

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**“IMPACTO DE LA PÉRDIDA DENTAL EN LA
CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES DE 65
AÑOS”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
Denis Anayansi Cuevas Rojo

DIRECTOR
C.D. Miriam Ortega Maldonado

Vo. Bo.

ASESORES
Mtro. Javier de la Fuente Hernández
Mtra. Gloria Alejandra Moreno Altamirano
C.D. Alberto Zelocuatecatl Aguilar

MÉXICO, D.F.

2005

m 342708

Agradecimientos

A ustedes Mamá y Papá, por darme todo lo que son, su amor, su apoyo, su esfuerzo, su confianza, por creer en mí, por enseñarme siempre a luchar y seguir adelante. los amo y no tengo como agradecerles todo lo que han hecho por mí, sin ustedes nunca hubiera podido realizar esta meta.

A Nadia por crecer conmigo día a día y compartir este largo camino que ha sido nuestra vida, te quiero.

A Chela por cuidarme, por consentirme y por hacerme una persona fuerte e independiente.

A Hernán por ser mi motivación, mi impulso, por apoyarme incondicionalmente, por nuestros sueños, por nuestras metas, por ser quien eres y estar en mi vida, tu bien sabes que si no fuera por ti, yo no sería feliz.

Al Mtro. Javier de la Fuente por su apoyo, sus consejos y conocimientos brindados.

A la Mtra. Alejandra Moreno por su atención, su apoyo, sus conocimientos, sus consejos, por su tiempo y su gentileza.

A Miriam y Alberto por darme esta oportunidad, por compartir su tiempo, sus conocimientos y por el apoyo brindado a este trabajo.

A mis amigos y amigas con los que compartí experiencias, tristezas, alegrías y preocupaciones.

A Dios por iluminarme y guiar mi camino todos los días.

Indice.

1. Introducción	2
2. Antecedentes	3
2.1 Calidad de vida del adulto mayor	4
2.1.2 Dimensión funcional	5
2.1.3 Dimensión psicológica y social	7
2.2 Envejecimiento y salud bucal	9
2.2.1 Caries y enfermedad periodontal	8
2.3 Pérdida Dental	12
2.4 Enfermedades sistémicas	13
2.5 Instrumentos para la medición de calidad de vida	17
3. Planteamiento del problema	20
4. Justificación	21
5. Hipótesis	22
6. Objetivo general	22
6.1 Objetivos específicos	22
7. Modelo Conceptual	22
8. Operacionalización y conceptualización de las variables	23
9. Material y método	24
9.1 Tipo de estudio	25
9.2 Población de estudio	25
9.3 Muestra	25
9.4 Criterios de inclusión	26
9.5 Criterios de exclusión	26
9.6 Variable independiente	26
9.7 Variable dependiente	26
9.8 Limitación del estudio	26
9.9 Recursos Humanos	27
9.9.1 Recursos materiales	27
9.9.2 Recursos financieros	27
10. Aspectos éticos	28
11. Plan de análisis	29
12. Resultados	29
13. Discusión	46
14. Conclusión	48
15. Referencias	49

Resumen

Objetivo: Determinar la asociación existente entre la pérdida dental y la calidad de vida en el adulto mayor. **Material y método:** Se llevó a cabo un estudio transversal analítico en adultos mayores de 65 años que acuden al Centro de Atención Integral Gente Grande INAPAM. A las personas encuestadas se les aplicó un cuestionario que incluye dos instrumentos para medir calidad de vida y el impacto de salud bucal en la vida diaria Euro Quality of Life (EuroQoL) y Oral Health Impact Profile (OHIP) respectivamente. Además se realizó una exploración bucal con los índices CPO-D y CPTIN. **Resultados :** Se encontraron las siguientes prevalencias: el 51% presenta caries dental, el 52% tiene dientes obturados, el 27% tiene puentes o coronas, mientras que el 14 % refirió dolor dental y sólo el 8% movilidad dental, el 67% presentó contacto oclusal. La prevalencia de pérdida dental fue del 95% incluyéndose al 19% de los edéntulos y se encontró que la población encuestada tiene una calidad de vida limitada, ya que el 40% de ésta, presenta problemas de movilidad, el 12% tiene problemas para llevar a cabo su cuidado personal, el 23% tiene dificultades para realizar sus actividades cotidianas, el 60% refirió dolor o malestar general y el 40% manifestó estar ansioso y / o deprimido; sin embargo, al relacionar la pérdida dental con estas preguntas sólo se encontró asociación con la relacionada a si padece ansiedad y / o depresión (R.M 1.29, X_{MH} 0.274).

1. Introducción

Hace más de cincuenta años, la Organización Mundial de la Salud (OMS), definía a la salud, como “el completo estado de salud físico, mental y social con ausencia de enfermedad en un individuo”, (OMS1948), concepto que ha sido modificado a través de los años, ya que el hombre se ha dado cuenta, que a pesar de que alguno de los tres estados esté afectado, el ser humano se puede adaptar y lograr la supervivencia con una determinada calidad de vida.

Es por esto que en 1995 Wilson y Cleary proponen un modelo con dimensiones positivas, en el cual establecen la relación existente entre la salud general y la calidad de vida, ya que estos factores no son dependientes uno del otro, pero si están conectados y tienen sus repercusiones, dado que si no hay salud general, no hay un buen estado psicológico, social ni funcional y por lo tanto, la calidad de vida se ve disminuida.¹

Si bien es cierto que las enfermedades sistémicas son las principales causas de una disminución en la salud y en la calidad de vida en los adultos mayores de 65 años, también lo son los problemas bucales, primordialmente la pérdida dental, ya que tiene una repercusión funcional, social y psicológica, dado que se constituyen como una condición indispensable para llevar a cabo procesos como la masticación, fonación, nutrición e incluso en la adaptación social del individuo

De acuerdo con lo anterior el presente trabajo tienen como finalidad evaluar el impacto que tiene la pérdida dental sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucal en el adulto mayor en usuarios del Centro de Atención del INAPAM, Gente Grande.

2. Antecedentes

Conforme la gente envejece, sigue siendo susceptible a los nuevos y repetidos episodios de la enfermedad bucal. La historia acumulada de la enfermedad puede afectar la calidad de vida de las personas y conducir a otras condiciones bucales, como la pérdida dental, la cual representa un impacto en las actividades cotidianas de la persona.

La pérdida dental altera directamente la función masticatoria y condiciona cambios en opiniones y valores que ocurran con el aumento de la edad. Un número de otros factores pueden modificar este proceso, las normas sociales y culturales, por ejemplo y los acontecimientos sociopolíticos a los cuales se exponen las poblaciones. La calidad de la vida de las personas es afectada de cierta manera por la salud bucal en la mayoría de la gente. En un nivel individual, una comprensión cómo la edad y la retención del diente afectan principalmente en el impacto de la salud bucal y en sus actividades diarias.

La necesidad de medir la calidad de vida relacionada con la salud bucal es de suma importancia, porque nos guía en la creación de diferentes políticas sobre prevención y atención, así como también, servirá como un indicador en la vida de los adultos mayores, ya que podremos identificar sus limitaciones, discapacidades y deficiencias.

Una buena salud bucal en la sexta década de la vida es de suma importancia, sobre todo si se padece de alguna enfermedad sistémica debido a que sus complicaciones bucales afectan a la calidad de vida, al presentarse problemas para hablar, masticar, saborear, oler y tragar, como por ejemplo: la diabetes y la osteoporosis, que traen como consecuencia enfermedad del periodonto, la que a su vez dará por resultado la pérdida de los dientes.

Cohen y Jago argumentan que la mayor contribución de la odontología es la de promover la calidad de vida a través de la prevención o del tratamiento de las enfermedades bucales.²

Por esto la profesión dental debe encargarse de enseñar a este grupo de la población, que la salud general está ampliamente relacionada con la salud bucal ya que es un importante factor para mantener un saludable estilo de vida, por lo que el número de piezas perdidas, dañadas u obturadas debe atenderse con las restauraciones necesarias así como sustituir las piezas faltantes con las prótesis adecuadas, logrando una buena dentición necesaria para masticar alimentos cómodamente y adecuadamente, obteniendo una adecuada nutrición, situación especialmente importante para los adultos mayores ya que es ahí donde se observan los beneficios en su salud general.³

2.1 Calidad de vida del adulto mayor

La calidad de vida es un concepto personal completamente subjetivo que sólo puede ser definido por el enfermo. Así, según Gill y Feinstein, cuando uno desea conocer la calidad de vida de los pacientes, se los debe interrogar con un cuestionario donde los enfermos puedan utilizar sus propias definiciones.⁴

Partiendo del hecho de que la salud y el bienestar en la edad avanzada dependen de la calidad de vida que se lleve desde el nacimiento, los estilos de vida saludables buscan crear conciencia sobre lo que significa el proceso de envejecimiento y desarrollar hábitos de auto cuidado y de cuidado mutuo⁵

Además, los enfermos no separan la calidad de vida según aspectos relacionados y no relacionados con la salud. Ciertos factores que, habitualmente, no se consideran como parámetros de salud (aspectos sociales, seguridad financiera y calidad del ambiente, entre otros) tienen interacciones complejas con el estado de salud que hace difícil aislar la calidad de vida relacionada con la salud.⁶

La definición específica de calidad de vida relacionada con la salud es el valor asignado por individuos o grupos de individuos o la sociedad a la duración de la vida modificada por las deficiencias, los estados funcionales, las percepciones y las oportunidades sociales, que están influidas por la enfermedad, las lesiones, el tratamiento médico o la política sanitaria.⁷

Para evaluar la calidad de vida se emplean instrumentos que abarcan diferentes dominios relacionados con los valores subjetivos del paciente, determinados a su vez por los contextos sociales, culturales y económicos, que también se ven afectados por alguna enfermedad o por su mismo tratamiento, la respuesta al mismo, su duración, su severidad y el estado mismo del paciente, así como la magnitud de los cambios esperados son criterios que influyen en la elección de componentes de la calidad de vida que se va a evaluar ⁶

Algunos estudios indican que la percepción de la salud general como de la salud bucal es un predictor de calidad de vida. Estos problemas de salud bucal como lo es la pérdida dental, pueden afectarla empeorando sus funciones físicas, sociales, así como su autoestima.

El status de salud bucal esta tradicionalmente medido por indicadores clínicos que únicamente son físicos o sensitivos. La población de adultos mayores solo refiere de una buena o mala calidad de vida basándose en su salud general, no tomando en cuenta su salud bucal, aunque este sea un indicador importante como para no ser tomado en cuenta.

La calidad de vida en la tercera edad va a depender de las oportunidades, de las formas en cómo transcurre la vida, no sólo depende de los recursos cuantitativos, sino de cómo es el desarrollo cualitativo de su vida, con quiénes se vincula el adulto mayor, cómo lo hacen, dónde se dirige cuando tiene necesidades particulares, a quién frecuenta.⁸ Es por esto que la literatura identifica tres

aspectos importantes de la salud bucal relacionada con la calidad de vida y estos son: síntomas físicos, bienestar general y capacidad funcional.²

2.1.2 Dimensión funcional

El impacto de una deteriorada salud bucal se ha estudiado principalmente en relación a problemas funcionales como lo es comer confortable y adecuadamente.

Las enfermedades sistémicas tanto como las enfermedades bucales y la pérdida dental pueden afectar seriamente el apetito y la capacidad para comer, esto puede comprometer el estado de salud general, ya que la desnutrición esta ampliamente relacionada con los problemas para masticar y tragar alimentos por su impacto observado en un 50% de la población de los adultos mayores en Estados Unidos de América,⁹ esto aumenta el interés por resolver estos problemas ya que según informes del National Health and Nutrition Examination Survey III indican que el 33.1 % de las personas mayores de 65 años no tienen dientes y aunque se rehabilite protésicamente, el proceso de masticación tiene una eficacia del 30 al 40% menor que con dientes naturales, a menos que la rehabilitación incluya implantes dentales, que nos pueden dar una mejoría en la eficacia masticatoria tal vez mayor del 50%.¹⁰

En un estudio realizado en veteranos del ejército de Estados Unidos con diferentes grados de pérdida dental, los niveles de saborear, oler, percibir texturas, masticar se vio afectado conforme al número de dientes faltantes.¹¹

Por lo tanto, en la vejez el edentulismo y la pobre salud bucal, puede contribuir a una significativa pérdida de peso que puede afectar a la salud general, por ejemplo: en una proporción significativa de la población de los adultos mayores de California (37%), reportan problemas al masticar, morder o tragar alimentos debido a la pérdida dental.¹²

Por lo anterior, la pérdida dental esta relacionada con una pobre dieta, ya que las personas que la presentan prefieren comidas suaves, fáciles de masticar que por lo regular son bajas en fibra y tienen una densidad menor de nutrientes que aquellas personas que tienen una dentadura sana, por lo que la calidad de vida claramente se ve afectada ya que el individuo es limitado a escoger alimentos que no le proveen una óptima nutrición y no son capaces de llevar una dieta balanceada que incluya, carnes frutas y verduras.¹³

Por otro lado, es importante mencionar que el impacto económico de la salud oral relacionado con la calidad de vida se traduce principalmente en pérdida de producción de la persona afectada, así como también en limitaciones de sus actividades diarias como trabajar o dormir, originados por el dolor, la depresión y la ansiedad.¹⁴

Funcionalmente el dolor juega también un papel importante ya que los problemas para dormir están asociados más claramente con el dolor crónico y con la depresión, como en el caso de Florida donde se demuestra que el 3% de la población con problemas para dormir tienen que ver con incomodidad o dolores por problemas dentales.¹⁵

Locker and Slade encontraron que un 6% de los canadienses que reportan síntomas de dolor en la articulación temporomandibular tienen problemas para masticar, hablar y tragar, estas condiciones son el resultado de una limitada apertura de la boca y un dolor agudo en esa zona.¹⁶

2.1.3 Dimensión social y psicológica

Las diferentes culturas y costumbres son la mayor influencia en el efecto psicológico del los problemas bucales de los individuos; históricamente Kunzle cita que "los dientes siempre han sido relacionados con eventos especiales y mágicos, a través de todos los tiempos y también como elementos de poder".¹⁷

Aunque el impacto psicológico relacionado con los problemas bucales ha sido medido a través de preguntas individuales, así como con un instrumento estandarizado que es el Beck Depresión Inventory o la Syntom Checklist 90(SCL-90). Y los resultados se dirigen a que una pobre calidad de vida evita que las personas tengan contacto social ya que les disgusta la apariencia física de su rostro.¹⁸

Recientemente hay estudios que se dirigen a examinar cuales son los elementos que hacen atractiva una sonrisa y los resultados nos indican que principalmente importa la apariencia de los dientes en cuanto a forma y/o color, por lo que es natural observar como se ha incrementado el número de especialistas dedicados a la odontología estética, tratamientos que van dirigidos principalmente a pacientes con una pérdida dental importante y que tratan de recuperar su imagen para desenvolverse mejor socialmente.¹⁹

Los problemas bucales como la pérdida dental interfieren en los roles y niveles sociales de todos los individuos, dada la importancia de la boca y los dientes en una comunicación tanto verbal y no verbal, ya que las personas que presentan estas deficiencias evitan hablar o reírse, sonreír o alguna otra expresión que involucre el mostrar su dentadura.²⁰

En un estudio realizado en el Reino Unido, en adultos mayores con pérdida dental se encontró que el 30% reportaba que tenia problemas al masticar, el 5% mencionó que tuvo que cambiar su dieta, el 9% refirió sentirse incomodo al comer delante de otras personas y el 13 % expresó sentir vergüenza al tener que relacionarse con otras personas.²¹

Fiezke, comenta que el 25% de los adultos mayores que presentan pérdida dental han tenido que evitar encontrarse con amistades, debido al temor de que su edentulismo sea descubierto y enfrentarlo, debido a que su autoestima esta disminuida porque su apariencia no les agrada, ya que la mayoría de los adultos mayores refieren como es su estado de salud bucal dependiendo del numero de dientes naturales que tengan.²²

2. 2 Envejecimiento y salud bucal

Al referirnos al envejecimiento como una nueva dimensión de la salud se tocan dos conceptos y se buscan sus relaciones. Uno de ellos, es el de la salud, como la variable resultante y el otro, es el envejecimiento como situación novedosa que afecta a la primera tomando en cuenta que la salud es el estado de bienestar físico, mental, moral y material indispensable para una calidad de vida aceptable.²³

El envejecimiento resulta de la suma de todos los cambios que ocurren a través del tiempo en los organismos desde su concepción hasta su muerte; es un proceso en la vida del ser humano en el que ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales, que implican cambios orgánicos como funcionales que deben considerarse como problemas de salud.²⁴

Los primeros signos de envejecimiento son fatiga psicofísica, disminución de la memoria, de la capacidad de concentración, de la agudeza visual por lo que el individuo empieza a advertir que el organismo no funciona en forma óptima²⁴

Cerca del 90% de las personas de más de 65 años tienen una o más enfermedades crónicas por lo que tienen que llevar un tratamiento farmacológico que generalmente tiene repercusiones bucales por los efectos de diversos medicamentos de manera permanente.²⁵

Algunos de los ejemplos del envejecimiento en la cavidad bucal son la disminución de la función de la mucosa y de la musculatura de la boca. Del mismo modo, también se sabe que una menor capacidad sensorial gustativa forma parte del envejecimiento normal además de la dificultad para llevar a cabo el proceso masticatorio.²⁶

A lo largo de la vida, las necesidades de las personas con respecto a sus dientes van cambiando y aunque los adultos mayores tienen una baja expectativa por mejorar el estado de su boca, al momento de perder sus órganos dentales, se requiere devolver la función en las zonas edéntulas por medio de prótesis provocando un cambio irreversible en todos los tejidos de la cavidad bucal.²⁷

2.2.1 Caries y enfermedad periodontal

Anteriormente se suponía que la caries dental era un proceso que se presentaba en la infancia y que a lo largo de los años iba disminuyendo su ataque, sin embargo, se ha demostrado que el proceso carioso continúa aún hasta la vejez y actualmente, se le considera como la principal causa de la pérdida de los dientes.^{28 29}

Con la edad el esmalte cambia de coloración y presentan grietas longitudinales haciéndose más propenso a desarrollar caries con mayor frecuencia alrededor de obturaciones antiguas. Esto afecta a más del 70% de los ancianos con dientes naturales, por ejemplo en China el 65% de los adultos mayores presentan caries dental.³⁰

La caries radicular a diferencia de la caries coronal ataca al cemento del diente, que en la mayoría de los casos queda expuesto por la presencia de enfermedad periodontal, por lo que se puede concluir que la caries dental sigue siendo la principal causa de la pérdida dental, aunque su localización sea diferente dependiendo de la edad. Por ejemplo, en Inglaterra y Suiza el 20 a 30% de la

población adulta mayor padece enfermedad periodontal y de esta población el 89% y en Suiza el 87% de adultos mayores presentan caries radicular.³¹

Aunque, la enfermedad más importante del tejido de soporte de los dientes es la denominada periodontitis, suele presentarse con mayor frecuencia durante la etapa adulta y en la vejez causada principalmente por la acumulación de placa dentobacteriana que fomenta la destrucción inmunitaria de los tejidos con reacción inflamatoria (gingivitis), la cual puede desarrollar en la mayoría de los casos a la formación de bolsas periodontales, pérdida de hueso alveolar y movilidad dentaria ocasionando la pérdida del órgano dentario.³²

La población de adultos mayores está expuesta con mayor frecuencia a presentar factores de riesgo, convirtiéndose en una población de alto riesgo para padecer enfermedad periodontal. En países desarrollados como en Noruega la población de los adultos mayores, muestran una prevaletia y severa pérdida de los tejidos periodontales.³²

Los factores de riesgo pueden ser definidos, como las distintas características o exposiciones que incrementan la probabilidad de desarrollar periodontitis o la pérdida perceptible de salud en los tejidos de soporte del diente aunque también en esta población son considerados factores de riesgo el fumar y el padecer diabetes mellitus.³²

Los estudios epidemiológicos muestran que la enfermedad periodontal se ubica tanto en niños como en adultos, comúnmente más en hombres. En una comparación de la severidad de la enfermedad periodontal por sexo en el estudio del Program National Institute of Dental Research (NIDR) revela que en los hombres de manera uniforme, la enfermedad periodontal es más severa y la pérdida de inserción es casi 10% mayor que en las mujeres y se presenta generalmente a partir de los 20 años y persiste a través de la vida.³³

Recientes estudios demuestran controversia en Europa ya que en países como Alemania, Inglaterra y Suiza, ha disminuido la enfermedad periodontal durante los últimos 20 años, dejando de ser la causa principal de pérdida dental, sin embargo, en países como Bulgaria, el 88% de la población de más de 60 años aun padece de enfermedad periodontal.^{34 31}

2.3 Pérdida dental

Se considera pérdida dental a la ausencia de cualquier órgano dentario por cualquier razón posible. Debe tenerse en cuenta que la ausencia de una pieza dental ocasiona que el diente contiguo migre hacia el espacio ausente, o bien que el antagonista tienda a la avulsión, es decir, a la salida del diente permanente fuera del maxilar debido a una falta de inserción de las fibras periodontales.

En países como Canadá,³⁵ Nueva Zelanda,³⁶ Australia³⁷ e Israel³⁸, la extracción de dientes por caries es la principal causa de pérdida dental a pesar de las diferencias de cultura, de alimentación, de conocimiento en el cuidado o de la accesibilidad a los servicios dentales, a diferencia de países como la India y Nigeria.³⁹ Donde la extracción de dientes por enfermedad periodontal es la principal causa de pérdida dental, la cual se incrementa con la edad y se vuelve de mayor relevancia en personas mayores de 65 años, debido principalmente a la formación de bolsas periodontales. Probablemente la diferencia de las causas de extracción dental se deba al tipo de alimentación, (la cual obviamente no es la misma en los diferentes países) al tratamiento protésico, por traumatismos, tratamientos de ortodoncia, complicaciones endodóncicas, razones estéticas, por medidas preventivas o por simples ausencias congénitas.⁴⁰

Las personas con riesgo de perder uno o más e inclusive todos sus dientes son aquellos con una historia crónica de enfermedad periodontal o caries, que por lo general son personas de 50 años en adelante, a manera de ejemplo, podemos mencionar el estudio transversal que llevaron a cabo en Francia Cahen y col. , en

el cual participaron personas cuyas edades estaban comprendidas entre los 16 y 60 años de edad, en donde se observó que, en el grupo de 51 a 60 años se encontraba el mayor porcentaje de pérdida dental (20.3%). Asimismo, en Bulgaria⁴¹ un estudio realizado sobre el estado bucal en los adultos mayores de 55 años se demostró que el 50 % de los participantes eran edéntulos y la mayoría eran hombres.

Otros factores que se asocian con la pérdida dental son la malposición dentaria y la construcción de prótesis mal elaboradas. Ambas son condicionantes de la acumulación de placa dentobacteriana, la cual generalmente se establece en las superficies cervicales de los dientes apiñados y/o de las prótesis desajustadas, ocasionando el establecimiento de la enfermedad periodontal y con ella la inevitable pérdida de dientes.⁴²

En un estudio cualitativo realizado en Arabia Saudita se cuestionó a 44 adultos mayores sobre su percepción acerca de la pérdida de sus dientes, su salud bucal y su rehabilitación protésica. La mayoría de los encuestados relacionaron sus problemas bucales con la vida diaria, sin embargo, llama la atención que dicha situación las sustentan con sus creencias religiosas.⁴³

2.4 Enfermedades sistémicas

Cuando se analizan las experiencias médicas con relación a las últimas etapas de la vida, lo común es encontrar, salvo contadas excepciones, que con el avance de la edad llegan pérdidas severas de salud y de capacidades físicas, mentales, sociales o económicas.⁴⁴

Las enfermedades sistémicas en el adulto se manifiestan al presentarse una determinada combinación de factores, con una cierta secuencia y a una cierta edad. Sin embargo, su aparición se puede retardar por un tiempo suficientemente largo ya que la mayoría son prevenibles.⁴⁵

El estado sistémico individual afecta indudablemente de manera distinta a cada persona, como ejemplo, la diabetes afecta los tejidos periodontales aunque no es la principal causal, ya que no hay enfermedad sistémica que por sí misma cause gingivitis o periodontitis, dado que es necesario la presencia de algunos medicamentos para iniciarlas, como los antihipertensivos, los anticolinérgicos y los anticoagulantes en el caso de los adultos, los cuales producen inflamación de los tejidos periodontales y agrandamiento gingival, en este sentido las condiciones sistémicas frecuentemente alteran la respuesta de los tejidos periodontales y así intensifican o exageran la enfermedad periodontal.²⁶

La pérdida dental afecta de una manera importante a las personas que tienen compromiso sistémico por alguna enfermedad como lo es la diabetes, ya que la falta de dientes limita a estos pacientes a la ingesta únicamente de alimentos blandos tales como sopas o papillas que no les proporcionan los nutrientes adecuados, lo que les provoca pérdida de peso, así como también otros problemas como la capacidad para hablar con claridad y pasar por situaciones vergonzosas, por lo tanto, el edentulismo es causa de la disminución de relaciones interpersonales e insatisfacción estética y social, además de que recientemente se ha demostrado que hay una relación estrecha entre las infecciones bucales y enfermedades sistémicas, muchas de las cuales comprometen la salud general de los adultos.²⁶

Diabetes.- En la declaración de las Américas sobre Diabetes Mellitus, 1,2 se estima que actualmente hay en el mundo alrededor de 135 millones de diabéticos y se espera que esta cifra se eleve a 300 millones en los próximos 25 años; el aumento será de 40% en los países desarrollados y de 70% en los países en vías de desarrollo.

El 25% del total de casos se concentra en los países del nuevo mundo, y la tendencia indica que para el año 2000 habrá 45 millones de diabéticos en esa

región. Los 10 países con mayor número de personas con diabetes mellitus (DM) son la India (19 millones), China (16 millones), Estados Unidos de América (13.9 millones), Federación Rusa (8.9 millones), Japón (6.3 millones), Brasil (4.9 millones), Indonesia (4.5 millones), Pakistán (4.3 millones), México (3.8 millones) y Ucrania (3.6 millones)⁴⁶

Enfrentarse a una enfermedad crónica como la diabetes constituye un reto importante tanto en la vida del paciente afectado como en la cotidianidad de la experiencia familiar. Los cambios en los hábitos, la eliminación de conductas riesgosas para la salud, y la adquisición de nuevos comportamientos que resulten en una mejor calidad de vida no son siempre fáciles de asumir.^{47, 48}

Las personas con diabetes tienen mayor riesgo de sufrir depresión y otros tipos de discapacidades en su vida diaria así lo indica un estudio realizado en 3050 méxico-americanos donde sus actividades diarias y su estima por su salud se ve reducida debido a las consecuencias que contrae esta enfermedad.⁴⁹ Los pacientes diabéticos pueden sentirse solos o distanciados de sus amigos por los cuidados que deben tener.⁴⁷

El paciente diabético se enfrenta a interrogantes ligadas a aspectos específicos: el trabajo (capacidad de rendimiento, miedo al rechazo en la empresa, posible despido), la salud (posibilidad de evitar las complicaciones de la diabetes como la pérdida dental), la calidad de vida (capacidad para seguir con las actividades cotidianas). Lo anterior le impedirá tener experiencias vitales que le brinden realización en el ámbito personal y social.⁴⁸

Hipertensión.- Dentro de las dos décadas recientes, estadísticas indican, que las mujeres de 65 años en adelante tienen enfermedades del corazón relativas a la hipertensión arterial y han permanecido en el primer lugar como causa de muerte.

La hipertensión es una de las enfermedades crónico degenerativas más comunes que se presentan en el adulto mayor y se puede controlar por medio del ejercicio regular, nutrición adecuada y evitando fumar.

Es una patología presente en 20% de las personas entre 18 y 65 años de edad del mundo. Es un factor de riesgo importante para las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, y renales, al evaluar el impacto de la enfermedad y del tratamiento, es esencial medir y evaluar el grado de alivio de los síntomas, mismos que podrían traducirse en una mejoría de la calidad de vida.⁶⁷

Muchos de los medicamentos utilizados para el tratamiento de la enfermedad periodontal producen como efecto secundario sequedad de la boca y en una boca seca se producen con mayor frecuencia enfermedad periodontal, caries y eventualmente la pérdida de los dientes.⁵⁰

En estudios sobre calidad de vida en adultos mayores con hipertensión se ha encontrado que este tipo de enfermedades limita las funciones y habilidades de los adultos mayores por las consecuencias de padecer esta enfermedad.⁵¹

Artritis.- Es la enfermedad crónica degenerativa más común en los adultos mayores, sobre todo en su forma de osteoartritis, donde el factor de riesgo más importante es la edad, siguiendo la artritis reumatoide el cual es un padecimiento auto inmune.⁵²

Los adultos mayores que padecen de artritis generalmente experimentan síntomas y signos que afectan su bienestar y por lo tanto su calidad de vida. Estos pacientes refieren una pobre autoestima, mostrando así un estado psicológico depresivo que tiene que ver con dolor, ya que sus restringidas habilidades hacen que estos pacientes pierdan el contacto social; mientras la enfermedad va avanzando, las habilidades físicas y funcionales van disminuyendo. Muchas de estas personas reportan que sus destrezas están limitadas, como por ejemplo, se les dificulta comer, atender su cuidado personal así como su salud oral, lo que los

hace ser dependientes de las personas que viven con ellos y esto les resulta difícil de aceptar, ya que muchas veces prefieren soportar el dolor.⁵⁵

La osteoartritis y la artritis reumatoide afectan la articulación temporomandibular y presentan varios síntomas clínicos, como dolor uni o bilateral a la apertura y a la masticación, así como limitación de movimiento. En el caso de artritis reumatoide es más común el crepitar de la articulación y el dolor de los músculos de la masticación, asimismo el dolor en la articulación disminuye la eficacia de la masticación.⁵³

Los medicamentos para pacientes con artritis reumatoide tienen secuelas en la cavidad bucal, muchas de ellas causan mucositis, ulceración, infecciones, xerostomía y afectan la calidad de vida de los pacientes.⁵⁵

2.5 Instrumentos para la medición de calidad de vida

La percepción individual de la salud, así como las habilidades físicas son un importante indicador de salud y calidad de vida en los adultos mayores ya que esta es un fenómeno que se afecta tanto por la enfermedad como por los efectos adversos del tratamiento, de aquí que la evaluación de la calidad de vida es sumamente importante, pero difícil de cuantificar objetivamente; las mediciones pueden estar basadas en encuestas directas a los pacientes en relación a su enfermedad, evolución y cambios de síntomas, así que debido a esta subjetividad, para ser medida se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables.⁵⁴

Existen diferentes instrumentos que miden la salud bucal relacionada con la calidad de vida; Locker en 1997 argumentó que es inútil conceptualizar la enfermedad y la salud en dimensiones distintas ya que una es dependiente de la otra y por lo tanto los padecimientos afectan la calidad de vida.⁵⁵

Los instrumentos para medir calidad de vida se diseñan con varios propósitos como son conocer y comparar el estado de salud en las poblaciones que es fundamental para estrategias y programas en políticas de salud, así como para evaluar el impacto de intervenciones terapéuticas para modificar los síntomas y funciones a través del tiempo.⁵⁶

Los lineamientos para desarrollar un instrumento de medición han sido revisados cuidadosamente por Bombardier y Tugwell y proponen los siguientes:

- Objetivo: se debe evaluar claramente el objetivo del instrumento
- Función: hay que definir el instrumento en función de su capacidad de discriminación, descripción y predicción de la calidad de vida.
- Selección de preguntas: se asume que los cuestionarios son la forma habitual para medir calidad de vida.
- Contenido: deben incluirse dimensiones importantes.
- Formas de respuesta: puede ser de diversas formas.
- Sentido biológico: el instrumento debe comportarse de acuerdo con teorías que se vinculen con la calidad de vida
- Factibilidad: el instrumento tiene que ser adecuado para las diferentes culturas en las cuales se aplican⁵⁷

Pero las dos pruebas más importantes a las cuales deben someterse estas mediciones son de validez y consistencia las que una vez que cumplan estos atributos podrán aceptarse como mediciones con calidad científica.

Los instrumentos para medir calidad de vida disponibles actualmente son confiables y algunos están relacionados con diferentes padecimientos o enfermedades, así como con la salud oral, algunos ejemplos son:

- Sociodental Scale
- RAND Dental Health Index
- General Oral Health Assessment Index

- Dental impact Profile
- **Oral Health Impact Profile**
- Subjective Oral Health Status Indicators
- **Euro Quality of Life**
- Dental Impact on Daily Living
- Oral Health Related Quality of Life
- Oral Impacts on Daily Performances⁵⁶

Además de estos instrumentos, existe el Formato corto SF-36 que ha sido aplicado en México con poblaciones de los estados de Oaxaca y Sonora, haciendo un comparativo de la calidad de vida con algunas poblaciones de Estados Unidos y Canadá, el instrumento SF – 36 incluye 36 preguntas que generan ocho dimensiones diferentes sobre calidad de vida relacionadas con la salud; a partir de esas dimensiones se estima un componente físico y otro mental, sin embargo, para el objetivo de este estudio se utilizaron el **Oral Health Impact Profile (OHIP)** que contiene 14 preguntas y el **EURO Quality of Life (Euro QoL)** con 5 items acerca de calidad de vida en general, con los cuales se determinó la calidad de vida y la satisfacción e importancia que las personas le dan a su estado de salud bucal y funcional.

3. Planteamiento del problema.

Las enfermedades buco dentales afectan profundamente la salud general y la calidad de vida de la población. Es necesario que la gente tome conciencia de ésta situación y prevenga antes de que sea tarde, por lo que se debe incrementar la higiene bucal, para no tener consecuencias como la pérdida dental, que es la extracción o la avulsión de un diente erupcionado por cualquier razón, este problema conlleva al adulto mayor a una situación de incomodidad, insatisfacción, inhabilidad e inseguridad.

Ante esta circunstancia la calidad de vida en el adulto mayor se ve modificada en sus actividades diarias por lo que le ocasionan conflictos tanto de salud oral como de salud general dado que no puede comer, masticar, reír, ni nutrirse adecuadamente por lo que es de suma importancia conocer en que situación se encuentra esta población.

Hablar de calidad de vida , plantea múltiples obstáculos al tratar de concretarlo teóricamente, en vista de la complejidad y de la necesidad de realizar una construcción del concepto que involucra aspectos diferentes según sea esa construcción. Particularmente cuando aludimos a la noción de calidad de vida en el presente proyecto, estamos involucrando aspectos ligados a la situación de los sujetos en el ámbito de salud bucal (pérdida dental).

De lo anterior se deriva la siguiente pregunta de investigación:

- 1) ¿Cómo influye la pérdida dental sobre la calidad de vida en el adulto mayor?

4. Justificación

La calidad de vida en los adultos mayores, podría considerarse como el equilibrio en todos los aspectos tanto físicos, sociales como funcionales, sin embargo, en la mayoría de las personas de mas de 60 años se ve disminuida la capacidad de recuperarse de las enfermedades sistémicas y se vuelven más propensos a debilitarse y a necesitar ayuda para su cuidado personal, por ello la necesidad de cuidados profesionales para atender a esta población.

Los adultos mayores no relacionan su salud general, ni su estilo de vida con su salud bucal, siendo esto un factor importante que debería ser tomado en cuenta, ya que se piensa que se carece de salud bucal únicamente cuando se tiene dolor en algún diente esto es, tomádo en cuenta únicamente el aspecto físico de su dentadura al hablar o al sonreír, aunado a esto, se presenta el hecho de que la pérdida dental se considera como un proceso natural del envejecimiento, siendo un total error ya que el perder un diente ocasiona una limitación en sus funciones diarias y podría trascender en una discapacidad.

Es importante concientizar a la población sobre la problemática que conlleva el perder dientes, enfatizando que este problema va más allá de solo su apariencia física, ya que la pérdida dental puede ser la causa de varias modificaciones en la vida de cualquier persona, con problemas que pueden ser tan simples como cambios en su dieta, hasta llegar el hecho de involucrar su completo estado de salud general y por lo tanto, su calidad de vida.

Es por ello que el presente trabajo pretende conocer las condiciones bucales que presentan los adultos mayores, asimismo pretende valorar el estilo de vida que tienen nuestros sujetos de estudio y con esto obtener un precedente con el cual se

podrán planificar estrategias, que sirva como precedente para poder realizar programas o campañas de salud bucal en la Facultad.

5. Hipótesis

Los adultos mayores de 65 años modifican su calidad de vida relacionada con su salud bucal debido a la pérdida dental.

6. Objetivo general.

- Determinar la asociación existente entre la pérdida dental y el estilo de vida en el adulto mayor.

6.1 Objetivos específicos.

- Identificar la prevalencia de pérdida dental en el adulto mayor.
- Determinar los aspectos físicos, sociales y emocionales que modifican la calidad de vida relacionada con la salud bucal por la pérdida dental.
- Identificar la prevalencia de las enfermedades bucales en el adulto mayor.

7. Modelo Conceptual.

En general la calidad de vida se relaciona con la satisfacción individual de salud, las necesidades de superación, bienestar, autoestima, libertad y los significados de relaciones interpersonales y trabajo.

En un adulto mayor la calidad de vida se puede ver afectada por factores como las enfermedades sistémicas con sus repercusiones sobre su salud en general y por la pérdida dental, que es considerada como la ausencia de un diente permanente debido a las enfermedades bucales más comunes (caries, enfermedad periodontal)

podrán planificar estrategias, que sirva como precedente para poder realizar programas o campañas de salud bucal en la Facultad.

5. Hipótesis

Los adultos mayores de 65 años modifican su calidad de vida relacionada con su salud bucal debido a la pérdida dental.

6. Objetivo general.

- Determinar la asociación existente entre la pérdida dental y el estilo de vida en el adulto mayor.

6.1 Objetivos específicos.

- Identificar la prevalencia de pérdida dental en el adulto mayor.
- Determinar los aspectos físicos, sociales y emocionales que modifican la calidad de vida relacionada con la salud bucal por la pérdida dental.
- Identificar la prevalencia de las enfermedades bucales en el adulto mayor.

7. Modelo Conceptual.

En general la calidad de vida se relaciona con la satisfacción individual de salud, las necesidades de superación, bienestar, autoestima, libertad y los significados de relaciones interpersonales y trabajo.

En un adulto mayor la calidad de vida se puede ver afectada por factores como las enfermedades sistémicas con sus repercusiones sobre su salud en general y por la pérdida dental, que es considerada como la ausencia de un diente permanente debido a las enfermedades bucales más comunes (caries, enfermedad periodontal)

o como consecuencia de algún compromiso sistémico que no permita tener una salud bucal adecuada, por lo tanto la calidad de vida de un adulto mayor se vera disminuida conforme un individuo padezca alguna enfermedad sistémica o presente pérdida de órganos dentarios. (Fig 1.)

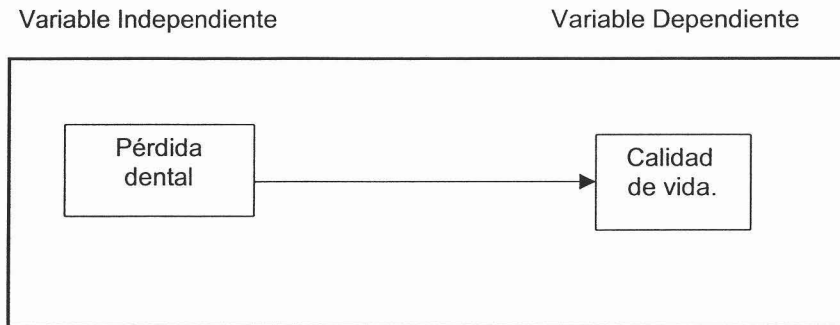


Fig. 1 Modelo conceptual de pérdida dental y calidad de vida

8. Operalización y conceptualización de las variables.

Pérdida dental

- **Definición conceptual:** Ausencia de un diente permanente erupcionado.
- **Definición operacional:** se realizará mediante el conteo del número de dientes incisivos, caninos, premolares y molares permanentes perdidos en los arcos superior e inferior. No contarán los terceros molares por su inconstante erupción en boca. Utilizando para ello el índice de dientes cariados, perdidos y obturados CPO-D
- **Escala de medición:** Nominal (dicotómica)
- **Tipo de variable:** Cualitativa

o como consecuencia de algún compromiso sistémico que no permita tener una salud bucal adecuada, por lo tanto la calidad de vida de un adulto mayor sé vera disminuida conforme un individuo padezca alguna enfermedad sistémica o presente pérdida de órganos dentarios. (Fig 1.)

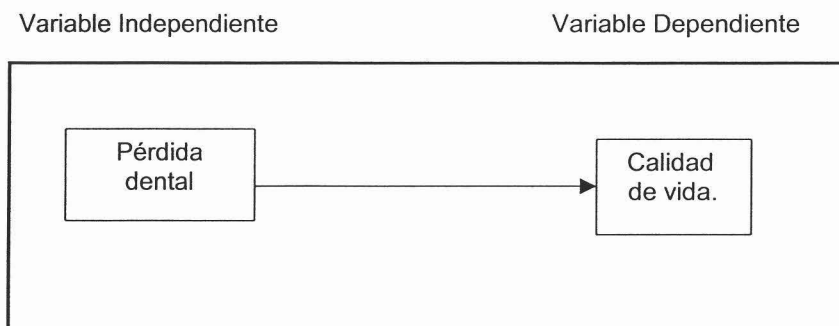


Fig. 1 Modelo conceptual de pérdida dental y calidad de vida

8. Operalización y conceptualización de las variables.

Pérdida dental

- **Definición conceptual:** Ausencia de un diente permanente erupcionado.
- **Definición operacional:** se realizará mediante el conteo del número de dientes incisivos, caninos, premolares y molares permanentes perdidos en los arcos superior e inferior. No contarán los terceros molares por su inconstante erupción en boca. Utilizando para ello el índice de dientes cariados, perdidos y obturados CPO-D
- **Escala de medición:** Nominal (dicotómica)
- **Tipo de variable:** Cualitativa

Calidad de vida

- **Definición conceptual:** es el valor asignado por los individuos o por la sociedad a la duración de la vida modificada por las deficiencias, limitaciones y discapacidades.
- **Definición operacional:** se determinará por medio de preguntas incluidas en nuestra encuesta, utilizando el instrumento EuroQoL y el OHIP.
- **Escala de medición:** Intervalo
- **Tipo de variable:** Cuantitativa

9. Material y método.

El presente estudio se realizó en adultos mayores de 65 años. A cada uno de los participantes se les informó sobre el objetivo y el procedimiento del estudio, además de solicitarles su autorización para participar.

Una vez obtenido el consentimiento se les aplicará una encuesta para conocer su edad, sexo e información epidemiológica y se anexaron las 5 preguntas del EuroQoL, así como las 14 preguntas del OHIP. (Anexo 1)

Posteriormente a los mismos pacientes se les realizó su historia clínica a través de una exploración bucal para el diagnóstico de caries, enfermedad periodontal, pérdida dental y situación de la prótesis a partir de los siguientes índices:

- Índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPO-D).
- Índice de Necesidades de Tratamiento Periodontal Comunitario (CPTIN).

El índice CPO-D, se utilizó para la identificación de dientes cariados, perdidos y obturados, así como para identificar y conocer la situación y uso de prótesis en la población, mientras que el CPTIN se utilizó para la identificación de enfermedad periodontal únicamente como presente o ausente.

Calidad de vida

- **Definición conceptual:** es el valor asignado por los individuos o por la sociedad a la duración de la vida modificada por las deficiencias, limitaciones y discapacidades.
- **Definición operacional:** se determinará por medio de preguntas incluidas en nuestra encuesta, utilizando el instrumento EuroQoL y el OHIP.
- **Escala de medición:** Intervalo
- **Tipo de variable:** Cuantitativa

9. Material y método.

El presente estudio se realizó en adultos mayores de 65 años. A cada uno de los participantes se les informó sobre el objetivo y el procedimiento del estudio, además de solicitarles su autorización para participar.

Una vez obtenido el consentimiento se les aplicará una encuesta para conocer su edad, sexo e información epidemiológica y se anexaron las 5 preguntas del EuroQoL, así como las 14 preguntas del OHIP. (Anexo 1)

Posteriormente a los mismos pacientes se les realizó su historia clínica a través de una exploración bucal para el diagnóstico de caries, enfermedad periodontal, pérdida dental y situación de la prótesis a partir de los siguientes índices:

- Índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPO-D).
- Índice de Necesidades de Tratamiento Periodontal Comunitario (CPTIN).

El índice CPO-D, se utilizó para la identificación de dientes cariados, perdidos y obturados, así como para identificar y conocer la situación y uso de prótesis en la población, mientras que el CPTIN se utilizó para la identificación de enfermedad periodontal únicamente como presente o ausente.

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Atención Integral para Adultos Mayores “Gente Grande” del INAPAM, con luz natural, equipo básico para la revisión bucal (espejo plano y explorador del No. 5, sonda periodontal calibrada (11.5), abatelenguas y barrera de protección, siguiendo los criterios propuestos por la Secretaría de Salud y la OMS.

Para ello se contó con la participación de dos alumnos de licenciatura de la Facultad de Odontología que actualmente realizan su servicio social en esta institución.

Los alumnos fueron calibrados bajo un patrón observador de la Jefatura de Odontología Preventiva y Salud Pública, con una confiabilidad del 98%.

9.1 Tipo de estudio

- Transversal analítico.

9.2 Población de estudio

- Adultos mayores de 65 años.

9.3 Muestra

Por razones de factibilidad y dado que se desconoce la prevalencia en la pérdida dental, el cálculo del tamaño de la muestra se realizó por conveniencia, eligiéndose a 100 personas a través del método por cuotas.

La selección de la población se realizó de acuerdo a las recomendaciones de la OMS para la realización de estudios epidemiológicos de salud bucal, teniendo en cuenta que de acuerdo a la clasificación de este organismo, una persona es considerada como adulto mayor a partir de los 65 años.

9.4 Criterios de inclusión

- Adultos mayores de 65 años que acuden al Centro de Atención Integral del INAPAM, sin distinción de sexos que deseen participar.

9.5 Criterios de exclusión

- Personas que no puedan contestar la encuesta o que la misma quede inconclusa.
- Personas con implantes dentales.
- Personas que no residan en el D.F.

9.6 Variables independientes

- Pérdida dental

9.7 Variable dependiente

- Calidad de vida

9.8 Limitaciones del estudio

- La información que se obtenga será extrapolable únicamente a personas con características similares.
- Ambigüedad temporal.

9.9 Recursos Humanos

C.D. Miriam Ortega Maldonado

M en C Alejandra Moreno Altamirano

M en C Javier de la Fuente Hernández

C.D. Alberto Zelocuatécatl Aguilar

Encuestadores: Dos alumnos de la licenciatura de la Facultad de Odontología que realizan su servicio social en el Programa “Investigación en Odontología Preventiva y Salud Pública Bucal ”

9.9.1 Recursos Materiales

Historias Clínicas impresas

Espejos planos del No. 5

Exploradores del No. 5

Sondas periodontales (calibradas por la OMS)

Guantes de látex para uso odontológico

Cubre bocas

Solución esterilizante concentrada

Palangana para la solución esterilizante

Toallas de papel para las manos

9.9.2 Recursos Financieros

No se contó con apoyo financiero, sin embargo, se contó con la participación de la Facultad de Odontología para el uso de su equipo de esterilización, y lugar para trabajar en la captura y análisis de datos

10. Aspectos éticos

El presente estudio no implica la realización de ninguna intervención, sin embargo de acuerdo a la ley General de Salud, artículo 17, esta investigación, se considera con riesgo mínimo debido a que se harán exploraciones bucales. Para la cual sólo se solicitó la firma de las personas en la encuesta aprobando la misma y asegurando al paciente confidencialidad de la información proporcionada.⁵⁸

Contemplando los siguientes puntos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación.
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias y los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan obtenerse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuestas a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad de que no se identificara al sujeto y se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
- IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio para continuar participando;
- X. La disponibilidad del tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho por parte de la institución de atención a la salud en el caso de daños que ameriten directamente causados por la investigación.

11. Plan de análisis

Se vació la información capturada en una base de datos para realizar el análisis estadístico de manera periódica con el programa SPSS. Se utilizó en primer lugar la estadística descriptiva para obtener las prevalencias correspondientes. Posteriormente se realizó una razón de momios(RM) para ver las asociaciones entre nuestra variable dependiente e independiente, así como nuestra prueba de hipótesis mediante una χ_{MH} .

12. Resultados descriptivos

12.1 Características de la población de estudio

La población de estudio esta conformada por 100 individuos de ambos sexos, mayores de 65 años, que residen en el Distrito Federal y que acuden al Centro de Atención Integral "Gente Grande", donde se les pidió su cooperación para responder la encuesta que fue aplicada con luz natural en la sala de espera por dos encuestadores previamente calibrados y estandarizados.

12.2 Distribución de los individuos según su información sociodemográfica y pérdida dental

De los individuos encuestados 71 son del sexo femenino y 67 de estas mujeres presentan pérdida dental. En esta misma población se encontró que 53 individuos están casados y 50 de ellos presentan pérdida dental. En cuanto al nivel de estudios 56 personas cuentan con educación básica de los cuales 54 presentaron pérdida dental. Por último se identificó que 50 personas son amas de casa y sólo 2 de ellas no presentaron pérdida dental. (Cuadro 1)

Cuadro1. Información Sociodemográfica de la población que presenta pérdida dental.
Centro de Atención Integral "Gente Grande" INAPAM.2005

Información Sociodemográfica		Pérdida dental		Total
Sexo		Si	No	(N)
	Femenino	67	4	71
	Masculino	28	1	29
	Total	95	5	100
Estado civil	Soltero (a)	11	-	11
	Casado (a)	50	3	53
	Viudo (a)	27	2	29
	Separado (a)	4	-	4
	Divorciado (a)	3	-	3
	Total	95	5	100
Nivel de estudios	Sin estudios	11	-	11
	Educación básica	54	2	56
	Educación media	16	1	17
	Educación superior	14	2	16
	Total	95	5	100
Situación actual	Empleado o trabajador autónomo	14	0	14
	Jubilado o pensionado	24	2	26
	Ama de casa	48	2	50
	Estudiante	-	1	1
	No trabajo	9	-	9
	Total	95	5	100

Fuente: Directa

12.3 Prevalencia de condiciones bucales

En los individuos encuestados se encontraron las siguientes prevalencias: 51% con caries dental, 52% con dientes obturados, 27% presenta soporte de puentes o coronas, mientras que el 14% refirió dolor dental y solo el 8% movilidad, el 67% de los individuos presentaron contacto oclusal (unidades funcionales).

La prevalencia de pérdida dental fue del 95% incluyéndose al 19% de los edéntulos (Cuadro 2).

Cuadro 2. Prevalencias de condiciones bucales.
Centro de Atención Integral "Gente Grande" INAPAM.2005

Condiciones bucales	Prevalencia (%)
Caries dental	51
Dientes obturados	52
Soporte de corona o puente	27
Dolor dental	14
Movilidad Dentaria	8
Oclusión (Unidades Funcionales)	67
Pérdida dental	95
Edentulismo	19

Fuente: Directa

12.4 Distribución de la población especificando el número de dientes perdidos

Se encontró que 19% de la población encuestada es edéntula, mientras que el 7% de la población ha perdido 12 dientes, y tan solo el 5% de nuestra población no ha perdido dientes(Cuadro 3).

Cuadro 3. Número de dientes perdidos que presentan los adultos mayores de 65 años del Centro Integral de Atención "Gente Grande" INAPAM.2005

No. de dientes perdidos	65-69 (N)	70-74 (N)	75-79 (N)	80-84 (N)	Total (N)
0	2	2	1	-	5
1	3	-	-	-	3
3	2	1	-	-	3
4	4	1	-	1	6
5	4	2	-	-	6
6	-	1	-	-	1
7	1	-	1	-	2
8	1	4	-	-	5
9	3	-	-	1	4
10	4	1	-	1	6
11	-	1	1	-	2
12	4	3	-	-	7
13	1	-	-	-	1
14	1	1	2	-	4
15	1	1	-	-	2
16	-	3	-	-	3
17	1	-	-	-	1
18	-	-	2	-	2
19	1	-	1	-	2
20	2	-	-	-	2
21	3	-	-	-	3
22	2	1	-	-	3
23	-	1	-	-	1
24	2	-	-	-	2
25	3	-	-	-	3
26	-	2	-	-	2
28	12	5	1	1	19
Total	57	30	9	4	100

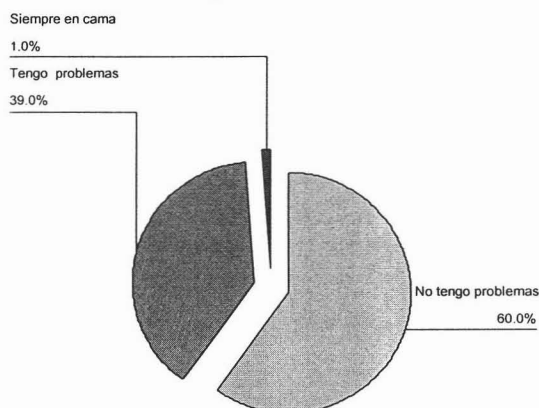
Fuente: Directa

EUROQoL descriptivos

12.1.1 Distribución de la población según su movilidad.

Teniendo en cuenta que la población encuestada esta compuesta por adultos mayores de 65 años es importante señalar que el 60% de esta población refiere no tener problemas para caminar, mientras que tan solo el 1% menciona siempre estar en cama(Gráfica 1).

Gráfica 1. Porcentaje de personas según su movilidad.
Centro de Atención Integral "Gente Grande" INAPAM. 2005

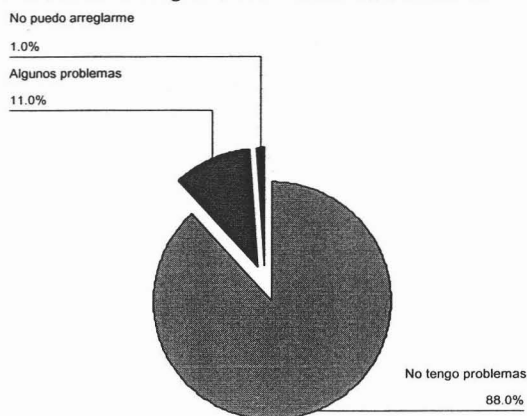


Fuente: Directa

12.1.2 Distribución de la población por su capacidad de cuidado personal

El 88% de la población encuestada mencionó no tener problemas para llevar acabo su cuidado personal, mientras que el 1% no pueden o refieren no poder arreglarse por si mismos(Gráfica 2).

Gráfica 2. Porcentaje de la población por su capacidad de cuidado personal.
Centro de Atención Integral "Gente Grande" INAPAM. 2005

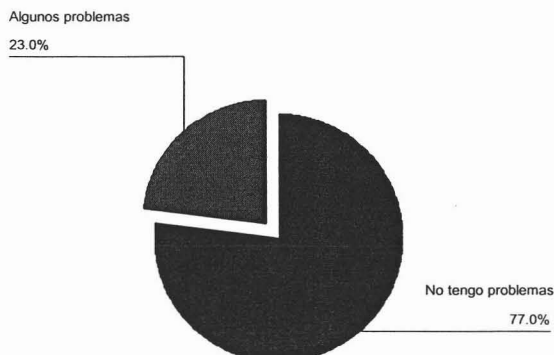


Fuente: Directa

12.1.3 Distribución de la población por su capacidad de realizar sus actividades cotidianas.

Al cuestionar a las personas respecto a su dificultad para realizar sus actividades cotidianas, se encontró que el 77% no tenía ningún problema para realizarlas mientras que el 23% de la población solo menciona tener algunos problemas, cabe mencionar que ningún individuo señaló la opción de soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas (Gráfica 3).

Gráfica 3. Porcentaje de la población por su capacidad de realizar sus actividades cotidianas.
Centro de Atención Integral "Gente Grande" INAPAM. 2005

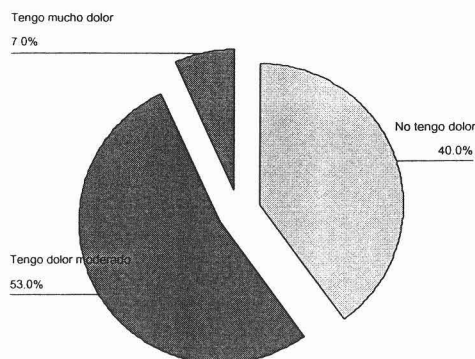


Fuente: Directa

12.1.4 Distribución de la población con dolor respecto a su salud general.

Con respecto a que la población refiera dolor en alguna parte del cuerpo el 53% mencionó tener dolor moderado mientras que el 7% contestó tener mucho dolor. (Gráfica 4)

Gráfica 4. Porcentaje de la población que refiere dolor en alguna parte de su cuerpo.



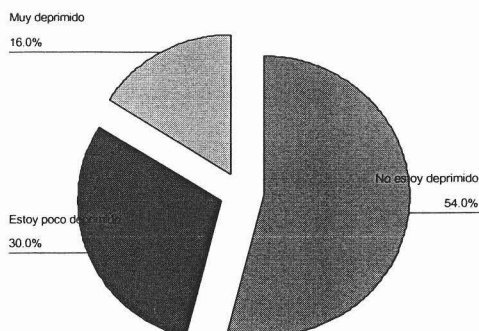
Fuente: Directa

12.1.5 Distribución de la población según depresión / ansiedad

El porcentaje de la población encuestada que mencionó no estar deprimido es del 54%, mientras que el 16% de este grupo refiere encontrarse muy deprimido. (Gráfica 5)

Gráfica 5. Porcentaje de la población que refiere estar ansioso o deprimido.

Centro de Atención Integral "Gente Grande" INAPAM. 2005



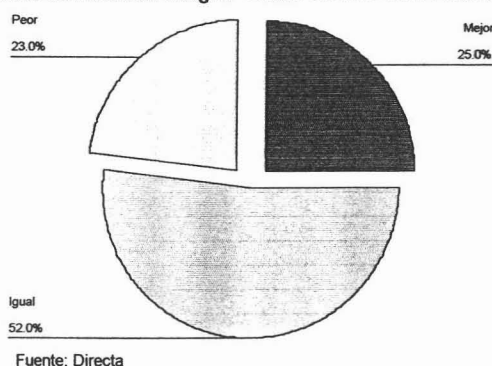
Fuente: Directa

12.1.6 Distribución de la población por su estado de salud actual comparado con los últimos doce meses

El 52% de la población encuestada menciona que su estado de salud general se ha mantenido igual en los últimos doce meses y solo el 23% de la población refiere sentirse peor el día que se le realizó la encuesta(Gráfica 6).

Gráfica 6. Porcentaje de la población por su estado de salud actual comparado con los últimos doce meses.

Centro de Atención Integral "Gente Grande" INAPAM. 2005



OHIP descriptivos

12.2 Distribución de la población según el puntaje obtenido en el OHIP.

A las respuestas se les dio un valor de acuerdo a una escala ordinal. La respuesta de nunca fue codificada con cero y muy frecuentemente con cuatro en las catorce preguntas, donde después fueron sumados para producir un puntaje del OHIP poblacional, que tiene un margen de cero a cincuenta y seis. Los mayores puntajes indicaban una pobre relación entre la salud bucal y sus actividades diarias, mientras que los menores puntajes indicaban una excelente relación entre su salud bucal y actividades diarias.

De las personas encuestadas 67 tuvieron puntajes mínimos por lo tanto una excelente relación entre su salud oral y sus actividades diarias, mientras que sólo 6 individuos obtuvieron el puntaje necesario para situarlos en el grupo de mala relación entre su salud oral y sus actividades diarias. Es importante mencionar que ningún individuo entro en la categoría de pésima. (Cuadro 4)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 4. Distribución de individuos según el puntaje obtenido en el OHIP
Centro de Atención "Gente Grande"INAPAM.2005

Categoría	No. de individuos
Pésima	0
Mala	6
Regular	8
Buena	19
Excelente	67
Total	100

Fuente: Directa.

12.3 Asociación entre pérdida dental y EuroQoL

Los respuestas obtenidos del EuroQoL fueron convertidas a dicotómicas para encontrar una asociación, en donde las opciones de "si presento" y "en ocasiones presento" representan las respuesta de "presente", mientras que la opción de "no presento" es igual a "ausente"

12.3.1 Distribución de la población con pérdida dental y que respondieron tener problemas con su movilidad.

El 37% de la población encuestada presentó pérdida dental y respondió tener problemas con su movilidad, mientras que 58% presenta pérdida dental sin tener problemas con su movilidad. (Cuadro 5)

Cuadro 5. Individuos con pérdida dental y problemas con su movilidad.
Centro de Atención "Gente Grande"INAPAM.2005

Problemas con movilidad	Pérdida dental		Total (%)
	Si (%)	No (%)	
Presente	37	3	40
Ausente	58	2	60
Total	95	5	100

Fuente Directa

R.M: 0.42

12.3.2 Distribución de la población con pérdida dental y que respondieron tener problemas con su cuidado personal.

Se encontró que el 11% de los individuos encuestados presentaron pérdida dental y mencionaron tener problemas con su cuidado personal, sin embargo el 84% de los encuestados presentaron pérdida dental sin presentar problemas con su cuidado personal. (Cuadro 6)

Cuadro 6. Individuos con pérdida dental y problemas con su cuidado personal.
Centro de Atención "Gente Grande"INAPAM.2005

Problemas con su cuidado personal	Pérdida dental		Total (%)
	Si (%)	No (%)	
Presente	11	1	12
Ausente	84	4	88
Total	95	5	100

Fuente: directa.

R.M: 0.52

12.3.3 Distribución de la población con pérdida dental y que respondieron tener problemas para realizar sus actividades cotidianas.

El 21% de los individuos encuestados presentó pérdida dental y respondió tener problemas para realizar sus actividades cotidianas, mientras que 74% de los encuestados presentó pérdida sin problemas para realizar sus actividades cotidianas. (Cuadro 7)

Cuadro 7. Individuos con pérdida dental y problemas para realizar sus actividades cotidianas.
Centro de Atención "Gente Grande"INAPAM.2005

Problemas para realizar sus actividades cotidianas	Pérdida dental		Total (%)
	Si (%)	No (%)	
Presente	21	2	23
Ausente	74	3	77
Total	95	5	100

Fuente: directa.

R.M: 0.42

12.3.4 Distribución de la población con pérdida dental y que refirieron sentir dolor o malestar en general.

El 57% de la población encuestada presentó pérdida dental y refirió sentir algún dolor o malestar, mientras que el 38% presentó pérdida dental sin dolor o malestar. (Cuadro 8)

Cuadro 8. Individuos con pérdida dental y con dolor o malestar general.
Centro de Atención "Gente Grande" INAPAM.2005

Dolor o malestar	Pérdida dental		Total (%)
	Si (%)	No (%)	
Presente	57	3	60
Ausente	38	2	40
Total	95	5	100

Fuente: directa.

R.M: 1

12.3.5 Distribución de la población con pérdida dental y que respondieron padecer ansiedad y depresión.

De la población encuestada el 44% presentó pérdida dental y respondió padecer problemas de ansiedad y / o depresión, mientras que el 51% presentó pérdida dental sin padecer ansiedad y / o depresión. (Cuadro 9)

Cuadro 9. Individuos con pérdida dental y con ansiedad y depresión
Centro de Atención "Gente Grande" INAPAM.2005

Depresión / Ansiedad	Pérdida dental		Total (%)
	Si (%)	No (%)	
Presente	44	2	46
Ausente	51	3	54
Total	95	5	100

Fuente: directa.

R.M: 1.29 X_{MH} : 0.274

12.4 Asociación entre pérdida dental y OHIP

12.4.1 Distribución de la población con pérdida dental y que mencionaron tener problemas al pronunciar algunas palabras debido a sus dientes, boca o prótesis.

Se encontró que de los 95 de la población encuestada que presenta pérdida dental sólo 28 de ellos, menciona tener problemas de pronunciación mientras que los cinco individuos que no presentan pérdida dental tampoco tienen problemas de pronunciación.(Cuadro 10).

Cuadro 10. Personas que mencionan tener problemas al pronunciar palabras debido a sus dientes, boca o prótesis y presentan pérdida dental.

Centro de Atención Integral "Gente Grande" INAPAM. 2005

Pérdida dental	Ha tenido problemas al pronunciar algunas palabras debido a los problemas con sus dientes, boca o prótesis					Total
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy frecuentemente	
Si	67	4	16	8	-	95
No	5	-	-	-	-	5
Total	72	4	16	8	0	100

Fuente: Directa.

12.4.2 Distribución de la población con pérdida dental y que mencionaron que su sentido del gusto ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis.

De la población encuestada 33 individuos refirieron que su sentido del gusto ha empeorado debido a problemas con sus dientes, de los cuales 31 de estos presenta pérdida dental y tan solo dos no presentan tal situación (Cuadro 11).

Cuadro 11. Personas que mencionan que su sentido del gusto ha empeorado debido a problemas con sus dientes boca o prótesis y que presentan pérdida dental.

Centro de Atención Integral "Gente Grande". 2005

Pérdida dental	Su sentido del gusto ha empeorado debido a los problemas con sus dientes, boca o prótesis					Total
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy frecuentemente	
Si	64	4	16	8	3	95
No	3	-	2	-	-	5
Total	67	4	18	8	3	100

Fuente: Directa.

12.4.3 Distribución de la población con pérdida dental y que mencionaron tener algún dolor en su boca.

De los 95 individuos con pérdida dental, 35 mencionaron haber tenido dolor en su boca, mientras que solo un individuo que no presenta pérdida dental menciona haber tenido este tipo de dolor (Cuadro 12).

Cuadro 12. Población que menciona tener algún dolor en su boca y presenta pérdida dental.

Centro de Atención Integral "Gente Grande" INAPAM. 2005

Pérdida dental	Ha tenido algún dolor en su boca					Total
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy frecuentemente	
Si	60	11	18	5	1	95
No	4	-	1	-	-	5
Total	64	11	19	5	1	100

Fuente: Directa

12.4.4 Distribución de la población con pérdida dental y que respondieron haberse sentido incómodos al comer algún alimento debido a problemas con sus dientes, boca y prótesis.

Al cuestionar a los individuos si se sentían incómodos al comer algún alimento por problemas con sus dientes 41 individuos de los 95 que presentan pérdida dental mencionaron haberse sentido incómodos, mientras que solo un individuo que no presenta esta pérdida contestó haberse sentido incomodo (Cuadro 13).

Cuadro 13. Personas que mencionan sentirse incomodas al comer algún alimento debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis y presentan pérdida dental.

Centro de Atención Integral "Gente Grande" INAPAM. 2005

Pérdida dental	Se ha sentido incomodo al comer algún alimento debido a los problemas con sus dientes, boca o prótesis					Total
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy frecuentemente	
Si	54	5	15	17	4	95
No	4	0	1	-	-	5
Total	58	5	16	17	4	100

Fuente: Directa

12.4.5 Distribución de la población con pérdida dental y que respondieron haberse sentido apenados por sus dientes, boca o prótesis y que presentan pérdida dental

De los cien individuos encuestados 31 presentaron pérdida dental y respondieron sentirse apenados, mientras que 32 presentan pérdida dental y respondieron nunca haberse sentido apenados. De los cinco individuos sin pérdida dental solo dos refieren haberse sentido apenados (Cuadro 14).

Cuadro 14. Personas que mencionan haberse sentido apenadas por sus dientes boca o prótesis y que presentan pérdida dental.

Centro de Atención "Gente Grande" INAPAM.2005

Pérdida dental	Se ha sentido apenado por sus dientes, boca o prótesis					Total
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy frecuentemente	
Si	64	4	16	8	3	95
No	3	-	2	-	-	5
Total	67	4	18	8	3	100

Fuente: Directa.

12.4.6 Distribución de la población con pérdida dental y que respondieron haberse sentido tensos por problemas con sus dientes, boca o prótesis.

De la población encuestada 36 individuos mencionaron haberse sentido tensos, todos estos presentaron pérdida dental, mientras que de los individuos que no presentaron pérdida dental ninguno refirió haberse sentido tenso (Cuadro 15).

Cuadro 15. Personas que mencionan haberse sentido tensas por problemas con su boca, dientes o prótesis y presentan pérdida dental.

Centro de Atención Integral "Gente Grande" INAPAM.2005

Pérdida dental	Se ha sentido tenso por problemas con sus dientes, boca o prótesis					Total
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy frecuentemente	
Si	59	8	10	11	7	95
No	5	-	-	-	-	5
Total	64	8	10	11	7	100

Fuente: Directa.

12.4.7 Distribución de la población con pérdida dental y que mencionaron que su alimentación ha sido mala debido a problemas con su boca, dientes o prótesis.

Los individuos que mencionaron que su alimentación ha sido mala y que presentaron pérdida dental fueron 33, mientras que los individuos sin pérdida dental no consideran haber tenido una mala alimentación (Cuadro 16).

Cuadro 16. Personas que mencionan que su alimentación ha sido mala debido a problemas con su boca, dientes o prótesis y presentan pérdida dental.

Centro de Atención Integral "Gente Grande" INAPAM. 2005

Pérdida dental	Su alimentación ha sido mala debido a los problemas con sus dientes, boca o prótesis					
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Total
Si	62	7	10	11	5	95
No	5	-	-	-	-	5
Total	67	7	10	11	5	100

Fuente: Directa.

12.4.8 Distribución de la población con pérdida dental y que respondieron haber tenido que interrumpir su comida debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis.

De los 95 individuos que presentan pérdida dental 35 mencionaron haber tenido que interrumpir su comida debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis (Cuadro 17).

Cuadro 17. Personas que mencionan haber tenido que interrumpir su comida debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis y que presentan pérdida dental.

Centro de Atención Integral "Gente Grande" INAPAM. 2005

Pérdida dental	Ha tenido que interrumpir su comida debido a los problemas con sus dientes, boca o prótesis					
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Total
Si	60	8	11	11	5	95
No	5	-	-	-	-	5
Total	65	8	11	11	35	100

Fuente: Directa.

12.4.9 Distribución de la población con pérdida dental y que respondieron sentirse estresadas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis y que presentan pérdida dental.

De los individuos encuestados 34 presentaron pérdida dental y respondieron haberse sentido estresados (Cuadro 18).

Cuadro 18. Personas que se han sentido estresados por problemas con sus dientes, boca o prótesis y que tienen pérdida dental
Centro de Atención Integral "Gente Grande" INAPAM.2005

Pérdida dental	Se ha sentido estresado debido a los problemas con sus dientes, boca o prótesis					Total
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy frecuentemente	
Si	61	8	12	10	4	95
No	5	-	-	-	-	5
Total	66	8	12	10	4	100

Fuente: Directa.

12.4.10 Distribución de la población con pérdida dental y que respondieron haberse avergonzado debido a los problemas con sus dientes, boca o prótesis.

De los cien individuos encuestados 32 presentaron pérdida dental y respondieron sentirse apenados, mientras que 63 presentan pérdida dental y refirieron nunca haberse sentido apenados. De los cinco individuos sin pérdida dental solo uno refiere haberse sentido avergonzado (Cuadro 19).

Cuadro 19. Población que presenta pérdida dental y que refiere haberse sentido avergonzado por problemas con sus dientes, boca o prótesis.
Centro de Atención Integral "Gente Grande" INAPAM.2005

Pérdida dental	Se ha avergonzado debido a los problemas con sus dientes, boca o prótesis					Total
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy frecuentemente	
Si	63	6	8	12	6	95
No	4	1	-	-	-	5
Total	67	7	8	12	6	100

Fuente: Directa.

12.4.11 Distribución de la población con pérdida dental y que respondieron haber estado irritable con otras personas debido a los problemas con sus dientes, boca o prótesis

De los 100 individuos encuestados 30 respondieron haber estado irritables con otras personas debido a sus dientes, de los cuales 29 presentan pérdida dental (Cuadro 20).

Cuadro 20. Personas que presentan pérdida dental y que refieren haberse sentido estresados debido a sus dientes.

Centro de Atención "Gente Grande" INAPAM.2005

Pérdida dental	Ha estado irritable con otras personas debido a los problemas con sus dientes, boca o prótesis					Total
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy frecuentemente	
Si	66	6	11	10	2	95
No	4	-	1	-	-	5
Total	70	6	12	10	2	100

Fuente: Directa.

12.4.12 Distribución de la población con pérdida dental y que respondieron haber tenido alguna dificultad realizando sus actividades cotidianas debido a los problemas con sus dientes, boca o prótesis.

De los individuos que presentan pérdida dental 20 de ellos refiere haber tenido alguna dificultad para realizar sus actividades cotidianas debido a problemas con sus dientes boca o prótesis (Cuadro 21).

Cuadro 21. Personas que refieren haber tenido problemas al realizar sus actividades cotidianas y que presentan pérdida dental.

Centro de Atención Integral "Gente Grande" INAPAM.2005

Pérdida dental	Usted ha tenido alguna dificultad realizando sus actividades cotidianas debido a los problemas con sus dientes, boca o prótesis					Total
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy frecuentemente	
Si	75	3	10	4	3	95
No	5	-	-	-	-	5
Total	80	3	10	4	3	100

Fuente: Directa.

12.4.13 Distribución de la población con pérdida dental y que respondieron haber sentido que la vida en general ha sido menos satisfactoria debido a los problemas con sus dientes, boca o prótesis

De las 71 personas que presentan pérdida dental 24 respondieron haber sentido que la vida en general ha sido menos satisfactoria debido a problemas con sus dientes (Cuadro 22).

Cuadro 22. Personas con pérdida dental y que han sentido que la vida en general ha sido menos satisfactoria.

Centro de Atención "Gente Grande" INAPAM.2005

Pérdida dental	Ha sentido que la vida en general ha sido menos satisfactoria debido a los problemas con sus dientes, boca o prótesis					Total
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy frecuentemente	
Si	71	7	8	7	2	95
No	5	-	-	-	-	5
Total	76	7	8	7	2	100

Fuente: Directa.

12.4.14 Distribución de la población con pérdida dental y que respondieron ser incapaces de realizar todas sus actividades debido a los problemas con sus dientes, boca o prótesis

Solo 16 individuos de los 95 que presentan pérdida dental respondieron ser incapaces de realizar todas sus actividades debido a problemas con sus dientes (Cuadro 23).

Cuadro 23. Personas con pérdida dental que respondieron haberse sentido incapaces de realizar sus actividades cotidianas debido a sus dientes.

Centro de Atención "Gente Grande" INAPAM.2005

Pérdida dental	Ha sido incapaz de realizar todas sus actividades debido a los problemas con sus dientes, boca o prótesis					Total
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy frecuentemente	
Si	73	6	8	-	2	95
No	5	-	-	-	-	5
Total	78	6	8	-	2	100

Fuente: Directa.

13. Discusión

El estudio se llevó a cabo en una muestra de 100 personas mayores de 65 años que acuden al centro de atención integral del INAPAM y que residen en la Ciudad de México con la finalidad de aplicar una encuesta para conocer su condición bucal y la opinión que tenían respecto a ella.

De los datos obtenidos resalta la prevalencia de pérdida dental la cual fue del 95% dato que no está muy alejado de Baelum V y cols. en China, quienes reportaron el 96% de su población había perdido por lo menos un diente.⁵⁸ Así como también la prevalencia de edentulismo que fue del 19% similar a la obtenida por Hiindenkar en Finlandia (16.7%).

Tomando en cuenta que la prevalencia de pérdida dental es alta, es decir, que sólo cinco de nuestros sujetos no presentan pérdida dental pero si necesidades de tratamiento, nos lleva a sugerir que los programas de prevención no sólo sean dirigidos a niños si no también a adultos mayores, para limitar la enfermedad y evitar la consecuente pérdida de los dientes remanentes y una posible discapacidad según lo referido por Locker.³⁵

De las preguntas del EuroQoL solo 40% de las personas que refirieron ansiedad y depresión se relacionaron con la pérdida dental; por otra parte, los resultados obtenidos en el OHIP muestran que para la población, la salud bucal carece de importancia ya que ellos mencionan encontrarse en perfectas condiciones dado que 67% de estos obtuvieron un puntaje "excelente", mientras que a la exploración clínica se encontraron grandes deficiencias, lo que contradice con lo referido con Locker en un estudio en Canadá donde los adultos edéntulos reportan un impacto negativo en mayor grado que aquellos individuos dentados, este mismo impacto se observó en pacientes que presentaban una economía desfavorable.

Esto hace suponer que el instrumento EuroQoL no es lo suficientemente susceptible para medir una relación entre calidad de vida y pérdida dental, es por esto que para futuras investigaciones se recomienda el uso de otro instrumento para identificar de forma adecuada esta relación.

Los resultados reflejan que la población en general identifica a la pérdida dental como parte del envejecimiento siendo una característica más de la vejez, por lo tanto, es de suma importancia darles a conocer que esta pérdida es prevenible.

En los adulto mayores la calidad de vida en la mayoría de los casos es deficiente debido a los problemas característicos y condiciones propias de la edad como son las enfermedades sistémicas, ansiedad, depresión y situación económica, por lo tanto se sugiere, que para futuras investigaciones se amplíe el estudio a diferentes grupo es de edad, para así establecer el momento preciso en que la pérdida dental es un factor trascendental en los individuos, ocasionándoles modificaciones en su calidad de vida.

14. Conclusión

La pérdida dental provoca deficiencias, limitaciones funcionales y discapacidades lo que repercute en la calidad de vida de los individuos, sin embargo, la gran capacidad de adaptación del ser humano ocasiona que los cambios provocados por la pérdida de dientes pasen desapercibidos o que sean poco importantes debido a las condiciones físicas en las que se encuentra este grupo de personas.

Ya que la calidad de vida en las personas de la tercera edad depende de diversos factores, entre los cuales se encuentran la solución a problemas específicos es necesario que la odontología promueva mejoras en la calidad de vida a través de la prevención o tratamiento de las enfermedades bucales.

Es importante mencionar que el presente estudio solo busco una asociación entre la calidad de vida con la perdida dental, sin embargo, es necesario observar la totalidad de las características y condiciones bucales, tales como caries, enfermedad periodontal, situación de la prótesis, etc, para así poder encontrar un verdadero impacto de la salud bucal en la calidad de vida.

Con lo anterior se pudo corroborar que la pérdida dental es un problema de fácil aceptación y de rápida adaptación.

15. Referencias

- ¹ Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health related quality of life. A conceptual model of patients outcomes. JAMA 1995 Jan 4;273(1):59-65.
- ² Chen M., Hunter P., Oral health and Quality of life in New Zealand: a social perspective. Soc.Sci.Med. 43:1213-1222.
- ³ Berkey D., Berg Rob., Geriatric oral health issues in the United States. International Dental Journal. 2001; 51, 254-264.
- ⁴ Covinsky K, Wu A, et al. Estado de Salud y Calidad de Vida en Pacientes de Edad Avanzada: ¿Importa la Diferencia?." American Journal of Medicine 1999;106: 435-440.
- ⁵ I Congreso Nacional de Atención al Adulto Mayor - Colombia para todas las edades. Agosto de 1999
- ⁶ Aranda J., Horna A. Calidad y satisfacción de vida en adultos mayores de 60 años en Lima Perú, Estudio piloto y análisis psicométrico. Asociación por la defensa de minorías (ADM).
- ⁷ Barron Rivera, et al. Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. Salud Publica de México 1998;40(6)
- ⁸ Mtra. Gabriela Rotondi (SEAP). Envejecimiento y calidad de vida en adultos mayores de sectores de pobreza. "La pobreza detrás de las estadísticas", Centro Editor, 1996.
- ⁹ Séller HH. Malnutrición in institutionalized elderly: how and why? J Am Geriatric Soc 1993 Nov;41(11):1212-8.
- ¹⁰ German ME, et al. Two center clinical trial of implantretained mandibular overdentures versus complete dentures, chewing ability. Community Dent Oral Epi 1996 Feb;24(1):74-84.
- ¹¹ Wayler AH, et al. Masticatory Performance and food acceptability in persons with removable partial denture, full dentures and intact natural dentition. J of Gerontol 1984 May;39(3):284-9.
- ¹² Marcus SE, Drury TF, Brown LJ. Tooth retention and Tooth loos in the permanent dentition of adults; United States, 1998 J Dent Res Feb;75 (spec no):684-95.
- ¹³ Brodeur JM, Laurin D, Valle R. Nutrient intake and Gastrointestinal disorders relates to masticatory performance in the edentulous elderly. J Prosthet Dent 1993 nov; 70(5):468-73.
- ¹⁴ Moriarty d, Zack M. Validation of the centers of disease control and Prevention's Healthy Days measures. Qual Life Res 1999; 8(7):617.
- ¹⁵ Gilbert GH, et al. Oral signs, symptoms and behaviors in older Floridians. J Public Health Dent, 1993;53(3):151-7.
- ¹⁶ Locker D, Slade G. Prevalence of symptoms associated with temporomandibular disorders in a Canadian population. Community Dent Oral Epidemiol 1988 Oct;16(5):310-3.

-
- ¹⁷ Kunzle D. The art of pulling Teeth in the seventeenth and nineteenth centuries: from public martyrdom to private nightmare and political struggle? Part 3 In: Feher M, with Nadaff R. Cambridge(MA) distributed by MITI press 1989;28-89.
- ¹⁸ Derogatis LR. Symptom Checklist -90. Administration, scoring and procedures manual for the revised version. Baltimore Clinical Psychometric Research;1988.
- ¹⁹ Dunn W J. Esthetics: patients perception of dental attractiveness. J Prosthodont 1996. Sep 5; (3): 166-71).
- ²⁰ Patrick DL, Bergner M. Measurement for oral health status in the 1990. Annu Rev Public Health Service; 1990 ;11:165- 83.
- ²¹ Smith and Sheiman. How dental conditions handicap the elderly. Community Dent Oral Epidemiol. 1999;7(6):305-310.
- ²² Fiezke D, et al. The emotional effects of tooth loss in edentulous people. Brit Dent J 1998;184(2):90-93.
- ²³ Roberto Ham-Chande, Act., M. en E.M., M. en C El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México. Salud Pública Méx. 1996; 38(6) 409-416.
- ²⁴ Rodríguez R. Hyver C. Manual Clínico de geriatría. 1a ED; Mc Graw Hill; México 1999.
- ²⁵ De Biase. Dental health education. Theory and Practice. 1a ed. Interamericana Mc Graw Hill. 1990; 123-126,130-148, 168-193.
- ²⁶ Gambucci JR. Oral health concerns in older adults. Assessment and treatment. Postgraduate Medicine(Oral Health), 1987 Mar; 81(4):363-367-370.
- ²⁷ Echeverría C. Salud actual. Chile.2000.
- ²⁸ Kalsbeek H. y cols. Tooth loss and dental caries in Dutch adults. Community Dental Oral Epidemiol 1991; 19: 201 – 4.
- ²⁹ . Fure S., Zicket I. Incidence of tooth loss and dental caries in 60 – 70 and 80 – year old Swedish individuals. Community Dental Oral Epidemiol 1997; 25: 137 – 42.
- ³⁰ Luan W. A summary of geriatric oral health in China. International Dental Journal 2001; 51:207-211.
- ³¹ Reich E., Trends in caries and periodontal health epidemiology in Europe. International Dental journal 2001; 51:392-398.
- ³² Albandar M.J., Global risk factors and risk indicators for periodontal diseases. Periodontology 2002; 29:177-206.
- ³³ Loe H, Anerud A, Boyse H, Morrison E. The natural history of Periodontal disease in man: rapid Moderate and loss of attachment in Sri Lanka laborers 14 to 64 years of age. 1986; 13: 431-440.
- ³⁴ Velásquez C, Irigoyen ME, Zepeda MA, Mejia A. Caries dental y enfermedad periodontal en un grupo de personas de 60 o más años de edad en la Cd. de México. ADM. 1999; 56: 64-69.

-
- ³⁵ Locker D., y cols. Incidence of and Risk Factors for Tooth Loss in a Population of Older Canadians. *J Des Res*; 75(2):783 – 789, February, 1996
- ³⁶ Coxhead, L.J. Reasons for Extractions in general Practice, N. Z. 1996 *Dent J*; 56: 182 – 183
- ³⁷ Fure S., Zicket I. Incidence of tooth loss and dental caries in 60 – 70 and 80 – year old Swedish individuals. *Community Dental Oral Epidemiol* 1997; 25: 137 – 42.
- ³⁸ Abramowsky, L. and Buchner.A. Causes of Tooth Extraction.II: A Statical Study, NY *J Dent*; 37: 16 – 19
- ³⁹ Odusanya S.A. Tooth loss among Nigerians: causes and pattern of mortality. *Int J. Oral Maxillofac. Surg.* 1987; 16: 184 – 189
- ⁴⁰ Caplan J. Daniel. Weintraub A. Jane. The oral health burden in the United States: A Summary of Recent Epidemiological Studies. *Journal dental of Education* 1993; 57: 853-851
- ⁴¹ Pearson N, Croucher R ,Marceles W,O' Farrell. Dental Health and treatment needs among a sample of Bangladeshi Medical Users aged 40 years and over living in tower Hamlets, UK. *International Dental Journal* 2001; 51:23-29.
- ⁴² Hujoel P.P. y cols. The effects of Simple Interventions on Tooth Mortality: Findings in One Trial and Implications for Future Studies. *J Dent Res*; 76(4): 867 – 874.
- ⁴³ R. Omar , E. Tashkandi , T. Abduljabbar , M. A. Abdullah and R. F. Akeel Sentiments expressed in relation to tooth loss: a qualitative study among edentulous Saudis. *The Journal of Prosthetic Dentistry* 2004; 91(2):199.
- ⁴⁴ Roberto Ham-Chande, Act., M. en E.M., M. en C El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México. *Salud Pública Méx.* 1996;38(6) 409-
- ⁴⁵ Derechos humanos en los Adultos Mayores: una propuesta alternativa. Conclusiones de la Reunión preparatoria Iberoamericana de la II Asamblea mundial sobre envejecimiento, Madrid 2002.
- ⁴⁶ López- Salvador, López-Antuñano, Francisco J. Diabetes mellitus y lesione del pie Diabetes mellitus y lesiones del pie; 40 (3) *Salud pública. INSP.*
- ⁴⁷ Brainsky, S. Pacientes Somático y Terminales: Reflexiones Psicoanalíticas y Sufrimiento. *American Diabetes Association. 1a Reimpresión, Tercer Mundo Editores; 117-149.*
- ⁴⁸ Sanabria P, Del Basto I, Flores A. Distribución de las Etapas de Cambio y sus Componentes en Sujetos con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2. Tesis de Grado, Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana, 1999
- ⁴⁹ Max E. Otiniano MD, Xianglin L. Du MD, Kenneth Ottenbacher PhD and Kyriakos S. Markides PhD The affect of diabetes combined with stroke on disability, self-rated health, and mortality in older Mexican Americans: results from the *Hispanic journal of epidemiology*.2004 ;57: 82-88.
- ⁵⁰ American Association of dental schools. Función, envejecimiento y salud buco dental...
- ⁵¹ Inger Ekman RN, Björn Fagerberg MD, and Berit Lundman RN, Health-related quality of life and sense of coherence among elderly patients with severe chronic heart failure in comparison with healthy controls. *Heart and Lung: The journal of Acute and critical care*, March 2002; 94-101

⁵² Hopman Rock ,Kraimaat FW,Bijlsma JW. Quality of life in elderly subjects with pain in the hip or knee. *Qual Life Res* 1997;6:67-76.

⁵³ Harper RP, Brown CM,Triplett MM, Villaseñor A, Gatchel RJ. Masticatory function in patients with juvenile Rheumatoid arthritis . *Pediatr Dent* 2000;22:200-206.

⁵⁴ Yunhwan Lee,Shoji Shinkai. A comparison of correlates of self-rated health and functional disability of older persons in the Far East: Japan and Korea . *Archives of Gerontology and Geriatrics* july-august 2003; 37:1 63-76.

⁵⁵ Rohr M, Bagramian R. Oral Health related. Quality or life Quintessence books.Cap 1:3 – 7.

⁵⁶ Velarde Jurado E, Ávila Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar calidad de vida. *Salud pública de México*; 44:5 448-463.

⁵⁷ Cardiel MH. ¿Cómo se evalúa la calidad de vida? En temas de medicina interna. *Epidemiología clínica. Asociación de Medicina Interna de México*. México DF. Interamericana 1994; 2: 359 – 368.

⁵⁸ De la Madrid. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. *Diario Oficial de la Federación*, 1897. Título segundo, capítulo 1. Artículo 17 y 21.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA

"Impacto de la pérdida dental en la calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores de 65 años"

fecha

--	--	--	--	--	--

folio

--	--	--

f

Folio

Variable	Codificación	Puntaje
¿Qué edad tiene?		
Usted es:	1.....Mujer 2.....Hombre	
Usted es:	1.....Soltero/a 2.....Casado/a 3.....Viudo/a 4.....Separado/a 5.....Divorciado/a	
Indique su nivel de estudios	1.....Sin estudios 2.....Educación básica 3.....Educación media 4.....Educación superior	
¿Cuál de las siguientes actividades describe mejor su situación actual?	1.....Empleado o trabajador autónomo 2.....Jubilado o pensionista 3.....Ama de casa 4.....Estudiante 5.....No trabajo 6.....Otro especifique	
Delegación política		
Movilidad	1.....No tengo problemas para caminar 2.....Tengo algunos problemas para caminar 3.....Tengo que estar en la cama.	
Cuidado Personal	1.....No tengo problemas con el cuidado personal 2.....Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme 3.....Soy incapaz de lavarme o vestirme	
Actividades cotidianas	1.....No tengo problemas para realizar mis actividades diarias 2.....Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas 3.....Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	
Dolor/Malestar	1.....No tengo dolor y ni malestar 2.....Tengo dolor moderado o malestar 3.....Tengo mucho dolor o malestar	
Ansiedad y depresión	1.....No estoy ansioso ni deprimido 2.....Estoy poco ansioso o deprimido 3.....Estoy muy ansioso o deprimido	
Comparando con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses mi estado de salud hoy es:	1.....Mejor 2.....Igual 3.....Peor	

Firma

--

	0. Nunca	1. Casi nunca	2. Ocasionalmente	3. Frecuentemente	4. Muy frecuentemente
1. ¿Ha tenido problemas al pronunciar algunas palabras debido a sus dientes, boca o prótesis (placas)?					
2. ¿Su sentido del gusto ha empeorado debido a los problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
3. ¿Ha tenido algún dolor en su boca?					
4. ¿Se ha sentido incómodo al comer algún alimento debido a los problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
5. ¿Se ha sentido apenado por sus dientes, boca o prótesis (placas)?					
6. ¿Se ha sentido tenso por problemas con sus dientes boca o dentaduras?					
7. ¿Su alimentación ha sido mala debido a los problemas con sus dientes boca o prótesis?					
8. ¿Ha tenido que interrumpir su comida debido a algún problema con su boca, dientes o prótesis?					
9. ¿Se ha sentido estresado debido a algún problema con sus dientes, boca o dentaduras?					
10. ¿Se ha avergonzado debido a sus problemas en dientes, boca o dentaduras?					
11. ¿Ha estado irritable con otras personas debido a los problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
12. ¿Usted ha tenido alguna dificultad realizando sus actividades cotidianas debido a los problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
13. ¿Ha sentido que la vida en general ha sido menos satisfactoria debido a los problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
14. ¿Ha sido incapaz de realizar todas sus actividades por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					

- 0 0 Sano
1 1 Cariado
2 2 Obturado
3 3 Perdido por Caries
4 –Perdido por causas diferentes a caries
5 –Obturbación por fisura
6 –Soporte de puente, corona o funda
7 –Diente no erupcionado
8 –Diente indicado para extracción
9 –No aplicable

ÍNDICE CPO-D

Corona																																									
Raíz																																									
	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37													
Raíz																																									
Corona																																									

ESTADO PERIODONTAL

Código 0: Tejido periodontal saludable.
Código 1: Sangrado después del sondeo.
Código 2: Cálculo supra-infragingival o detección de pérdida de inserción del margen4 gingival a nivel coronal.

17-16	11-21	26-27
47-46	41-31	36-37

DIAGNÓSTICO BUCAL POR ZONA DENTAL

- 0) Ausente
1) Presente

Dientes sup.	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37														
Dientes inf.																																										
Oclusión																																										
Dolor																																										
Movilidad																																										

OBSERVACIONES