia tienen efectos secundarios en la cavidad oral reflejado en una disminución del flujo salival:

- ✓ Agentes antinúcea
- ✓ Analgésicos opiáceos Ansiolíticos
- ✓ Anticonvulsivantes
- ✓ Antidepresivos Antidiarreicos
- ✓ Antiespasmódicos/Anticolinérgico
- ✓ Antihipertensivos
- ✓ Antihistamínicos
- ✓ Antiinflamatorios no esteroideos
- ✓ Antiparkinsonianos
- ✓ Antipsicóticos
- ✓ Broncodilatadores
- ✓ Descongestivos
- ✓ Diuréticos
- ✓ Relajantes musculares

Como resultado, se desarrollan con mayor facilidad alteraciones periodontales, caries recurrente y presente en sitios que usualmente son menos susceptibles, infecciones micóticas, queilitis angular y dorso de la lengua con fisuras y lobulaciones. Ciertamente, los fármacos son los responsables de la mayoría de los casos de xerostomía de larga evolución. La deficiencia salival, después de un tratamiento farmacológico prolongado, suele persistir por un tiempo a pesar del abandono del fármaco. El problema se exagera más aún cuando la xerostomía es

desencadenada como resultado de enfermedades o intervenciones terapéuticas con el uso de radiación.

Por simple olvido, problemas visuales, disminución en la habilidad manual o depresión, la higiene oral diaria puede disminuir con el consecuente incremento en el riesgo de caries. En estos pacientes es igualmente común observar mayor exposición de cemento y dentina. Por lo que problemas de abrasión, afracción, atrición y erosión pueden estar en estado avanzado y representar un problema clínico. En pacientes desdentados totales o portadores de prótesis encontramos problemas, como higiene insuficiente con el desarrollo ante todo de enfermedades micóticas como la candidiasis, excesiva reabsorción de la cresta alveolar y lesiones en la mucosa oral en casos de mala adaptación protésica, y alteraciones en la articulación temporomandibular a causa de una mala oclusión.

Con el envejecimiento se producen variaciones en la estructura de los tejidos periodontales que se expresan en la retracción gingival. El ligamento periodontal se presenta atrófico, en especial cuando el diente está en desoclusión. Estos cambios contribuyen a la susceptibilidad periodontal del paciente de edad avanzada.¹⁸

Se ha reportado que el 17.2% de los adultos mayores de 60 a 64 años presentan edentulismo, lo cual se va incrementando con el paso de los años, hasta que después de los 85 años de edad llega a ser de 50.5%. Esto debido a los malos estilos de vida asociados con una nutrición deficiente aunado con un autocuidado deficiente son factores que deben ser considerados en la etiopatología de la morbilidad dental de los adultos mayores.¹⁷

Muchos ancianos mantienen una vida activa en la que adoptan nuevas actividades, las que a menudo desarrollan con gran entusiasmo. Desean no ser tratados como “viejos y cada vez son más los que anhelan una dentadura de buena presencia y funcionalidad. Gran parte de ellos demuestra especial interés ante medidas para el

mantenimiento de la salud, ya que ven en ellos mismos o en su entorno el problema de su deterioro. Por tal razón, también están a menudo dispuestos a invertir su dinero en tratamientos restauradores o en prevención. Sin embargo, también existe un creciente aumento de ancianos de bajos recursos, limitando sus posibilidades de invertir en costosos tratamientos dentales. Igualmente encontramos un preocupante número de personas de edad erróneamente persuadidas de la idea de que la pérdida de los dientes y los cambios físicos y nutricionales que acarrea este hecho es parte inevitable del envejecimiento.

Debido a estas creencias visitan al odontólogo sólo cuando hay presencia de dolor y sus expectativas de tratamiento sólo contemplan el alivio de éste. Esto representa una gran barrera para una apropiada prevención.

2.4.1 Envejecimiento fisiológico de la cavidad oral

El envejecimiento oral es lento y en ocasiones suele pasar desapercibido por otras personas. Sólo cuando se han perdido dientes sin una rehabilitación adecuada, es cuando se observa una apariencia envejecida.¹⁷

Los cambios en la cavidad oral ocurren de acuerdo con el envejecimiento de la persona. Es difícil distinguir los cambios fisiológicos del envejecimiento, de los problemas subclínicos de la enfermedad. Por lo tanto las modificaciones orales pueden ser consecuencia del envejecimiento propiamente dicho o bien como consecuencia de la acumulación de factores internos fisiológico que no provocan enfermedades sin embargo inducen a cambios funcionales y estructurales.¹⁸

Los dientes cambian de color con el envejecimiento se tornan amarillentos o marrones. Los adultos mayores pueden presentar enfermedad periodontal, caries, problemas en a oclusión, dolor en la articulación temporomandibular dificultad para masticar.¹⁹

2.4.2 Problema bucal.

Un problema bucal se puede definir como toda aquella alteración de cualquier órgano o tejido, blando duro, dentro de la cavidad bucal (labios, carrillos, piso de boca, lengua, encía, paladar, istmo de la fauces y dientes) o en su periferia (zona perilabial, músculos de la masticación, hueso hioides, cara y cuello) que limite la actividad mermando la nutrición, comunicación, expresión, aparezcan molestias o dolor etc. En una palabra que deterioren la calidad de vida.²⁰

2.4.3 Caries radicular y coronal

Caries coronal. Clínicamente se observa una zona de color marrón o café oscura con destrucción, cavitación y presencia de tejido reblandecido en la corona del diente, se inicia en el esmalte y se continúa con la dentina.

Caries radicular. Se observa una zona de cavitación y reblandecimiento de color marrón o café, en este caso en la raíz del diente. Se produce en la línea de unión corona/raíz para avanzar a la dentina radicular y es secundaria a la exposición bucal del cemento por retracción gingival fisiológica por envejecimiento o por enfermedad periodontal previa.

2.4.4 Edentulismo

Se define como la pérdida de órganos dentarios y puede ser parcial o total, se presenta en un 90% de los adultos mayores en México y suele ser manifestaciones de distintas enfermedades sistémicas, afecta a la dentadura y su estructura, número, tamaño y morfología de los dientes. Los principales padecimientos responsables son la caries dental y la enfermedad periodontal.²⁰

2.4.5 Candidiasis Bucal

Es frecuente en pacientes ancianos con trastornos médicos y con estados de inmunosupresión, los siguientes son factores de riesgo: uso de quimioterapia, radioterapia de cabeza y cuello, leucemia, infección por VIH, diabetes mellitus, malnutrición, uso crónico de antibióticos, uso de prótesis bucales desajustadas y xerostomía.

La candidiasis bucal adopta distintas formas de presentación: La pseudomembranosa aguda o crónica se caracteriza por placas blanquecinas que pueden desprenderse mediante raspado con lo que queda expuesta una base eritematosa, suele aparecer en la mucosa de los labios, del paladar, de lengua y de orofaringe. En la mayoría de los casos es asintomática, aunque en otras ocasiones puede haber sensación de lengua algodonosa, halitosis, dolor no ardor durante la masticación y disfagia. La eritematosa o atrófica aguda o crónica también llamada estomatitis subprotésica se caracteriza por lesiones en mucosa con eritema difuso sin placas blanquecinas es dolorosa y localizada, con frecuencia debajo de la prótesis dental. La queilitis angular, se caracteriza por un enrojecimiento intenso de las comisuras labiales, con aparición de fisuras dolorosas a la apertura bucal y formación de costras.²⁰

2.4.6 Enfermedad Periodontal

Es una condición frecuente en la población en general. Afecta a los tejidos que componen la estructura dental de apoyo: encía, cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar. Incluye a las manifestaciones gingivitis y periodontitis, esta se distinguen entre sí por la presencia de daño al hueso alveolar en la periodontitis, pero no en la gingivitis.

La enfermedad periodontal se ha asociado con enfermedad cardiovascular, descontrol metabólico de la diabetes mellitus, retraso en la cicatrización de heridas bucales y neumonía por aspiración, es por ello la importancia de su detección y tratamiento oportuno.

2.4.6.1 Enfermedad periodontal y su relación con trastornos cerebrovasculares.

Las bacterias periodontales se consideran un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares tales como: cardiopatía isquémica crónica, infarto al miocardio, evento cerebrovascular, hipertensión arterial, aterosclerosis y enfermedad vascular periférica, además de asociarse con eventos cerebrovasculares.

2.4.6.2 Enfermedad periodontal y su relación con diabetes mellitus.

El periodonto es un órgano altamente vascularizado, como consecuencia, los cambios por daño microvascular que se realizan en este órgano, son directamente proporcionales al daño crónico en el resto del organismo debido a descontrol metabólico, por lo que se debe de identificar y relacionar a la enfermedad periodontal como un factor de riesgo para no lograr un control metabólico óptimo en pacientes con diabetes mellitus.

2.4.6.3 Enfermedad periodontal y su relación con la neumonía intrahospitalaria.

La principal puerta de entrada de los microorganismos al pulmón es la cavidad bucal, siendo un factor de riesgo importante la higiene dental deficiente y la enfermedad periodontal. En la cavidad bucal de un paciente intubado los microorganismos se encuentran adheridos con mayor frecuencia a la lengua y el paladar. Por lo tanto es importante la limpieza mecánica de la lengua y el paladar para ayudar a prevenir la neumonía por aspiración.

2.4.6.4 Enfermedad periodontal y su relación con enfermedad obstructiva crónica.

La enfermedad periodontal esta asociada con un incremento en el riesgo de padecer EPOC hasta un 50% más en comparación con los pacientes que no la presentan esto es asociado a la relación que existe entre una mala salud periodontal, un cuidado dental deficiente y un pobre conocimiento de la salud oral con un mayor riesgo de presentar exacerbaciones de EPOC.

2.4.7 Xerostomía sistémica (no asociada a fármacos)

La xerostomía es la manifestación clínica más común de las disfunciones salivales y consiste en una disminución del flujo salival, denominada también boca seca o hiposalivación. Sus principales consecuencias negativas son: disminución el sentido del gusto, dificultad en la masticación, alteración en los patrones de alimentación, incapacidad para deglutir, riesgo de desnutrición en el paciente geriátrico, presencia de úlceras bucales, inflamación, caries radicular, candidiasis, dificultad para la permanencia de las prótesis dentales y dolor de las glándulas salivales, favorece el crecimiento bacteriano.²⁰

2.4.8 Cáncer de la cavidad bucal

El proceso de envejecimiento, la exposición a factores oncogénicos en la cavidad bucal (ej. Tabaco, alcohol, exposición a la radiación ultravioleta, etc.) Son factores de riesgo a desarrollar lesiones potencialmente malignas o cáncer en cavidad bucal.

El cáncer bucal supone el 4% de todos los cánceres del organismo. En esta localización el más común es el de labio y lengua, donde el carcinoma epidermoide ocupa el 90% de los casos, otros menos comunes son el carcinoma verrugoso, carcinoma de células fusiformes melanoma y adenocarcinoma. El cáncer de lengua y labio se presenta como lesiones ulcerativas o xerofíticas normalmente dolorosas. El método más efectivo para combatirlo es la detección temprana.

2.4.9 Manifestaciones bucales inducidas por fármacos

Existen reacciones adversas y complicaciones orales por el uso de medicamentos. Los efectos adversos que implican a la cavidad bucal, incluyen un 79% de los cuales los tres efectos más comunes fueron; xerostomía (80.5%), alteraciones del gusto (47.5%) y estomatitis (33.9%).²⁰

2.5 CALIDAD DE VIDA

El concepto de calidad de vida fue utilizado por primera vez por el presidente Lyndon Jonson en 1964. Se popularizó en los años 50 por un economista norteamericano, en estudios de opinión pública impuestos por la crisis económica derivada de la II Guerra Mundial relacionada con el análisis sobre los consumidores.²¹

En 1977 este término se convirtió en categoría de búsqueda en el Index Medicus y en palabra clave en el sistema Medline sin embargo se hizo popular entre los investigadores de la salud en la década de los años 80.²¹

La calidad de vida equivale a la calidad de nuestro envejecimiento; es elegible en la medida en que elegibles son individual y socio-culturalmente las condiciones en que vivimos, nuestras actitudes y nuestras formas de comportarnos. Resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos.

Donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, socio psicológica, cultural y política) que interactúan con él.

El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo; el grado de realización de sus aspiraciones personales y la percepción que él o la población tenga en sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos. De acuerdo a Dulcey y col. El concepto de bienestar subjetivo y satisfacción con la vida en la vejez es criterio de envejecimiento exitoso.¹

Felcey y Perry²² hallaron tres conceptualizaciones que retroalimentaron con una cuarta, así:

- 1) Como la calidad de las condiciones de vida de una persona;
- 2) la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales;
- 3) la combinación de componentes objetivos y subjetivos es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que esta experimenta;
- 4) Y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales”.²³

La OMS en 1994 define “calidad de vida” como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y las relaciones con las características sobresalientes del entorno.²⁴

Por lo tanto la calidad de vida en adultos mayores involucra la relación estrecha entre años de vida saludable y la esperanza de vida, en tanto, se puede expresar como la relación inversa entre calidad de vida y expectativa de incapacidad (a mayor calidad de vida menor discapacidad).

De esta manera los adultos mayores tienen calidad de vida si gozan de tranquilidad y paz en su día a día. Si son cuidados y protegidos por sus familiares.

Si viven con dignidad, afecto, respeto en sus bienes y persona, apoyándole en sus propósitos para lograr las metas que se proponen.

Si ejercen su derecho a la libertad de expresión, y comunicación en todas las decisiones que se relacionen con él.⁵

2.5.1 Determinantes de la calidad de vida en el adulto mayor

Dentro de las determinantes, como variables más significativas podemos mencionar: las relaciones familiares y apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica.²⁵

A pesar de los aspectos subjetivos y la gran variabilidad entre poblaciones, hay algunos factores que permanecen constantes, entre ellos el soporte social, como en un elemento que favorece la calidad de vida independiente de la fuente de donde provenga.

Se ha sugerido que la calidad de vida en general puede variar de acuerdo a la edad el sexo, la condición de salud y la residencia; aunque los factores socioeconómicos y la escolaridad son elementos de importancia, y no del todo determinantes para la calidad de vida de los ancianos.

Aspectos relacionados con la salud, cualquier enfermedad en general afecta la calidad de vida y en mayor medida los problemas de salud mental: desórdenes de ansiedad, depresivos y afectivos.²⁶

2.5.2 Calidad de vida relacionada con la salud oral

Según la OMS la relación entre salud bucal y calidad de vida, se define como: “La percepción que tiene el individuo del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal en el desempeño de las actividades diarias, teniendo en cuenta sus circunstancias presentes y pasadas, sus

implicaciones en el cuidado, expectativas y paradigmas acorde al sistema de valores del contexto sociocultural".³

Calidad de vida es una expresión de carácter subjetivo; asociada con la personalidad de cada persona, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva basada en sus vivencias, salud e interacción social y ambiental y en general a múltiples factores.²⁷

La OMS define la salud bucodental como la usencia de enfermedades y trastornos que comprometen boca, cavidad bucal y dientes, como cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental, dolor orofacial crónico, entre otros.²⁸

La salud bucal es un elemento importante de la salud general y de la calidad de vida de los individuos.

Las alteraciones de la calidad bucal pueden limitar el desempeño de las actividades diarias, a nivel laboral y en el hogar de ahí que el impacto psicosocial de los problemas bucales puedan perjudicar sus estilos de vida. Así mismo, algunas condiciones sistémicas aumentan los factores de riesgo asociados a manifestaciones bucales que pueden presentarse en cualquier etapa de la vida, y se incrementan con la edad.

La capacidad regenerativa del cuerpo disminuye en la tercera edad, que es cuando llega a un proceso de desgaste en el que sobrevienen enfermedades crónicas.

El proceso de envejecimiento produce en la cavidad oral una serie de cambios graduales, irreversibles y acumulativos, los que origina en ella una mayor vulnerabilidad a los agentes traumáticos e infecciosos.

La mayor correlación entre las condiciones bucales y las enfermedades crónicas no transmisibles son principalmente el resultado de factores de riesgo comunes, como

la salud bucal deficiente de los adultos mayores, la cual esta generalmente acompañada por una mala salud general que afecta su calidad de vida.

En otro aspecto, los adultos mayores siguen aceptando que el deterioro bucal del aparato masticatorio es un proceso inevitable e irreversible del envejecimiento, lo que causa el descuido de su salud bucal y afecta su bienestar.²⁹

La salud bucal es un elemento importante de la salud en general y la calidad de vida de los adultos mayores. La masticación, la deglución y la fonación son funciones de la cavidad bucal; la cual permite hablar, sonreír, besar, tocar, oler, degustar, por lo tanto si existen alteraciones en boca pueden limitar el desempeño de ciertas actividades cotidianas.

Por lo cual una salud bucal deficiente en los adultos mayores; la mayoría de las veces se encuentra acompañada por una salud general deficiente.

Son múltiples las condiciones que pueden repercutir de forma directa o indirecta sobre la salud oral y comprometer la integridad del individuo; asimismo, las patologías orales como la enfermedad periodontal, la caries, el cáncer oral, las infecciones orales, el edentulismo las rehabilitaciones orales en mal estado, también afectan las condiciones sistémicas crónicas en las personas mayores.

Son diversas las enfermedades que presentan manifestaciones nivel de la salud bucal, entre ellas la diabetes, la cual se asocia con enfermedad periodontal, caries, xerostomía, candidiasis oral, susceptibilidad a la infección y pérdida dental; el hipertiroidismo, asociado con alteraciones como la osteoporosis mandibular y maxilar.³⁰

Entre las manifestaciones bucales, se incluyen agrandamiento de los maxilares y separación de los dientes por hipertrofia alveolar e hiperplasia condilar.

También se observa engrosamiento de la mucosa bucal, aumento del tejido de las glándulas salivales, macroglosia, labios prominentes, síndrome de dolor por disfunción miofacial y anomalías del lenguaje concomitantes a esta. Otra condición sistémica es la cirrosis hepática, que perjudica la cavidad oral y representa la novena causa de muerte en la población de 64 a 74 años; produce disminución del gusto y del olfato, lo que puede influir notablemente en la nutrición.³¹

Las enfermedades crónico degenerativas de huesos y articulaciones se relacionan, probablemente con desórdenes a nivel de la articulación temporomandibular, entre ellos la osteoartritis, artritis reumatoide o dolor miofacial, que padece cerca del 50% de las personas de la tercera edad.³²

Entre los trastornos sistémicos crónicos de carácter musculo- esquelético que se asocian a alteraciones orales, se encuentran la osteopenia y la osteoporosis, la artritis reumatoide, el lupus eritematoso y la enfermedad de Piaget, trastornos que se encuentran asociados con un factor de riesgo que produce la pérdida del soporte óseo a nivel de las estructuras dentales.²⁶

La artritis reumatoide y el síndrome de Sjögren a nivel de cavidad bucal causan xerostomía de las glándulas salivales y lagrimales, lo que genera dificultades para comer y para hablar. Los desórdenes cardiovasculares y neuropsiquiátricos también se asocian con manifestaciones como la xerostomía.²⁶

La estomatología geriátrica aborda todo aquello relacionado con las afecciones bucales, condiciones crónicas y planes terapéuticos.³²

2.5.3 Geriatric/ General Oral Health Assessment index (GOHAI)

El Índice de salud oral geriátrico mide los problemas funcionales de salud bucal reportados en adultos mayores.

En el artículo principal acerca de los instrumentos Montes-Cruz Ch. (2014, pp111-119), nombra que el instrumento para el índice general de evaluación de salud oral, llamado también GOHAI fue descrito por Atchison y Dolan en 1990, el cual es basado en tres parámetros principales como son:

- 1) autoevaluación de la salud oral,
- 2) variación de los escalones de salud oral entre pacientes y
- 3) la autopercepción se identifico como predictora de la salud bucodental.

El GOHAI consiste en un cuestionario de 12 preguntas que evalúa los problemas relacionados con la salud bucodental, como lo es la dificultad para masticar, tragar, las relaciones sociales, el dolor y la incomodidad. Actualmente existen versiones del GOHAI para España, China, Francia, Suecia, Malasia, Japón, Alemania, Turquía, Jordania y, recientemente, México.³³

Estos reactivos reflejan los problemas que afectan a las personas en tres grupos:

1. Masticación, deglución y habla que corresponden a la *función física*.
2. Preocupación por la salud bucal, insatisfacción por su apariencia y limitación de su contacto con la sociedad, que corresponde a la *función psicosocial*.
3. El uso de medicamentos para aliviar el dolor o incomodidad en la cavidad oral que corresponde a *dolor e incomodidad*.³⁴

3. ANTECEDENTES

En México, la prevención en salud es deficiente, se dispone de estrategias eficaces capaces de disminuir la caries y la enfermedad periodontal que son las principales causas asociadas a la pérdida dental.

La promoción de salud bucal no se lleva a cabo de una manera eficaz en nuestro país. Lo que ocasiona que haya un mayor número de restauraciones, tratamientos periodontales, endodónticos, extracciones y rehabilitación protésica.

Por lo cual es de suma importancia la prevención y promoción en salud oral desde nivel básico escolar, para que en el trayecto de vida de la población en general disminuyan las enfermedades relacionadas con la cavidad oral y de esta manera se tenga mayor calidad de vida al llegar a la vejez.

La SIVEPAB (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales), nos permite analizar algunos indicadores que resultan determinantes en la población de adultos mayores.³⁵

El HIOS obtenido por la SIVEPAB en México en 2016 fue que 66.3% presentaban detritos o cálculo sobre los dientes. Y que los adultos mayores de 80 años solo el 8.7% presentaba edentulismo. Estas cifras son inferiores a la encontradas por otros investigadores en el país esto quizá se deba al tipo de población en los estudios (población usuaria de los servicios de salud).³⁵

Así mismo la SIVEPAB encontró que quienes manifestaron mayor grado de escolaridad tenían más dientes permanentes presentes.

Para determinar el estado dental se calculó el índice CPOD fue de 12.7, de los cuales el 6.6 correspondió a cariados, 3.3 a perdidos y 2.8 obturados. El 56.7% presentó un signo de enfermedad periodontal, el porcentaje de pacientes con periodonto sano disminuye con la edad.³⁵

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estado de salud bucal de la población de adultos mayores, se encuentra determinado por diferentes factores como el medio ambiente, nivel socioeconómico, estilo de vida, red de apoyo familiar, biología humana y el sistema de asistencia sanitaria. Los adultos mayores en la mayoría de los casos tienen dificultad para acceder a servicios de salud; ya sea porque no cuentan con él o bien no disponen de los medios para llegar a ellos. La falta de hábitos de higiene oral, una dieta inadecuada, y algunas enfermedades contribuyen a mantener condiciones favorables para el desarrollo de enfermedades orales.

En el adulto mayor, la falta de dientes y ausencia de prótesis dental, tienen una relación directa con la salud, debido a que, al realizar inadecuadamente la función masticatoria, se originan trastornos de la nutrición, y no les permite socializar de una manera adecuada, bien por no poder hablar bien o por temor. Además, se afecta la autorrealización, se genera baja autoestima, y se ve implicada la calidad de vida relacionada con la salud. Así pues los adultos mayores presentan malestar psicológico, dolor físico (molestias al comer) e incapacidad física (realizar actividades diarias), debido al mal estado oral con el que viven.

La salud bucal forma parte integral de la salud general de todas las personas y no se puede ver simplemente como un problema de dientes, por tal razón sin su conservación, recuperación y mejoramiento no es factible alcanzar un nivel adecuado de salud general, ya que las enfermedades orales están asociadas con las enfermedades generales.

Por lo anterior expuesto surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el efecto del estado de salud bucodental en relación con la calidad de vida de los adultos mayores que pertenecen al programa "El médico en tu casa" de un centro de salud de la Cd. Mx?

5. JUSTIFICACIÓN

La población de adultos mayores ha ido en aumento y requieren atención médica integral ya que la mayoría presenta enfermedades crónico-degenerativas que por diferentes factores perjudican su salud bucal y esta de manera inherente su calidad de vida, ya que no se alimentan de manera adecuada como consecuencia de la pérdida dental o por prótesis mal ajustadas y afectan su estado de anímico.

Por lo cual es importante poder generar estrategias efectivas de prevención, intervención y control en la población de adultos mayores y detectar sus necesidades es primordial para que el impacto de los programas de salud sea considerable, para mejorar la calidad de vida de esta población.

Es por ello que, el análisis de la información extraída de los cuestionarios aplicados a los adultos mayores que participaron en este estudio puede brindar información que permita conocer el estado de salud bucal de la población, y la relación que tiene con la calidad de vida y así, establecer antecedentes para el diseño de futuras estrategias de promoción y educación para la salud de la población en general y de todos los servicios de salud; ya que en un futuro formaremos parte de este grupo de adultos mayores y así mejorar la calidad de vida para tener un envejecimiento exitoso.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el efecto del estado de salud bucodental en relación con la calidad de vida de los adultos mayores que pertenecen al programa "El médico en tu casa" de un centro de salud de la Cd. Mx.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el estado bucal en los adultos mayores que pertenecen al programa "El médico en tu casa" de un centro de salud de la Cd. Mx, a través de indicadores clínicos para medir el estado de la dentición, estado periodontal, edentulismo, valoración de la articulación temporomandibular, el uso de prótesis y su funcionalidad y la presencia de lesiones de la mucosa bucal.
2. Determinar autopercepción del estado de salud bucal de los adultos mayores que pertenecen al programa "El médico en tu casa" de un centro de salud de la Cd. Mx. mediante la aplicación del índice GOHAI.

7. MATERIALES Y MÉTODOS

7.1 TIPO DE ESTUDIO

- Transversal

7.2 UNIVERSO DE ESTUDIO

- Población de adultos mayores que pertenecen al programa "El médico en tu casa" del centro de salud "TIII Mixcoac".

7.3 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

- Se incluyó a todos los adultos mayores pertenecientes al programa "El médico en tu casa" del centro de salud "TIII Mixcoac" que quisieran participar en el estudio.
- Debemos mencionar que parte de los adultos mayores viven en un convento por lo que sus ingresos económicos no son fijos.

7.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adultos mayores inscritos al programa "El medico en tu casa".

7.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personas que no deseen participar en el estudio.
- Adultos mayores que presenten alguna discapacidad que le impida participar en el estudio.

7.4 DEFINICIÓN OPERACIONAL Y ESCALA DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES

Variables sociodemográficas

- **Edad:** Años de vida cumplidos hasta la fecha de la entrevista. La información será obtenida en forma directa a través del interrogatorio. Se registra en años.
- **Sexo:** Condición biológica que diferencia al hombre y la mujer, y será registrado como (1) Masculino y (2) Femenino.
- **Estado Civil:** Condición social. La información se registrará como (1) Casado, (2) Soltero, (3) Viudo, (4) Divorciado
- **Lugar de nacimiento:** Lugar donde nació. Se registra como: Ciudad de México, Interior de la República Mexicana, Extranjero.
- **Sabe leer y escribir:** (1) Si (2) No (3) Solo leer (9) No hay respuesta
- **Nivel de Escolaridad:** La información se registrará como: (1) Primaria incompleta, (2) Primaria completa, (3) Secundaria, (4) Preparatoria, (5) Licenciatura o posgrado, (6) Analfabeta (7) Carrera técnica.
- **Ingreso Económico:** Cantidad monetaria que se percibe mensualmente en remuneración por actividades realizadas. Se registrará en pesos.
- **Fuente de ingreso:** (1) Pensión, (2) Hijos, (3) Trabajo actual, (4) Gasto

- **Ocupación actual:** Condición laboral de una persona. Se registrará como: (1) Pensionado, (2) Pensionado y sigue trabajando, (3) Retirado y no recibe pensión, (4) Trabaja, (5) Nunca ha trabajado, (6) Trabajo en casa, (9) No hay respuesta.

Salud autopercebida: Percepción que el adulto mayor tiene acerca de su salud en general, como afecta a sus actividades diarias y como él percibe su estado de salud con respecto a otros individuos.

Enfermedad y su impacto: Cuántas veces el adulto mayor visito al doctor y su principal motivo. Cuántos días paso hospitalizado o en cama, si presenta enfermedades diagnosticadas por el médico, que enfermedades ha presentado durante el último mes y si está en tratamiento.

Salud dental: Si el adulto mayor ha recibido atención dental en los últimos 12 meses, en que institución fue atendido y cuál fue la razón para dicha consulta.

Calidad de vida en relación con la salud bucodental: Percepción que el individuo tiene del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como el estado de los 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. Esta variable se medirá a través del Índice del Estado de Salud Bucal Geriátrico, GOHAI por sus siglas en inglés (Anexo 1).

Variables dentales

- **Uso de prótesis:** Es la utilización de cualquier aparatología protésica que sustituya los dientes y estructuras asociadas en una arcada, si es parcialmente edéntula y la prótesis se puede retirar es una prótesis removible, sino puede ser retirada de boca por usuario es una prótesis fija; y si la arcada es totalmente edéntula y la prótesis puede ser retirada por el

usuario es una prótesis total removible. La información fue obtenida por observación directa del examinador.

- **Funcionalidad de la prótesis:** Es la correcta función de la (s) prótesis de acuerdo a la estabilidad, retención, defectos y oclusión. La información se registra de acuerdo a la exploración clínica.(Anexo 5)
- **Maloclusiones.** Se refiere a las alteraciones en la oclusión y se registrará como leve o moderada
- **Articulación Temporomandibular.** Presencia de alguna alteración y se registra como normal, chasquido, bloqueo autocorrectivo, dislocación y dolor relacionado con la exploración directa.
- **Higiene oral:** Se refiere a la acumulación de placa y cálculo, usando las superficies vestibular y lingual de todos los dientes. Se registró la placa dentobacteriana según el índice de higiene oral simplificado el cual considera seis dientes para representar toda la boca. (Anexo 3)
- **Enfermedad periodontal:** Es el estado de salud periodontal y se medirá a través del Índice Periodontal Comunitario. Anexo 3
- **Estado de la dentición:** Promedio de dientes cariados, perdidos y obturados. Se registra de acuerdo al índice CPOD (anexo 4)
- **Dientes sanos.** Promedio de dientes si presencia de caries. Se registra de acuerdo al examen clínico.
- **Edentulismo:** Ausencia de todos los dientes naturales por cualquier causa (caries, enfermedad periodontal o traumatismo) en una o ambas arcadas. La información fue obtenida en el examen clínico.

7.5 METODO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se realizaron las entrevistas a los adultos mayores que pertenecen al programa "El médico en tu casa" del centro de salud TIII Mixcoac, con la finalidad de recabar datos sociodemográficos, y de utilización de los servicios de salud bucodental, estado de la dentición, (salud autopercebida, enfermedad y su impacto, salud dental, uso de prótesis y su funcionalidad, maloclusiones, alteración de la articulación temporomandibular ,IHOS, IPC, CPOD) y el índice GOHAI (The Geriatric Oral Health Assessment Index).

La recolección de la información se llevó a cabo a través de un profesional de la salud bucodental, capacitado para la recolección de los datos.

Se realizaron entrevistas domiciliarias, previa notificación telefónica de participación y firma de consentimiento informado.

El examen clínico se realizó en el domicilio de cada uno de los adultos mayores utilizando espejo plano y sonda periodontal tipo OMS.

7.6 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La información se codificó y capturó en el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 25.

7.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra estudiada a partir de los datos sociodemográficos (edad en años cumplidos a la fecha de la entrevista, sexo, nivel de estudios, estado civil, lugar de procedencia, nivel de ingresos mensuales, etc.), del estado de salud bucal, así como del GOHAI.

Se asociará el valor del GOHAI con las características socioeconómicas, presencia de enfermedades y percepción de salud oral así con las condiciones de salud oral (estado de la dentición, dientes cariados, dientes perdidos, dientes obturados, edentulismo, IHOS, IPC, uso de prótesis, estado de la ATM, y presencia de lesiones) a través de las pruebas t-student y ANOVA a un nivel de confianza del 95%.

7.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Con lo que respecta a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos y de acuerdo a los principios de Helsinki vertidos en el reglamento de la Ley General de Salud, se contará con el consentimiento informado de los sujetos a estudiar. Para seleccionarlos se utilizarán los criterios descritos, tomándose las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo a los sujetos que se examine, considerando que esta investigación se encuentra estipulado en el Título Segundo, Capítulo I, artículo 17, inciso I: Investigación sin riesgo, ya que sólo se observará el estado de salud bucal de cada sujeto y aplicación de un cuestionario. Se solicitará el consentimiento de la persona (Anexo 6) explicando claramente, que en caso de que no desee participar no tendrá ninguna repercusión, el objetivo del estudio, los procedimientos que se realizarán y que estos no tienen ningún efecto nocivo a su salud. Por ser un estudio que se contempla como investigación sin riesgo, nos acogemos al artículo 23 del mismo capítulo... “se podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formulación por escrito...”.

8. RESULTADOS

- **Perfil de la población**

Se revisó un total de 84 adultos mayores, el 23.8% (n=20) pertenecen al sexo masculino y el 76.2% (n= 64) al sexo femenino. De los cuales el 31% (n=26) corresponde a adultos mayores entre 60-70 años, el 14.3% (n=12) a adultos mayores entre 71-80 años, el 40.5% (n=34) a adultos mayores entre 81-90 años y el 14.3% (n=12) a adultos mayores entre 91-100 años.

El 20.2% (n=17) son casados, el 79.8% (n=67) son solteros, divorciados o viudos. El 59.5% vive en casa (n=50), el 40.5% viven en convento (n=34), donde el 97.6% (n=82) sabe leer y solo el 2.4% (n=2) no sabe; el 61.9% (n=52) cuenta con educación media superior y el 38.1% (n=32) con educación primaria. Así mismo el 59.5% (n=50) tiene algún tipo de ingreso económico y el 40.5% (n=34) no lo tiene. En cuanto a la presencia de alguna enfermedad crónica la totalidad de estos adultos mayores la presentan. El 45.2% (n=38) argumentó tener una salud excelente o buena, y el 54.8% (n=46) una mala salud.

La Tabla 1. Presenta la frecuencia y distribución porcentual de las características sociodemográficas, presencia de enfermedades crónicas y autopercepción de salud de los adultos mayores que conformaron la muestra en estudio.

Tabla 1. Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, presencia de enfermedades crónicas y auto percepción de salud.

	n=84	
	n	%
Sexo		
<i>Masculino</i>	20	23.8
<i>Femenino</i>	64	76.2
Edad		
60-70 años	26	31.0
71-80 años	12	14.3
81-90 años	34	40.5
91-100 años	12	14.3
Estado civil		
casado	17	20.2
Soltero/divorciado/viudo	67	79.8
	84	100.0
Lugar de residencia		
casa	50	59.5
convento/albergue	34	40.5
	84	100.0
Sabe leer y escribir		
si	82	97.6
no	2	2.4
	84	100.0
Educación		
Analfabeta y educación primaria	52	61.9
Educación media y superior	32	38.1
	84	100.0
Fuente de ingresos		
Sí	50	59.5
No	34	40.5
	84	100.0
Enfermedades crónicas		
Sí	84	100.0
No		
Auto percepción de Salud		
Excelente/buena	38	45.2
Regular/mala	46	54.8
	84	100.0

Fuente: Programa "El médico en tu casa", delegación Benito Juárez, 2018.

- **Estado de salud oral**

En la tabla 2 se pueden observar las condiciones de salud oral de los adultos mayores inscritos en el programa "El Médico en tu casa" del Centro de Salud TIII Mixcoac.

La prevalencia de edentulismo fue del 35.7 % en la población. En cuanto al estado de la dentición se observó que la media de dientes sanos fue de 8.29 ± 7.28 , dientes cariados $.70 \pm 1.868$, dientes obturados 5.62 ± 5.333 , dientes perdidos 12.67 ± 12.105 y un CPOD de 18.99 ± 8.327 .

El índice de higiene oral fue bueno para el 41.5% (n=22) de los adultos mayores, regular para el 50.9% (n=27) y deficiente solo para el 7.5% (n=4).

El estado periodontal fue de sano solo lo obtuvo el 3.6% (n=3) de la población, 7.1% (n=6) presentó cálculo y 31% (n=26) sangrado en el periodonto, el 20.2% (n=17) bolsas periodontales de 3 y 4 mm y el 1.2% (n=1) bolsas periodontales de hasta 6 o más mm.

Aunado a esto, el 54.5% (n=50) del total de la población utiliza prótesis removibles, el 12.8% (n=5) utiliza prótesis totales superiores, 23.1% (n=9) inferiores y 68.1% (n=25) ambas dentaduras. En cuanto a la funcionalidad del total de prótesis revisadas el 58.6% (n=34) son funcionales, y el 41.4 % (n=24) no lo son.

En cuanto al estado de la ATM el 57.1% (n=48) de la población presentaba una condición de normalidad, el 20.2% (n=17) chasquido, 21.4% (n=18) dolor y en menor porcentaje bloqueo autocorrectivo 1.2% (n=1).

El 44% (n=37) de la población no presentó ningún tipo de maloclusiones, el 42.9%(n=36) una maloclusión leve y el 13.1% (n=11) una maloclusión moderada.

La presencia de lesiones en boca fue baja 3.6% (n=3).

Tabla 2. Condiciones de salud oral

n=84		
	n	%
Edentulismo	30	35.7
Si	53	63.1
no		
Estado de la dentición	media	DE
Dientes sanos	8.49	7.280
Dientes cariados	.70	1.868
Dientes perdidos	12.67	12.105
Dientes obturados	5.62	5.3337
CPOD	18.99	8.327
	n	%
IHOS		
Bueno	22	41.5
Regular	27	50.9
Deficiente	4	7.5
IPC		
Sano	3	3.6
Sangrado	26	31
Calculo	6	7.1
Bolsas periodontales (3-4mm)	17	20.2
Bolsas periodontales (6 o más mm)	1	1.2

Continuación de tabla 2.

Usuaría de prótesis total (si)		
superior	5	12.8
inferior	9	23.1
ambas	25	68.1
Funcionalidad de las prótesis		
Si	34	58.6
No	24	41.4
Estado de la ATM		
normal	48	57.1
chasquido	17	20.2
bloqueo autocorrectivo	1	1.2
dolor relacionado con la ATM	18	21.4
Maloclusiones		
Ninguna	37	44
Leve	36	42.9
Moderada	11	13.1
Presencia de lesiones		
si	3	3.6
no	81	96.4

Fuente: Programa "El médico en tu casa", delegación Benito Juárez, 2018.

GOHAI

En las tablas 3 se puede observar la frecuencia y distribución del GOHAI. Así mismo en la tabla 4 se observa el porcentaje de satisfacción de los adultos mayores del Centro de Salud TIII Mixcoac con una media general del GOHAI de 44.02 ± 8.86 en la función física de 13.14 ± 8.86 , en la función psicosocial una media de 25 ± 19.5 y una media de 15 ± 11.69 para dolor e incomodidad.

Tabla 3. Frecuencia y distribución de las 12 preguntas del GOHAI.

Dimensión	pregunta	Siempre n (%)	Frecuentemente n (%)	A veces n (%)	Rara vez n (%)	Nunca n (%)
Función física	1	15 (17.9)	15 (17.9)	13 (15.5)	6(7.1)	35 (41.7)
	2	21 (25)	15 (17.9)	12 (14.3)	11(13.1)	25 (29.8)
	3	25(29.8)	12(14.3)	16(19)	8(9.5)	23(27.4)
	4	11(13.1)	6 (7.1)	10 (11.9)	17(20.2)	40 (47.6)
Función psicosocial	6	26(7.1)	6 (7.1)	11(13.1)	12 (14.3)	49(58.3)
	7	15(17.9)	18(21.4)	11 (13.1)	16(19)	24 (28.6)
	9	2(3.4)	6 (7.1)	16(19)	25(29.8)	36 (42.9)
	10	1 (1.2)	2 (2.2)	10 (10.9)	5 (5.4)	72 (78.3)
Dolor e incomodidad	11	10 (11.9)	5 (6.0)	7 (8.3)	14 (16.7)	48 (57.1)
	5	9 (10.7)	15 (17.9)	17 (20.2)	17 (20.2)	26 (31.0)
	8	1 (1.2)	0	9 (10.7)	40 (47.6)	34 (40.5)
	12	2 (2.4)	8 (9.5)	11 (13.1)	30 (35.7)	33 (39.3)

Fuente: Programa "El médico en tu casa", delegación Benito Juárez, 2018.

Tabla 4. Media y desviación estándar del porcentaje de satisfacción del GOHAI y sus dimensiones.

	media	DE
GOHAI media (DE)	44.02	8.862
<i>Dimensiones</i>		
Función física media (DE)	13.14	4.701
Función psicosocial media (DE)	25	19.5
Dolor e incomodidad media (DE)	15	11.69

Fuente: Programa "El médico en tu casa", delegación Benito Juárez, 2018.

En la tabla 5. Se compararon las medias del GOHAI y las variables sociodemográficas, solo se encontraron diferencias estadísticas significativas en los grupos de edad observando así que a mayor edad (90-100 años) menor GOHAI (38.75 ± 11.50), en el nivel de escolaridad observamos que las personas con educación media y superior tiene mayor GOHAI (47.84 ± 7.89); y por último que la autopercepción de salud excelente o buena tiene mayor GOHAI (46.89 ± 8.35).

Tabla 5. Media (DE) del GOHAI de acuerdo a las características sociodemográficas, presencia de enfermedades y percepción de salud.

	n= 84	
	GOHAI media(DE)	valor de p
Edad		
60-69 años	48.54 (6.46)	
70-79 años	47.33 (6.28)	0.001**
80-89 años	41.26(8.40)	
90-100 años	38.75 (11.50)	
Estado civil		
casado	53.50 (5.68)	
Soltero/divorciado	51.46(9.22)	0.155*
viudo	51.43(9.06)	
Lugar de residencia		
Casa	43.66 (9.23)	0.937*
Convento	44.12 (8.340)	
Sabe leer y escribir		
Si	44.29 (8.72)	0.075*
no	33 (9.89)	
Escolaridad		
Analfabeta/educación primaria	41.67 (8.66)	0.02*
Educación media y superior	47.84(7.89)	
Fuente de ingresos		
Si	45.62(8.96)	
no	42.94(8.71)	0.176*
Enfermedades crónicas		
Sí	100	--
Autopercepción de salud		
Excelente/buena	46.89 (8.35)	0.006*
Regular/mala	41.65(8.64)	

Fuente: Programa "El médico en tu casa", delegación Benito Juárez, 2018.

** Anova *t-student

Así mismo se compararon las medias del GOHAI y las condiciones de salud oral (tabla 6). Para las variables de dientes sanos, dientes cariados, obturados y perdidos se tomó como punto de corte el percentil 50. Se observaron diferencias estadísticas significativas para la variable de dientes sanos teniendo que a mayor número de dientes sanos mayor GOHAI (48.90 ± 6.56), a su vez la variable de dientes cariados nos muestra que una mayor número de dientes cariados menor GOHAI (42.89 ± 8.85). En lo que respecta a la variable de dientes perdidos cuando se presenta mayor pérdida dental el índice GOHAI (39.05 ± 8.21) es menor, lo mismo sucede con la variable de dientes obturados a mayor número de dientes obturados menor GOHAI (38.79 ± 8.01).

Por otra parte las personas que presentan edentulismo tienen menor GOHAI (37.50 ± 7.056) y aquellas con un IPC sano un mayor GOHAI (54 ± 4.35), por último los adultos mayores con prótesis funcionales presentaron mayor GOHAI (53.70 ± 5.85).

Con lo que respecta al estado de la ATM se observó mayor GOHAI (51.30 ± 9.09) cuando el estado de la ATM es normal y menor GOHAI (32.00) cuando existe dolor relacionado con la ATM. Así mismo cuando no existe maloclusión el GOHAI 47.16 ± 7.83 es mayor.

Tabla 6. Media (DE) del GOHAI de acuerdo a las condiciones de salud oral.

	GOHAI	
Estado de la dentición	Media (DE)	valor de p
Dientes sanos		
>9	48.90(6.56)	<0.001*
≤9	39.37(8.28)	
Dientes cariados		
0	47.89(7.91)	.030*
≥2	42.89(8.85)	
Dientes perdidos		
≤13	48.77(6.61)	<0.001*
>13	39.05(8.21)	
Dientes obturados		
≤5	49.51(5.92)	<0.001*
>5	38.79 (8.01)	
Edentulismo		
Si	37.50(7.56)	<0.001*
no	47.65(7.36)	
IHOS		
Buena	49.50(6.90)	.098**
Regular	47.74 (6.43)	
Deficiente	41.75 (4.19)	
IPC		
Sano	54 (4.35)	<0.001**
Sangrado	48.62 (7.26)	
Calculo	48.67 (6.37)	
Bolsas periodontales (3-4mm)	47.29(5.67)	
Bolsas periodontales (6 o más mm)	36 (0)	
Usaria de prótesis removible		
Si	51.77 (8.06)	.433*
No	50.90 (8.98)	
Usaria de prótesis total		
superior	45.60 (7.60)	.082**
inferior	45.33 (8.80)	
ambas	39.20 (7.86)	

Continuación tabla 6

Estado de la ATM		
normal	51.30 (9.09)	
chasquido	52.58 (8.24)	.014**
bloqueo autocorrectivo	53.00 (4.58)	
dislocación de la ATM	46.50 (19.09)	
dolor relacionado con la ATM	32.00 (0)	
Maloclusiones		
Ninguna	47.16 (7.83)	.005**
Leve	40.61 (8.88)	
Moderada	44.64 (8.72)	
Presencia de lesiones		
si	36 (9.84)	.111*
no	44.32 (8.74)	

**ANOVA

*t-student

Fuente: Programa "El médico en tu casa", delegación Benito Juárez, 2018.

9. DISCUSIÓN

Antes de iniciar la discusión es importante resaltar que estos resultados son el reflejo de un grupo de pacientes pertenecientes al programa "El médico en casa". Estos pacientes tienen características muy particulares entre las que se encuentran: ser adultos mayores que no pueden trasladarse al centro de salud, que presentan alguna discapacidad, postrados o en etapa terminal.

En años anteriores los adultos mayores formaban una pequeña parte de la población, por lo que no existía un estudio y solución a sus problemas, sin embargo a través del tiempo esta parte de la población ha ido en aumento lo que obliga a encontrar soluciones sobre los problemas que los aquejan. Llegar a la vejez o ser un adulto mayor no es una enfermedad pero las características de esta población conllevan a una mayor morbilidad, pues las afecciones se hacen presentes y recae la importancia en los factores psicológicos, sociales y de salud, ya que disminuye su capacidad para adaptarse al medio.³⁶

Los adultos mayores se encuentran en un estado de vulnerabilidad por las condiciones económicas sociales y culturales que viven día a día.³⁹ Los factores que determinan la calidad de vida en la vejez son principalmente el apoyo familiar, las relaciones afectivas, la salud, etc. Es indispensable el apoyo familiar ya que les ayuda a lidiar con sus problemas emocionales y con las enfermedades que padecen.³⁷

Tomando en cuenta que los adultos mayores viven en la delegación Benito Juárez donde el nivel económico y educativo es mejor en comparación a otras delegaciones; no los exime de ser afectados en su calidad de vida al llegar al envejecimiento. Los adultos mayores que pertenecen al programa no pueden trasladarse al centro de salud por lo cual reciben atención médica en su domicilio y presentan enfermedades crónicas degenerativas que afectan de manera directa su salud bucal. Dentro de las enfermedades que padecen podemos mencionar

diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, gonartrosis, insuficiencia venosa periférica, secuelas de EVC, osteoartritis, escoliosis, secuelas de fractura de cadera, glaucoma, artritis reumatoide, cataratas, lumbalgia crónica, secuelas de poliomielitis, síndrome metabólico, alteración de la marcha y Parkinson.

El 54.8% de los adultos mayores percibe una salud regular o mala, esto a causa de las enfermedades que padecen, el tratamiento que llevan y las limitantes que esto conlleva en sus actividades diarias de como perciben la vida en su vejez y como es que se ven en comparación de otros adultos de su misma edad.

Según los resultados de este estudio, la mayoría de los adultos mayores que pertenecen al programa son del sexo femenino (concepto conocido como la feminización del envejecimiento),⁷ ya que las mujeres llegan a vivir más que los hombres y que menos de la mitad de los adultos mayores entrevistados (47.84%) tiene un nivel de estudios medio superior; lo cual es reflejado en su nivel económico lo que podría limitar el mantenimiento y la satisfacción de sus necesidades básicas como alimentación, salud y vivienda. Es importante mencionar que los adultos mayores entrevistados que viven en un convento no tienen ningún tipo de ingreso económico fijo, su educación es básica y para los adultos mayores que viven en casa de igual manera los logros educacionales y sus conocimientos son deficientes lo que provoca un salario bajo y un ahorro deficiente que a través de los años trae consigo desventajas económicas y sociales que se traducen en desigualdad en la vejez.^{38, 39}

Para mantener un buen estado de salud son importantes tanto el nivel cultural como el estado socioeconómico, por lo que desde la etapa de adulto joven se debe prever y proveer de los cuidados necesarios para tener una buena calidad de vida en la vejez.

La importancia que le dan los adultos mayores al estado de su boca está relacionada principalmente con la alimentación y secundariamente con la manera en que pueden desenvolverse ante la sociedad.

La caries dental y la enfermedad periodontal son las enfermedades de mayor frecuencia entre los grupos menos favorecidos.⁴⁰ Los resultados de este estudio coinciden con la literatura⁴¹ ya que más de la mitad de los adultos mayores ha perdido por lo menos un diente (en promedio 12 dientes extraídos), lo que plantea una rehabilitación protésica que en muchas ocasiones no se lleva a cabo porque los servicios de salud no lo contemplan dentro de sus tratamientos y esto provoca que el adulto mayor no se rehabilite; sin embargo es importante recordar que la odontología tiene otros recursos para resolver los problemas de caries o enfermedad periodontal, pero dadas las limitaciones del grupo de adultos mayores ya sea por economía o bien desconocimiento cultural de las personas entrevistadas lo inevitable es la pérdida dental.

Por otra parte los adultos mayores que han sido rehabilitados en alguna etapa de su vida, con el paso del tiempo los dientes pueden verse afectados por las obturaciones mal ajustadas o técnica de higiene oral deficiente, con sangrado periodontal, añadiendo además el deterioro normal del organismo que repercutirá en el estado bucal del adulto mayor.

El uso de prótesis dentales en la etapa del adulto mayor es muy común, sin embargo, si estas prótesis no son funcionales pueden provocar lesiones en la mucosa oral que pueden evolucionar de forma aguda o crónica y su etiología puede ser de carácter físico, químico e incluso microbiológico, por ejemplo debida al traumatismo de un mal ajuste o diseño que no consigue transmitir de forma homogénea las fuerzas oclusales. En otras ocasiones serán los elementos químicos que componen los diferentes elementos protéticos los responsables de reacciones mucosas, tanto por restos de monómero libre o por los diferentes metales que los componen, otro factor involucrado serán las condiciones nuevas en la microflora

que pueden aparecer a partir de esta nueva situación, en la que introducimos en la cavidad oral elementos ajenos a ella. En el presente estudio, la mayoría los adultos mayores que utilizan prótesis removible no son funcionales, lo que les genera dolor y una inadecuada alimentación, al contrario de los adultos mayores que utilizan prótesis fija las cuales si son funcionales.

Se han realizado diferentes estudios, tanto en la CDMX como en otros países, relacionando la calidad de vida que tienen los adultos mayores con el estado de salud oral que manifiestan.⁴⁰

En este estudio se encontró que el GOHAI tuvo un valor de 44.2% lo que indica que más de la mitad de los adultos mayores no tienen una buena calidad de vida. El impacto en la calidad de vida que perciben los adultos mayores de este estudio se debe a varios factores como la edad y el nivel de escolaridad, ya que con forme avanza da edad y a menor escolaridad el impacto en la calidad de vida es mayor.

La calidad de vida se ve modificada por la edad, nivel socioeconómico, los cuales se encuentran asociados con la pérdida dental, manifestándose de manera diferente en la percepción, autoestima e imagen corporal.⁴²

Así mismo el nivel de escolaridad es un factor que repercute en la calidad de vida.⁴³ Entre los adultos mayores el nivel de escolaridad más frecuente es la primaria completa, dejándolos en desventaja tanto en capitales culturales como en lo económico, lo que se ve reflejado en su calidad de vida y en su salud.

El estado de la dentición y el estado periodontal es otro factor de suma importancia, los adultos mayores que tienen más dientes sanos, menos obturaciones, que presentan un periodonto sano, tienen una mejor percepción de calidad de vida. Los adultos mayores que presentan características contrarias a las antes mencionadas presentan incapacidad para la masticación, deglución, fonación, así mismo les impide relacionarse socialmente, lo que afecta de manera directa su calidad de vida.

Como se menciona la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (NHANESIII), las prótesis mal diseñadas provocan dificultades para comer, hablar y sonreír.³⁹

Dentro de este estudio la función psicosocial fue la más afectada(25±19.5), ya que los adultos mayores refieren sentirse incómodos al tener que comer frente a otras personas y al mirarse al espejo no se sienten bien al ver el estado de sus dientes. La autoestima es un factor que impacta en la calidad de vida, si un adulto mayor no se siente cómodo con su apariencia bucal entonces evitará el contacto con los familiares y amigos. Uno de los aspectos que más disfruta el adulto mayor es el degustar alimentos y muchas veces esto se ve deteriorado, reducido o evitado porque su función masticatoria es deficiente aunado al aislamiento muchas veces por vergüenza a que se le desalojen las prótesis. Para que el adulto mayor tenga una calidad de vida digna se debe conjugar el bienestar físico, social y emocional.¹⁸

10. CONCLUSIONES.

Todos los seres humanos tenemos el derecho inherente a la salud y dentro de este contexto se encuentra la salud bucal del individuo y del grupo social al cual pertenece. Debemos recordar que los problemas bucales no son causa inmediata de muerte, sin embargo provocan dolor y sufrimiento, creando desventajas y limitaciones sociales y funcionales, involucrando el componente psicológico y estético. Es por esto que la cavidad bucal conlleva determinantes sociales, culturales y económicos que al enlazarse como sociedad, la salud general incluyendo la bucal es un reto de salud pública.

El estado de salud bucal de los adultos mayores (mayoría de sexo femenino (76.2%) que pertenecen al programa "El médico en tu casa" no es el ideal; sin embargo, debemos considerar que presentan enfermedades crónicas y esto conlleva a un deterioro de la cavidad oral, ya sea por las manifestaciones sistémicas, el medicamento o la incapacidad para tener una higiene adecuada.

El (35.7% son edéntulos) en donde el 41.4% de los pacientes presentan prótesis no funcionales y el 21.4% dolor relacionado con la articulación temporomandibular, lo que repercute en su manera de vivir, teniendo que modificar cosas tan básicas como la alimentación.

En esta investigación se confirma la influencia de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores pertenecientes al programa "El médico en tu casa".

La función psicosocial fue la más afectada lo cual indica implicaciones importantes en la realización de sus actividades cotidianas y una comunicación social adecuada.

Las necesidades de salud bucal en los adultos mayores deben ser atendidas (prevención) antes de que afecten su calidad de vida, debido la creciente demanda de atención de la población de adultos mayores en nuestro país.

11. RECOMENDACIONES

Se recomienda la consulta y atención de salud bucal de los adultos mayores con un programa de higiene bucal (cepillado, hilo dental, exámenes periódicos y rehabilitación protésica).

Así mismo, mediante un programa de prevención, educar y concientizar a los adultos sobre la relación que tiene el estado bucal con la salud en general.

Capacitar al cuidador primario del adulto mayor que no pueda realizar por si mismo un aseo adecuado de su boca. Para que realice todas las medidas necesarias para un buen cuidado bucal.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Dulcey E. Psicología del envejecimiento. En: López J. Cano C, Gómez J. Geriatria Fundamentos de Medicina. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas CIB; 2006.pp 64-8.
2. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2015.
3. De la fuente Hernández J, Sumano O, Sifuentes Valenzuela MC, Zelocuatecatl A, Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. Univ. Odontol. 2010 Jul-Dic, 29 (63):83-92.
4. García Sevilla J. Peñaranda Ortega M. Envejecimiento Saludable aportaciones dese la psicología. [Internet] [Accesado 2018 Septiembre 14] Disponible en: <http://edit.um.es>
5. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Anales de la Facultad de Medicina de Lima.2007 [Internet] [Accesado 2018 septiembre 18] Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v68n3/pdf/a12v68n3.pdf>
6. Instituto Nacional de Geriatria. Envejecimiento saludable [Internet] [Accesado 2018 Septiembre 20] Disponible en: www.geriatria.salud.gob.mx
7. Ham Chande R. El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica. El colegio de la Frontera Norte. 2003:97-122

8. OMS envejecimiento y salud [Internet] [Accesado 2018 Septiembre 21] Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

9. Promoción de la Salud Glosario. Ginebra, OMS; 1998 [Internet] [Accesado 2018 Septiembre 22] Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/67246>

10. Servicios Médicos de la CDMX [Internet] [Accesado 2018 Septiembre 23] Disponible en: <https://ww.sds.cdmx.gob.mx>programa>

11. EL médico en tu casa. SEDESA-CDMX [Internet] [Accesado 2018 Septiembre 23] Disponible en <https://www.salud.cdmx.gob.mx>

12. CONAPO. Consejo Nacional De Población. Proyecciones de la población de México 2010-2050 y estimaciones 1990-2010 [Internet] [Accesado 2018 Septiembre 25] Disponible en: www.conapo.gob.mx

13. Consejo Para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México [Internet] [Accesado 2018 septiembre 23] <https://copred.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/5a1/f03/423/5a1f0343a4f3960304958.pdf>

14. INEGI. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Censo de población y vivienda 2010. [Internet] [Accesado: 17 de septiembre de 2018] Disponible en: www.beta.inegi.org.mx

15. INEGI Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Sala de prensa boletines [Internet] [Accesado: 17 de septiembre de 2018] Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/enigh/enigh_08.pdf

16. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares [Internet] [Accesado 2018 Septiembre 17] Disponible en: [www.inegi.org.mx>enigh_08](http://www.inegi.org.mx/enigh_08)

17. Meller C. Importancia de la Odontología Preventiva En el adulto mayor; Una aproximación Personal [Internet] [Accesado 2018 Septiembre 25] Disponible en: www.medicinaoral.com

18. Murillo B; Olga M: Envejecimiento Bucodental. Anales en Gerontología n. 61 59-67, 2010

19. Laplace Pérez Beatriz de las N., Legrá Matos Sara María, Fernández Laplace Josué. Enfermedades bucales en el adulto mayor.

20. Diagnóstico y Manejo de los problemas bucales en el adulto mayor [Internet] [Accesado 2018 Septiembre 28] Disponible en: [www.cenetec.salud.gob.mx>gpc>583](http://www.cenetec.salud.gob.mx/gpc/583)

21. Adriana Gallardo Schultz, Miguel Ángel Picasso Pozo, Nancy Huillca Castillo, Juan Carlos Ávalos Márquez. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores en una población peruana KIRU.2013 Jul-Dic; 10(2):145–50. [Internet] [Accesado 2018 octubre 4] Disponible en: http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2013/Kiruv.10.2/Kiru_v.10.2_Art.8.pdf

22. Calidad de vida .Evolución del concepto y su influencia en la investigación práctica. [Internet] [Accesado 2018 Octubre 5] Disponible en: <https://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>

23. Felce D, Perry J. Quality of life it's definition and Measurement. Research in Developmental Disabilities 1995; 16(1): 51-74.

24. González U, Grau J, Amarillo MA. La calidad de vida como problema de la bioética. Sus particularidades en la salud humana. En: Acosta JR. (ed.) Bioética. Desde una perspectiva cubana. Ciudad de la Habana; 1997; 279-285

25. Factores determinantes para mejorar la calidad d vida en l vejez. [Internet] [Accesado 2018 Octubre 6] Disponible en:

<https://www.universidadviu.com/2-factores-determinantes-para-mejorar-la-calidad-de-vida-en-la-vejez/>

26. Velázquez-Olmedo L B. Ortiz-Barrios, Cervantes-Velázquez A, Cárdenas-Bahena Á, García-Peña c, Sánchez-García S. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación. Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social [Internet] 2014 [Accesado 2018 Septiembre 20]; 52(4): 448 56 Disponible en:

<http://www.mediagraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im144t.pdf>

27. Organización mundial de la salud. Una nueva OMS. Avances recientes en salud bucodental. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos, N.826; 1992 [Internet] [Accesado 2018 Septiembre 25]

Disponible en: [http:// apps.who.int/iris/handle/10665/40942](http://apps.who.int/iris/handle/10665/40942)

28. Glassman P. New Models for improving Oral Health for People with Special Needs. J Calif Dent Assoc.2005; 33:625-33

29. Regezi JA, Sciubba JJ. Patología bucal. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 1991.

30. Reyes FM, Espeso N, Hernández A. Intervención educativa sobre la salud bucal para la tercera edad en Centro Comunitarios de Salud Mental, Cuba Camagüey.AMc 2009 [Internet] [Accesado 2018 Octubre 9] Disponible en :

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000500004

31. Felton Da. Edentulism and Comorbid Factos J Prosthodont.2009; 18(2):88-96

32. Gutiérrez-Robledo LM. México y la revolución de la longevidad. En: Gutiérrez-Robledo LM, Gutiérrez-Ávil JH. Envejecimiento humano: Una visión transdisciplinaria. México: Secretaría de Salud, Instituto de Geriátria; 2010. [Internet] [Accesado 2018 Octubre 9] Disponible en:

<http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/8458/1/UDLA-EC-TOD-2018-32.pdf>

33. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assesment

Index. J Dent Educ 1990; 54:680-687

34. Borges YA; et al. Relación entre el estado de salud bucal y el consumo de alimentos energéticos y nutrimentos en ancianos de tres localidades en México. *Nutrición clínica* 2003; 6 (1): 9-16. [Internet] [Accesado 2018 Octubre 4]

Disponible en:

http://envejecimiento.sociales.unam.mx/archivos/revista_Nutricion_clinica.pdf

35. Secretaria De Salud. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB. [Internet] [Accesado 2018 Septiembre 23] Disponible en <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/sivepab-sistema-de-vigilancia-epidemiologica-de-patologias-bucales>

36. De la Pedraza García, E. L., González, E. A. M., Jiménez, A. R., Castro, A. I., & González, M. M. H. Evaluación funcional, cognitiva y biomédica de ancianos de 90 años y más. *Acta Médica del Centro*. 2015; 9(2): 1-11 [Internet] [Accesado 2018 Octubre 7] Disponible en: [www.revactamedicacentro.sld.cu>article](http://www.revactamedicacentro.sld.cu/article)

37. Secretaría de Salud. Salud: México 2001-2005. Información para la rendición de cuentas. México: SSA, 2006 [Internet] [Accesado 2018 Octubre 7] Disponible en: [www.salud.gob.mx>cdi>DOCSAL7810](http://www.salud.gob.mx/cdi/DOCSAL7810)

38. Barrantes Monge, M. Género, vejez y salud. *Acta bioethica*. 2006; [Internet] [Accesado 2018 Octubre9] Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl>

39. Salgado-de Snyder, V. N., & Wong, R. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud pública de México*. 2007; 49 [Internet] [Accesado 2018 Octubre 9] Disponible en: www.dcielo.org.mx

40. Medina S. E. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. *RevBiomed* 2006; 17:269-286. [Internet] [Accesado 2018 Octubre 9] Disponible en: [www.cirbiomedicas.uady.mx>pdf](http://www.cirbiomedicas.uady.mx/pdf)

41. Christopher Montes-Cruz, Teresa Juárez-Cedillo, Ángel Cárdenas-Bahena, Claudia Rabay-Gánem, Erika Heredia-Ponce, Carmen García-Peña, Sergio Sánchez-García Comportamiento del *Geriatric/General Oral Health Assessment Index* (GOHAI) y *oral Impacts on Daily Performances* (OIDP) en una población de

adultos mayores de la Ciudad de México [Internet] [Accesado Septiembre14]
Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2014000200006

42. Bellamy Ortiz C I, Moreno Altamirano A Relación entre calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años derechohabientes del IMSS [Internet] [Accesado septiembre 13] Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213

43. Jiménez FJ, Esquivel HR. La percepción de salud bucodental como medida de calidad de vida en ancianos. Revista ADM 2003; 60(1):19-24.

13. ANEXOS

ANEXO 1. Estudio sociodemográfico

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Folio: _____

Nombre: _____

Sexo 1. Masculino 2. Femenino ()

Edad: _____ años

Mes _____ y año de nacimiento _____

Estado civil

1. Casado 2. Soltero 3. Viudo 4. Divorciado ()

Lugar de nacimiento: _____

Lugar de residencia: _____

¿Cuántos años vivió en su última residencia?

1. Menos de 5 2. De 5 a 10 3. Más de 10 años

¿Sabe leer y escribir? ()

1. Sí 2. No 3. Solo leer 9. No hay respuesta

Titulación más alta entre las conseguidas ()

1. Primaria incompleta 2. Primaria completa

3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura o posgrado 6. Analfabeta 7. Carrera técnica

Profesión que ejerció en su etapa laboral:

Titulación o profesión más alta de sus padres:

Titulación Profesión

Madre: _____

Padre: _____

Profesión que ejerce actualmente:

¿Cuál es su ocupación actual? ()

1. Pensionado 2. Pensionado y sigue trabajando

3. retirado y no recibe pensión 4. Trabaja

5. Nunca ha trabajado 6. Trabajo en casa

9. No hay respuesta

¿Recibe algún tipo de ingreso? ()

1. Pensión 2. Renta 3. Seguro 4. Gasto

5. Sueldo 6. Ninguno

¿Cuál es su ingreso mensual aproximado?

Fuentes de ingreso actual ()

1. Pensión 2. Hijos 3. Trabajo actual

4. Gasto

¿Cuántas personas viven con usted? _____

SALUD AUTOPERCIBIDA

Enseguida, tengo algunas preguntas que hacerle sobre su salud:

En general: ¿Cómo puede usted describir su salud? ()

1. Excelente 2. Buena 3. Regular 4. Mala

5. Muy mala 8. No sabe 9. No hay respuesta

En general: ¿Cómo piensa usted que su salud afecta a sus actividades diarias? ()

1. No afecta, todos lo puede hacer

2. Prácticamente no le afecta

3. La afecta algunas veces

4. La afecta mucho 5. No soy capaz de trabajar o

realizar mis actividades diarias 9. No hay

respuesta

¿Me puede decir si su salud es mejor, igual o no tan buena como la mayoría de la gente de su edad? ()

1. Mejor 2. Igual 3. No tan buena 8. No sabe 9.

No hay respuesta

ENFERMEDAD Y SU IMPACTO

En el último año: ¿Cuántas veces vio a un doctor? ()

1. 0-2 veces 2. 3-6 veces 3. Más de 6 veces

8. No sabe 9. No hay respuesta

¿Cuál fue el motivo para ir al doctor? ()

1. Principalmente como control de rutina

2. Principalmente por tratamiento

3. Por los dos motivos anteriores 9. No hay respuesta

En el último año: ¿Cuántos días paso estando enfermo en el hospital? ()

1. Ninguno 2. 1-21 días 3. Más de 21 días

9. No hay respuesta

En el último año: ¿Cuántos días pasó estando enfermo en su casa (en cama)? ()

1. 0-3 días 2. 3-14 días 3. Más de 14 días 9. No

hay respuesta

¿Presenta usted alguna(s) enfermedades diagnosticadas por su doctor? ()

1. No 2. Si

¿Cuál (es)?

Durante el último mes, usted ha sido afectado (a) por lo siguiente:

1. No 2. Si 8. No sabe 9. No hay respuesta

Tos ()

Enfermedades respiratorias ()

Diarrea ()

Fiebre ()

¿Tiene usted diabetes? ()

¿Tiene usted hipertensión? ()

Enfermedades cardiovasculares ()

Varices ()

Artritis/artrosis ()

Osteoporosis ()

Catarata ()

Problemas de las vías urinarias ()

Discapacidad ()

¿Actualmente está en tratamiento? ()

SALUD DENTAL

¿Ha recibido atención dental en los últimos 12 meses? ()

1. Si 2. No 9. No sabe

Si responde si ¿En qué lugar fue atendido? ()

1. SSAS 2. ISSSTE 3. IMSS 4. MDDF

5. PEMEX 6. Servicios de bancos 7. Particular

8. UNAM 9. DIF 10. Otro 99. No sabe

¿Cuáles fueron las razones para consultarlo esta última vez?

Anexo 2. The Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)

El GOHAI mide el efecto de la salud bucal en la calidad de vida utilizando doce reactivos seleccionados para reflejar los problemas que afectan a las personas en tres dimensiones acerca del bienestar oral, evaluando los siguientes aspectos: (1) funciones físicas, (2) funciones psicosociales y; (3) dolor – incomodidad, durante los últimos tres meses.

Este instrumento desarrollado por Atchison y Dolan de las universidades de California y Florida, se basó en tres supuestos: (1) que la salud oral puede ser medida utilizando la autoevaluación del propio paciente, (2) que los niveles de salud oral varían entre los pacientes y esta variación puede demostrarse utilizando una medición basada en la autopercepción del paciente, y (3) que la autopercepción ha sido identificada como predictora de la salud oral.

Este tipo de instrumento puede ser aplicado por personal sanitario no odontólogo.

El GOHAI otorga a cada reactivo una puntuación a través de una escala Likert (siempre=5, muy frecuentemente=4, frecuentemente, a menudo=3, algunas veces, a veces, de vez en cuando=2, raramente=1, y nunca=0). La puntuación total corresponde a la suma de las puntuaciones parciales y oscila entre 0 y 60 puntos.

GOHAI

Ítems	Pregunta: ¿En los tres últimos meses...	S	F	AV	RV	N
1	Cuántas veces ha tenido que comer menos o cambiar de comida por culpa de sus dientes o de su dentadura?	1	2	3	4	5
2	Cuántas veces ha tenido problemas al masticar comidas como la carne o las manzanas	1	2	3	4	5
3*	Cuántas veces ha tragado usted bien?	1	2	3	4	5
4	Cuántas veces no ha podido usted hablar bien por culpa de sus dientes o dentadura?	1	2	3	4	5
5	Cuántas veces no ha podido comer las cosas que usted quería sin tener ninguna molestia?	1	2	3	4	5
6	Cuántas veces no ha querido salir a la calle o hablar con la gente por culpa de sus dientes o dentadura?	1	2	3	4	5
7*	Cuando usted se mira al espejo, cuántas veces ha estado contento de cómo se ven sus dientes o su dentadura?	1	2	3	4	5
8	Cuántas veces ha tenido que utilizar algún medicamento para aliviar el dolor de sus dientes o las molestias en su boca?	1	2	3	4	5
9	Cuántas veces ha estado preocupado o se ha dado cuenta de que sus dientes o su dentadura no están bien?	1	2	3	4	5
10	Cuántas veces se ha puesto nervioso por los problemas de sus dientes o de su dentadura?	1	2	3	4	5
11	Cuántas veces no ha comido a gusto delante de otras personas por culpa de sus dientes o dentadura?	1	2	3	4	5
12	Cuántas veces ha tenido molestias o dolor en sus dientes por el frío, el calor o las cosas dulces?	1	2	3	4	5

S=Siempre (1); F=Frecuentemente (2); AV=Algunas veces (3); RV=Rara vez (4); N=Nunca (5). Los ítems 3 y 7 tienen una valoración inversa al resto de los ítems (Siempre (5); F=Frecuentemente (4); AV=Algunas veces (3); RV=Rara vez (2); N=Nunca (1)), conversión que se realiza al momento del análisis.

Anexo 3. ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)

El IHOS permite valorar de manera cuantitativa los diferentes grados de higiene bucal.

Para ello se miden dos aspectos:

1. La extensión coronaria de residuos o índice de residuos, y
2. La extensión coronaria de cálculo supragingival.

Se examinan seis dientes: el incisivo central superior derecho, el incisivo central inferior izquierdo, dos primeros molares superiores y dos primeros molares inferiores.

0.0-1.2 Buena higiene bucal.

1.3-3.0 Higiene bucal regular.

3.1-6.0 Mala higiene bucal.

Anexo 4 Índice Periodontal Comunitario IPC

El IPC, para su realización se diseñó la Sonda de la OMS, registra las condiciones periodontales más comunes: sangrado e inflamación gingival, bolsa periodontal y cálculos.

Divide la boca en seis sextantes definidos por los dientes: 17-14, 13-23,

24,27 37-34, 33-43, 44,47

Un sextante sólo se debe examinar si hay dos o más dientes presentes que no están indicados para extracción. Los dientes que se consideran para la obtención del Índice son: 17 16 11 26 27 47 46 31 36 37

Los molares se examinan en pares, y solo se registra una calificación (la más alta)

PUNTAJE CRITERIOS Código 0. Tejido sano. Si no hay necesidades de tratamiento (Bolsas, Cálculo, Sangrado)

Código 1. Sangramiento observado durante o después del sondaje. Nota: Si no se observan bolsas patológicas o cálculos pero aparece sangrado después del sondaje suave, se registra el código 1 para el sextante

Código 2. Cálculos u otros factores retentivos de la placa tales como coronas Mal adaptadas o bordes deficientes de obturaciones. Nota. Si no hay profundidad de bolsas que lleguen o pasen al área coloreada de la sonda pero es detectado cálculo supra o subgingival u otros factores retentivos de placa, se asigna el código 2.

Código 3. Bolsas patológicas de 4 ó 5, o sea cuando el margen gingival se encuentra en el área negra de la sonda. Nota: si la bolsa más profunda encontrada en el diente o dientes designados en un sextante es de 4 ó 5 mm se registra el código 3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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

IHOS

Diente	16v	11L	26V	36L	31V	46L
Placa						
Calculo						

IPC

16/26	11	26/27	36/37	31	46/47

<p>PLACA</p> <p>0=ausencia de dentritos 1=Presencia de restos cubriendo no más de 1/3 2= Presencia de restos cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie 3=Presencia de restos cubriendo más de 2/3 de la superficie</p>	<p>CÁLCULO</p> <p>0= Ausencia de cálculo 1=Presencia de cálculo supragingival cubriendo no más de 1/3 de la superficie 2=presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie O bien la presencia de pequeñas porciones de cálculo subgingival 3=Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 2/3 de la superficie examinada o banda continua de cálculo subgingival</p>	<p>0=Sano 1=Sangrado 2=Cálculo 3=bolsa de 3-4 mm Banda negra de la sonda parcialmente visible 4=bolsa de 6 o más (banda negra de la sonda invisible)</p>
---	---	--

11.5 Anexo 5 Índice CPOD

CPOD

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

1=Sano

2=Obturado con caries

3=Obturado sin caries

4= Perdido por caries

5= Perdido por otra razón

6 =Selladores

7=Apoyo de puente o corona

8= No erupcionado

9= Excluido

0. Diente sano. Un diente se considera sano si no hay evidencia clínica de caries ya sea presente o tratada. Las lesiones precavitarias al igual que otras condiciones similares a las etapas iniciales de caries son excluidas, ya que no es posible hacer un diagnóstico fidedigno. Así, los dientes con los siguientes defectos en ausencia de otro criterio positivo, son considerados sanos:

- Manchas blancas o lechosas.
- Zonas descoloridas o ásperas.
- Puntos o fisuras manchadas que retienen la sonda pero cuyo suelo o paredes no están reblandecidos ó con el esmalte socavado.
- Áreas oscuras, brillantes, duras ó punteadas del esmalte que muestran signos de fluorosis moderada o severa.
- Todas las lesiones dudosas se registran como sanas.

Estado de la dentición

1. Diente cariado. Se registra caries cuando una lesión en un punto o fisura o una superficie lisa presenta reblandecimiento del suelo o las paredes o socavamiento del esmalte. Los dientes con obturaciones temporales también se registran como cariados. En las superficies proximales, la sonda ha de entrar claramente en la lesión. Cuando haya dudas no se registrará la presencia de caries.

2. Diente obturado con caries. Se registra así el diente con una o más obturaciones que tengan una o más zonas cariadas. No se hace distinción entre caries primaria o secundaria (independiente, o contigua a la obturación).

3. Diente obturado sin caries. Se registra así un diente con una o más obturaciones que no tenga caries secundarias (recurrente), ni caries primaria. Un diente con una corona indicada por caries se incluye en este código. Si el diente ha sido rehabilitado por otra razón, traumatismo, pilar de puente, etc., se registra como "pilar de puente o corona especial", código 7.

4. Diente ausente debido a caries. Este código se usa para dientes permanentes que hayan sido extraídos por caries. Es importante resaltar que no se debe usar este código para dientes perdidos por otra causa que no sea la caries.

5. Diente permanente ausente por otras causas. Aquí se incluyen las ausencias congénitas, extracciones por razones ortodónticas, traumatismos, etc. Este código también se usa para dientes permanentes extraídos por enfermedad periodontal.

7. Pilar de puente o corona especial. Este código se usa para indicar que un diente forma parte de un puente, es decir, es un pilar de puente. Este código también se usa para coronas colocadas por causas distintas a caries.

9. Diente excluido. Este código se usa para cualquier diente que no pueda ser explorado, por ejemplo inaccesible, con bandas ortodónticas, fracturado, etc.

Anexo 6. Uso de prótesis

Para que una prótesis sea funcional de la prótesis debe cumplir con los siguientes criterios:

Estabilidad. Resistencia que presenta la dentadura ante la presión ejercida por una fuerza horizontal. Fue registrada por el examinador al colocar un dedo en la región premolar de cada uno de los lados de la prótesis e intentar su desplazamiento, inclinación o rotación. Se registrará como (1=si) (2=no).

Retención. Es la resistencia al desplazamiento vertical en ambos sentidos. Esta información fue obtenida por el examinador, colocando ambos dedos en la región incisal de la dentadura, por el lado lingual o palatino y tratara de empujar la dentadura labialmente. Se registró como (1=si) (2=no).

USO DE PRÓTESIS

¿Es portador de dentadura (s) o prótesis? ()

1. Si 2. NO 9. No responde

Tipo de prótesis	Numero	Superior(1) Inferior (2)
Parcial removible		
Parcial fija		
Total		

¿Cuantos años o meses lleva usando esta dentadura (s)?

Superior _____ años _____ meses

Inferior _____ años _____ meses

Ambas _____ años _____ meses

¿Funcionalidad de la prótesis? 1. si 2. No

Superior () Inferior () Ambas ()

MALOCCLUSIONES ()

0= Ninguna

1= Leve

2=Moderada

3=Severa

VALORACION DE LA ATM ()

0= ATM normal

1= Chasquido

2=Bloqueo autocorrectivo

3=Dislocación de la ATM

4=Dolor relacionado con la ATM

Estabilidad 1. Si 2.No

Retención 1. Si 2.No

Extensión 1. Si 2.No

Oclusión 1. Si 2. No

PRESCENCIA DE LESIONES ()

1. Si 2. No

TIPO DE LESIÓN

MUCOSA BUCAL

HUESO

ANEXO 7. Carta de consentimiento



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Seminario de Titulación

Odontología Comunitaria

2018



La Facultad de Odontología UNAM, interesada en la Salud Oral y cumpliendo con su labor social y comunitaria, le invita a participar en este Estudio de Investigación cuyo propósito es identificar la situación actual de la Salud Oral de los adultos mayores, cuya condición de salud pueda mejorar como resultado de su participación en este estudio.

Si Usted acepta participar en el estudio, su colaboración permitirá investigar y brindar soluciones al problema de la salud oral en adultos mayores.

Todos los datos, audio y fotografías, que se generen será estrictamente confidencial y utilizada exclusivamente para los fines de esta investigación de la tesina de titulación.

Su participación en este estudio es voluntaria, pero en cualquier momento que Usted decida puede retirarse del proyecto. Y en caso de, que por razones administrativas el investigador o el patrocinador lo requieran, pueden dar por terminada su participación.

Yo _____, he leído este consentimiento, he sido informado(a) en un lenguaje claro y comprensivo, y han respondido a las dudas que me surgieron respecto de este estudio.

Al firmar este documento de manera voluntaria, indica mi conformidad de participar en el estudio.

Nombre completo y firma

Nombre y firma de testigo 1

Nombre y firma de testigo 2

Para cualquier duda o aclaración relacionada con este estudio puede comunicarse a los siguientes contactos: 5534449272 con una servidora Yngrid Ewnice Lugo Vargas