



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

SOPORTE SOCIAL Y FUNCIONALIDAD DE PRÓTESIS  
TOTALES REMOVIBLES, EN UN GRUPO DE PACIENTES  
DE 60 AÑOS Y MÁS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE  
PROSTODONCIA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA,  
UNAM.

**TESINA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**CIRUJANA DENTISTA**

P R E S E N T A:

CRISTIAN ILIANA LEÓN ALCÁNTARA

TUTOR: Mtro. ENRIQUE NAVARRO BORI

ASESORA: Dra. MARÍA DEL CARMEN VILLANUEVA VILCHIS



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



A mi Papá Alfonso que se encuentra desde lo más alto, quien ya no pudo acompañarme en esta larga etapa, pero tuvo fe en mí y me aconsejó al tomar decisiones. A mi mamá Chata quien también tuvo fe en mí y me ayudó en muchas ocasiones.

A mi mamá y papá, por su apoyo y confianza, pues sin ellos no sería lo que soy, además de ser mi ejemplo a seguir. Por su cariño, paciencia y compañía.

Agradezco a mis hermanas, Marié y Nancy, por además ser mis mejores amigas, pues sé que puedo contar con ellas siempre.

A Luis que en todos estos años, se ha convertido en un hermano, y me ha enseñado el valor de la amistad. Por tantas experiencias buenas, malas, chistosas e increíbles que hemos vivido y faltan por vivir.

A mis amigas que al igual se han convertido en hermanas, Fany, Itzel y Susy gracias por todo su apoyo, sus consejos y por todo lo que hemos vivido juntas.

Mis amigas del grupo 8: Mónica, Betty, Vero, Perla e Ivette por los años que estuvimos juntas en la carrera y compartimos tantas cosas.

A la Dra. Carmen Villanueva por haberme guiado en la realización de este trabajo, por sus correcciones y consejos, además de su paciencia.

Gracias.



## ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	4
II.	MARCO TEÓRICO	5
	• ENVEJECIMIENTO	5
	• TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA	5
	• CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ENVEJECIMIENTO	6
	• CARACTERÍSTICAS ORALES	7
	• USO DE PRÓTESIS TOTALES	8
	• SOPORTE SOCIAL	9
	• RELACIÓN DE SOPORTE SOCIAL CON SALUD GENERAL Y BUCAL	11
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
IV.	JUSTIFICACIÓN	15
V.	OBJETIVOS	16
	5.1 OBJETIVO GENERAL	16
	5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
VI.	METODOLOGÍA	17
	6.1 TIPO DE ESTUDIO	17
	6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA	17
	6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	17
	6.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	17
	6.5 VARIABLES DE ESTUDIO	17
	6.6 ASPECTOS ÉTICOS	22
	6.7 RECURSOS MATERIALES	22
VII.	RESULTADOS	23
VIII.	DISCUSIÓN	37
IX.	CONCLUSIONES	41
X.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
	ANEXO 1	45
	ANEXO 2	46



## I. INTRODUCCIÓN

La transición demográfica es un fenómeno que tiende al aumento de la población mundial y de la esperanza de vida, esto último, ha generado un progresivo envejecimiento de la población. Se ha descrito que esto está ocurriendo en los países en desarrollo de una forma más rápida, con una disminución en la tasa de natalidad y mortalidad.

El envejecer implica una etapa irreversible, donde se dan una serie de cambios sistémicos, psicológicos y sociales, dentro de estos últimos, existen variables que han ido tomando cada vez más relevancia como es el caso del soporte social, el cual se define como el grado en que los individuos se integran socialmente y adquieren sentido de pertenencia, compromiso e intimidad con otros individuos.

Asimismo, el soporte social se ha relacionado en su mayoría en lo que se refiere a las actividades, relaciones o interacciones de un individuo, lo cual involucra también aquellas prácticas relativas a su salud, por lo que se ha observado una relación entre el grado de integración de los individuos a su núcleo social con el estado de salud general y oral.

El propósito del presente proyecto es determinar la relación entre el soporte social y la funcionalidad de prótesis totales removibles en un grupo de pacientes de 60 años y más que acuden a la clínica de Prostodoncia de la Facultad de Odontología, UNAM.



## II. MARCO TEÓRICO

### ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso natural que se da a lo largo de la vida desarrollándose en todos los seres humanos. Es continuo, irreversible, heterogéneo e individual, y se acompaña de cambios psicológicos y sociales. Anteriormente se considerado como un grado involutivo, sin embargo debido al incremento en la esperanza de vida se ha retomado el concepto como una etapa de desarrollo y crecimiento basado en las experiencias de los adultos mayores.

Debido al envejecimiento orgánico no todas las personas llevarán este proceso del mismo modo, por ejemplo dos personas de la misma edad cronológica presentaran diferentes ritmos. Es aquí donde se observa una diferencia entre el envejecimiento normal y uno patológico, siendo el segundo el correspondiente a los aspectos de salud y al desarrollo de enfermedades crónicas como enfermedades vasculares, demencias y otras<sup>1</sup>.

La Organización Mundial de la Salud ha definido el proceso de envejecimiento exitoso como el máximo aprovechamiento de todas las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de incrementar la calidad de vida. Por lo que un envejecimiento saludable está ligado a la capacidad para mantenerse sin enfermedad y con una vida social activa, lo cual lleva a un bienestar personal<sup>2,3</sup>.

### TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

La transición demográfica es un fenómeno en el cual se presenta un cambio de cifras altas en la tasa de mortalidad y natalidad, a cifras bajas lo cual se traduce en un crecimiento lento de la población con su eventual



envejecimiento, debido a la disminución de la fecundidad, por ejemplo en 1976 era de 5.7 y para el 2010 se ha reducido a 2.0<sup>4</sup>.

En 1930, la esperanza de vida en las mujeres era de 35 años y en hombres de 33 años, sin embargo en el continente Americano a finales de la primera mitad del siglo XX, se sumó una ganancia de 20 años a la esperanza de vida. Además, también se ha registrado una longevidad de género: actualmente la esperanza de vida en los hombres (72.3 años) es menor que en las mujeres (77.8 años). Esto puede deberse a que los hombres ante la pérdida del rol laboral, que es lo que los define socialmente, se vuelven dependientes. Por el contrario la mujer mantiene por más tiempo su rol social, al cuidar de su familia y de ella misma.<sup>2,3</sup>.

Por otra parte, el aumento en la población de 60 años y más puede darse debido a la posibilidad de prevenir y curar las enfermedades propias de esa edad<sup>2</sup>. Se ha estimado que para el 2050 la población será de 9 mil millones y una de cada cinco personas en el mundo será adulto mayor. Así, el sistema de salud debe tomar las medidas adecuadas para afrontar la problemática de la población envejecida lo que se logrará implementando los programas de educación para la salud en cuanto a prevención y tratamiento, para lograr la efectividad de la calidad de vida<sup>5</sup>.

## **CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ENVEJECIMIENTO**

A pesar de que durante el envejecimiento se genera un declive en casi todas las funciones orgánicas, en realidad la mayoría continúan siendo adecuadas, sin embargo con la edad, y la susceptibilidad incrementa el riesgo a infecciones agudas debido a un sistema inmunológico comprometido. Las discapacidades se tornarán mayores afectando la calidad de vida, por lo que aumentarán las demandas de los servicios de salud y el consumo de fármacos<sup>3</sup>.



Entre las enfermedades más comunes en el grupo de adultos mayores se encuentran los problemas cardiovasculares, la diabetes tipo II y la artritis, la cual es padecida en este grupo de población por cerca de un 50%<sup>6, 5</sup>.

Las enfermedades hepáticas son causas de muertes comunes en estos pacientes, ya que presentan obstrucciones en el tracto biliar. Al igual la cirrosis hepática causa una disminución en los sentidos del gusto y el olfato lo cual puede influir en la nutrición<sup>7</sup>.

Por otra parte, se debe tener en cuenta el estado nutricional bajo en algunos pacientes edéntulos<sup>8</sup> y se deberá restituir la función masticatoria cuanto antes. Los hábitos alimentarios inadecuados pueden convertirse en un factor de riesgo, contribuyendo a la predisposición a infecciones y enfermedades crónicas de esta edad, ya que el estado de salud físico y mental de las personas mayores depende del tipo de alimentación que llevaron en su infancia y edad adulta.

Además de problemas sistémicos, el envejecimiento también se acompaña de cambios sociales, pues se ha estereotipado que al llegar a esta etapa de la vida el individuo deja de cumplir con sus funciones sociales y familiares<sup>9</sup>.

## **CARACTERÍSTICAS ORALES**

Existe una estrecha relación entre la salud general y la salud oral, por lo que la cavidad bucal es un área totalmente influyente para el adulto mayor, teniendo importante utilidad en el lenguaje, la masticación, su apariencia física y por lo tanto en su forma de apreciación respecto a sí mismo (autoestima)<sup>8</sup>.

En los adultos mayores por lo regular la pobre salud oral es manifestada por altos niveles de caries radicular, enfermedad periodontal, pérdida de



dientes y cáncer. Todo esto se ve relacionado con un bajo nivel de educación, visitas dentales irregulares, y en algunos casos el hábito de fumar, pues causan daños independientes<sup>7</sup>.

Algunos tratamientos para enfermedades sistémicas como la hipertensión y diabetes tienen repercusiones a nivel oral, por ejemplo, reducción en el flujo salival, movilidad dental, resorciones óseas y pérdida del sentido del gusto.

El edentulismo, lleva a una reducción crónica y progresiva del hueso alveolar, causando el deterioro de la cara facial<sup>10</sup>.

Por último, en el caso de la artritis, se sabe que produce una degeneración articular produciendo dolor único bilateral, directamente en el cóndilo, disminuyendo el movimiento y provocando dolor a la masticación, para lo cual se recomienda un tratamiento conservador y para el dolor<sup>8</sup>.

Es de vital importancia conocer los medicamentos que está tomando el paciente antes de comenzar cualquier tratamiento.

## **USO DE PRÓTESIS TOTALES**

El edentulismo implica, una gran modificación en diversos aspectos, tales como la alimentación, la estética facial y la autoestima, por lo que el uso de una prótesis dental total es necesaria para así lograr restituir la función perdida.

Sin embargo el uso prolongado de prótesis sin ser cambiadas cada 5 años, puede generar daños a la mucosa generando dolor e inestabilidad a la masticación, de igual forma si se usa las 24 horas del día, se desarrollarán lesiones inflamatorias en el paladar y los tejidos blandos.



En un estudio que se realizó para determinar la prevalencia de algunas patologías bucales y su relación con las prótesis dentales, se encontraron los siguientes datos:

- La estomatitis subprotésica fue la patología de mayor prevalencia, seguida de la úlcera traumática.
- Las lesiones son más comunes en grupos de edad de 65 – 69 y de 70 a 74 y predominaron en el sexo femenino. E indicaron que sus prótesis tenían 5 o más años de tiempo en boca.
- En la mayoría de los casos las patologías se observaron en portadores de prótesis desajustadas.

Se puede concluir que la mayoría de las patologías orales están asociadas al uso de prótesis desajustadas, pues actúan como irritantes de la mucosa, lo que puede desencadenarlas o agravarlas<sup>10</sup>.

## **SOPORTE SOCIAL**

El concepto nace en los años 60 y 70, ha sido definido de diversas maneras y se ha relacionado en su mayoría en lo que se refiere a las actividades, relaciones o interacciones de un individuo, lo cual involucra su salud. Se trata de un concepto multidimensional, pues los efectos pueden ser tanto positivos como negativos.

El soporte social se puede clasificar como formal e informal, el primero refiere al conjunto de servicios estructurados de organismos comunitarios y gubernamentales (entidades privadas o gubernamentales). Es proporcionado en forma regular por profesionales y su objetivo principal es mantener al adulto mayor en un ambiente natural funcional como sea posible. Busca una calidad de vida óptima, autonomía e independencia de la persona y necesita de la parte informal para complementarse.

El soporte informal, está formado por familia, amigos, vecinos y personas cercanas quienes serán las principales fuentes de apoyo emocional e instrumental brindando ayuda física real, financiera, o de algún otro tipo ante un periodo de crisis.



Se considera un efecto positivo cuando las actividades ,como escuchar e interesarse por el otro, ayudar a tareas del hogar, están relacionadas con el individuo, por lo tanto los efectos negativos serán los que tiendan a generar comportamientos propiamente negativos, como el criticar, discutir, juzgar, centrar la atención en sí mismos, ridiculizar, etc. Se debe tener un equilibrio entre ambos, ya que si el efecto positivo es exagerado se generará una sobreprotección, lo que lo convertiría en un efecto dañino para la salud<sup>11</sup>.

Dentro del soporte social se distinguirán 3 elementos:

- Red social: que son las conexiones interpersonales que posee un individuo para significar a otros,
- Soporte social percibido: es el sentimiento de poder contar con alguien en un momento determinado de necesidad, y aunque existe la posibilidad de que estas personas no den soporte social efectivo, le proporcionarán al individuo seguridad en situaciones estresantes.
- Soporte social efectivo: la acción recibida de otras personas en el momento de necesidad<sup>12</sup>.

Al igual, se reconocen cuatro tipos de función del soporte social:

- Emocional: genera sentimientos de confianza, seguridad, afecto.
- Valorativo: sensación del individuo de que puede contar con alguien (sentirse acompañado)
- Informativa: consejo o guía cognitiva (enfrentar los problemas por medio de asesoramiento por parte de la red social)
- Instrumental: ayuda en la solución de un problema.

Algunos autores han considerado que el soporte social proporciona cierta protección contra efectos de estrés o crisis, formando así un desarrollo a prevenir enfermedades<sup>12</sup>.



Hay estudios que muestran que un pobre nivel de soporte social permite predecir el desarrollo de discapacidad y al contrario un alto nivel tiene un efecto protector y la persona puede desarrollar sentimientos de integración y compromiso lo que le dan sentido a su vida<sup>12</sup>.

## **RELACIÓN DE SOPORTE SOCIAL CON SALUD GENERAL Y BUCAL**

Se ha descrito que el soporte social tiene efectos benéficos directamente en el bienestar de un individuo tanto en salud física y psicológica. En estudios revisados se ha confirmado la existencia entre el soporte social e indicadores de salud, es decir, los adultos mayores que están menos aislados, teniendo en cuenta que gozan de relaciones íntimas satisfactorias y hacen uso del soporte social formal e informal, gozan de mejor salud mental y física. Contrariamente, la falta de soporte social, genera en el individuo un mal estado de salud y disminuye el bienestar asociándolo aproximadamente a un 20 y 30% de aumento de tener mala salud, tanto en hombres y en mujeres.

La evidencia muestra que el soporte social facilita la recuperación de capacidades ante una enfermedad aguda, brindando al individuo una moderación de los efectos negativos del estrés, generando bienestar.

De tal forma que, se ha descrito que los adultos mayores que conviven con su familia, poseen mayores niveles de salud mental, física y emocional que aquellos que viven solos<sup>9</sup>.

El contar con contacto con los amigos y colegas, que posean los mismos intereses en común, protege a la persona contra la discapacidad, ayudando a un envejecimiento exitoso. Aquellos que tengan poco contacto social desarrollarán mayormente el estado de discapacidad.

Por lo tanto los efectos benéficos del soporte social, dependerán totalmente del tipo de soporte percibido. El soporte social se presenta como un conjunto de factores que están en interacción, se irá modificando a la par de las situaciones de la vida, sin embargo es un hecho que se



considera que posee un efecto protector sobre el desarrollo de discapacidad del adulto mayor<sup>11</sup>.

Un soporte social inadecuado está íntimamente relacionado a alteraciones funcionales de la cavidad bucal y su estado dental en el adulto mayor<sup>12</sup>.

El soporte social es un importante componente a la hora de tomar decisiones de salud, en primer punto porque ayudará al adulto mayor en su autocuidado bucal, y en segundo, influirá en el tipo de tratamiento que solicita<sup>13</sup>.

Un estudio en Gran Bretaña demostró que los adultos mayores esperan más apoyo de la familia que de los amigos, lo que incluía el costo financiero para sus tratamientos dentales, además, aquellas personas que indicaron vivir solas señalaron que su última visita dental fue por dolor comparadas con aquellas que refirieron vivir con un miembro de la familia. Se determinó también que las personas que viven solas frecuentemente utilizan dentaduras completas en contraste con aquellas que viven con algún familiar.

De igual forma las personas que reportaron, ser solteras, viudas, divorciadas o separadas, frecuentemente perdían todos sus dientes naturales, en comparación a aquellas personas casadas o que vivían con alguien más.

Otro estudio realizado en Canadá, notificó que aquellas personas que utilizan dentaduras tienen un menor interés en visitar al dentista que los que tienen dientes. Se consideró que las personas faltantes de dientes anteriores son pertenecientes a una baja clase social y por tanto a una débil red social. La apariencia dental juega un rol muy importante en la sociedad pues de esta forma es que el adulto mayor se desenvuelve pues al momento de portar una dentadura las funciones perdidas son restituidas<sup>14</sup>.



### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El concepto de soporte social y su relación con el estado de salud, no se ha difundido adecuadamente a lo largo del tiempo. Se ha estereotipado a un adulto mayor como sinónimo de enfermedad e inutilidad, incluso algunos de ellos se ven a sí mismos de este modo, por lo cual se debe cambiar esta percepción adentrando al individuo y concientizándolo respecto a la influencia de las personas que lo rodean respecto a su propia salud.

Así mismo se han realizado estudios en los que se observa que el soporte social adecuado proporciona muchos efectos positivos en la salud tanto general como bucal. El avance en la medicina y tecnología ha permitido un aumento en la esperanza de vida, causando un incremento de la población de adultos mayores, lo que deberá de ir acompañado de un buen estado de salud para un envejecimiento exitoso y gozar de una vida óptima.

El uso de dentaduras completas es común en los adultos mayores, ya que restituyen funciones ante la pérdida dental, entre las principales están fonación, masticación, deglución, etc. Ocupan un lugar importante en la apariencia y autoestima, y su funcionalidad se ve reflejada en el estado de salud de ellos mismos.

Estamos ante la necesidad de desarrollar conciencia para que el adulto mayor perciba y pueda acceder a la atención de cuidado, ya que los servicios de salud muchas veces están a su disposición pero no se hace uso de ellos. De esta forma se logrará que los adultos mayores se percaten de los beneficios que pueden adquirir si se rodean de sus semejantes, compartiendo sus experiencias e integrándose en actividades, y no solo sean parte de un núcleo familiar, para sentirse parte de la sociedad y buscar su propio autocuidado incluyendo la parte de salud bucal.

Por lo anteriormente expuesto surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe asociación entre el soporte social y la funcionalidad



de prótesis totales removibles en adultos mayores que acuden a la clínica de Prosthodontia de la Facultad de Odontología?



#### **IV. JUSTIFICACIÓN**

La información derivada del presente proyecto servirá para difundir la importancia del soporte social, pues son protectores de un bienestar a la salud tanto física como mental, lo cual permitirá el desarrollo funcional de los adultos mayores, ya que su autoestima crecerá (sentimiento de pertenencia e identidad).

Además, también puede sentar las bases para proporcionar una mejor calidad de vida a nuestros pacientes, a través de los tratamientos ofrecidos por el sector de salud bucal, puesto que la efectividad de un tratamiento va directamente ligada con los cuidados que el paciente tenga.

El estado de salud en general, también se ve reflejado en el estado bucal, por lo que un adulto mayor que está integrado en la sociedad y convive con amigos, vecinos o personas externas y comparte experiencias con semejantes en edad, percibirá la necesidad de mejorar en cuanto a su cuidado personal y su estado bucal. Por este motivo se deberán de modificar los programas de educación para la salud, para en primer lugar cambiar la percepción del adulto mayor hacia si mismo, concientizándolo de que puede tener una mejoría en su calidad de vida y como segundo lugar concientizar a los familiares para que puedan brindar las facilidades para que el adulto mayor logre esta convivencia, para así reivindicar a los adultos mayores en la sociedad como personas, que a través de su experiencia son dignas de admiración.



## V. OBJETIVOS

### 5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar si existe asociación entre el soporte social y la funcionalidad de prótesis totales removibles en un grupo de pacientes de 60 años y más que acuden a la Clínica de Prostodoncia de la Facultad de Odontología, UNAM.

### 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las prácticas de higiene que sigue un grupo de pacientes portadores de prótesis totales removibles que acuden a la clínica de Prostodoncia de la Facultad de odontología, UNAM.

Identificar si existe asociación entre el ingreso económico, la escolaridad, y el estado civil con la funcionalidad de prótesis totales removibles en un grupo de pacientes de 60 años y más que acuden a la Clínica de Prostodoncia de la Facultad de Odontología, UNAM.

Identificar si existe asociación entre el soporte social y la condición de higiene de las prótesis superiores en un grupo de pacientes de 60 años y más que acuden a la Clínica de Prostodoncia de la Facultad de Odontología, UNAM.

#### **Hipótesis:**

H1: Existe asociación entre el soporte social y la funcionalidad de prótesis totales removibles.

H0: No existe asociación entre el soporte social y la funcionalidad de prótesis totales removibles.



## VI. METODOLOGÍA

**6.1 TIPO DE ESTUDIO:** Transversal

### 6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA

**Universo de Estudio:** pacientes que acuden a las diversas clínicas de Prostoponcia de la Facultad de Odontología de la UNAM durante los meses de Septiembre - Octubre de 2012.

**Selección y tamaño de la muestra:** se seleccionaron 60 pacientes que acuden a la clínica de Prostoponcia de los grupos: (4002, 4009, 4010, 4011, 4012, 4015 y 4016) durante los meses de Septiembre – Octubre de 2012. La muestra se seleccionó por conveniencia

### 6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes mayores de 60 años.

Pacientes de ambos sexos.

Pacientes portadores de prótesis removibles.

### 6.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que no acepten participar en el estudio.

Pacientes con deterioro cognitivo que les impida responder a la entrevista.

### 6.7 VARIABLES DE ESTUDIO

**Sexo:** Se registró como Femenino y Masculino según lo observado al interrogatorio.

**Edad:** Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento de un ser vivo hasta el momento de referencia. La información se obtendrá de manera



directa a través de la pregunta ¿Qué edad tiene? Y se registrará con las cifras que indique el entrevistado.

**Estado civil:** Es la condición de cada persona con relación a sus derechos y obligaciones civiles. La información se obtendrá de manera directa a través de la pregunta ¿Cuál es su estado civil? y se registrará como: Soltero, casado, unión libre, divorciado, viudo, otro.

**Escolaridad:** Periodo de estancia de una persona en una escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada. La información se obtendrá de manera directa a través de la pregunta ¿Cuál es su escolaridad? Y se registrará como: No tiene estudios, Primaria completa, Primaria incompleta, Secundaria, Preparatoria, Universidad, Profesionista, No sabe, Otro.

**Ocupación:** Es la labor o trabajo que desarrolla la persona actualmente. La información se obtendrá de manera directa a través de la pregunta ¿Cuál es su ocupación? Y se registrará como: Jubilado, Hogar, Técnico, Empleado, Comerciante, Oficio, Negocio.

**Ingreso mensual actual:** Cualquier tipo de ingreso monetario recibido durante un mes expresado en pesos, como: pensiones, rentas, seguro, sueldo, etc. La información se obtendrá de manera directa a través de la pregunta ¿Aproximadamente cuál es su Ingreso mensual actual? Y se registrará como: Ninguno, Menos de \$1000, \$1000 a \$3000, Más de \$3000.

**Servicio médico:** Derecho a recibir atención por alguna institución de la salud. La información se obtendrá de manera directa a través de la pregunta ¿Cuenta con servicio médico de IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX, SEGURO POPULAR? Y se registrará como: Sí ó No.

**Frecuencia de asistencia al dentista:** Número de veces que asiste el entrevistado a consulta dental en un año. La información se obtendrá de manera directa a través de la pregunta ¿Con que frecuencia acude al dentista en un año? Y se registrará como: Una vez al año, Dos veces al año, Ocasionalmente, cuando tengo dolor, Otra.



**Asistencia al dentista:** Se refiere al uso de los servicios dentales, en los últimos doce meses. La información se obtendrá de manera directa a través de la pregunta ¿Ha recibido atención dental los últimos 12 meses? Y se registrará como: Sí, No, No responde

**Tratamiento recibido:** Se refiere al último servicio dental por el cual acudió a consulta durante los últimos doce meses. La información se obtendrá de manera directa a través de la pregunta ¿Cuál fue el motivo de la última consulta? Y se registrará como: Revisión, Restauración de dientes, Dolor dental, Dientes flojos, Elaboración de algún puente, Reparación de puente o dentadura, Extracción dental, Dolor en la boca o en la cara, No responde, Otro.

**Prácticas de auto cuidado respecto al uso de dentaduras removibles:** Son las actividades diarias de las personas con respecto a la utilización de una prótesis dental removible. La información se obtendrá de manera directa a través de las siguientes preguntas y tendrán las siguientes respuestas:

- ¿Utiliza algún puente o dentadura postiza completa?  
1.Sí 2.No 3. No sabe
- ¿Cuánto tiempo lleva utilizando sus puentes o dentaduras?  
(Colocar el número de años que lleve utilizándolas)

**Autocuidado de las dentaduras (higiene y frecuencia):** Son las actividades que una persona lleva a cabo para el mantenimiento de su prótesis dental removible, se refiere a los métodos de limpieza y la frecuencia con que lo realiza. La información se obtendrá a través de las siguientes preguntas y las correspondientes posibles respuestas.

- ¿Tiende a limpiar sus puentes o sus dentaduras?  
1. Sí 2. No 3. A veces
- ¿Cuántas veces al día limpia sus puentes o dentaduras?  
1. Una ves



2. Dos veces
3. Tres veces
4. Otra \_\_\_\_\_

- ¿Con qué las limpia?

1. Pasta dental y cepillo
2. Jabón de pasta
3. Detergente
4. Bicarbonato
5. Nada más con agua
6. Limpiadores especiales

- ¿Duerme con sus puentes o dentaduras puestas?

1. Sí
2. No
3. A veces
4. No aplica

- En caso de no dormir con su puente o dentadura ¿Dónde las guarda cuando no están en su boca?

1. En el cajón
2. En un vaso de agua
3. En una servilleta
4. No aplica

**Escala Multidimensional de Soporte Social Percibido:**

Recoge información del apoyo social percibido por los individuos en tres áreas: familia, amigos y otros significativos. La información se obtendrá de manera directa y se registrará de acuerdo a la **Escala Multidimensional de apoyo social Percibido (Zimet, Dahlem, Zimet&Farley, 1988)** referida en el Anexo 1.



**Uso de prótesis total:** Utilización de aparatología protésica dental que sustituyen a todos los dientes de una arcada o ambas. La información se obtendrá por observación directa y se registrará como: Superior, Inferior o ambas.

**Funcionalidad de prótesis totales removibles:** es la sustitución de la función masticatoria y del habla ante la pérdida de todos los órganos dentales. Para lograrla se debe contar con estabilidad (equilibrio), retención (buen sellado) y defectos de acuerdo a los criterios proporcionados por Ettinger<sup>15</sup>. Para su registro se realizarán las siguientes pruebas:

- **Prueba de estabilidad:** se realizará en la prótesis total superior, colocando un dedo en la región de premolares en cada lado y después se intenta de balancear la dentadura de lado a lado. La información se obtendrá por observación clínica y se registrará como: Sin movimiento, Algún movimiento pero funcionalmente adecuada y Movimiento.
- **Prueba de retención:** Se realizará en la prótesis total superior, colocando los dedos en el área incisal de las caras palatinas, después se llevará la prótesis total hacia labial. La información se obtendrá por observación clínica y se registrará como: Sin movimiento, Algún movimiento pero funcionalmente adecuada y Movimiento.
- **Defectos en las prótesis removibles totales superiores:** Se refiere a si la prótesis presenta reparaciones, fracturas, o presencia de burbujas en el material, lo cual permite la acumulación de placa. La información se observará de manera directa y se registrará como: Sí y No.



**Acumulación de placa en las prótesis completas superiores:** Es la presencia de placa dentobacteriana adherida a la superficie de las dentaduras completas superiores. La información se obtendrá por observación directa y se registrará con el índice propuesto por Ambjorsen<sup>17</sup> referido en el anexo 2.

## **6.6 ASPECTOS ÉTICOS**

Basado en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en el título II (de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos) artículo 17, este proyecto no representó riesgo para ninguno de los participantes por lo que no se solicitó la firma de la carta de consentimiento válidamente informado.

## **6.7 RECURSOS MATERIALES**

60 formatos de recolección.

20 exploradores para la evaluación de la higiene de las dentaduras.

20 espejos para la exploración clínica.

2 cajas de guantes.

1 caja de cubrebocas.



## VII. RESULTADOS

Se entrevistó un total de 60 personas, con una media de edad general de  $69.45 \pm 7.59$  años. En el sexo femenino la media fue de  $69.93 \pm 7.92$  años, mientras que en el masculino es de  $68.24 \pm 6.75$  años. En cuanto a la distribución por sexo, se observó que 71.7% de los entrevistados fueron mujeres, mientras 28.3% fueron hombres.

En cuanto al estado civil la mayoría de los entrevistados reportaron ser casados en un 50% por el contrario un 33.3% refirió ser viudo. Se observó diferencia estadística significativa por estado civil ( $X^2=30.533$   $p<.001$ ).

Tabla 1.

Tratándose de escolaridad, los datos más relevantes encontrados fueron de 36.7% que corresponde a primaria, tan solo una cantidad de 6.7% reportó poseer estudios profesionales. Se observó diferencia estadística significativa por escolaridad ( $X^2= 38.233$   $p<.001$ ). Tabla 1.

Respecto a la ocupación la mayor cantidad corresponde al hogar en un 70%, en segundo lugar un 15% reportó estar jubilado, seguido de un 10% que indicó ser empleado. La mayoría de los entrevistados fueron mujeres lo que nos hace pensar que al llegar a los 60 años de edad o más, se mantienen en labores del hogar, mientras que los hombres aún continúan trabajando. Se observó diferencia estadística significativa por ocupación ( $X^2= 97.167$   $p<.001$ ). Tabla 1.

El ingreso mensual actual de los entrevistados, dio como resultado en un 38.3% ser de \$1,000 a \$3,000, el dato relevante es que de un 26.7% reporta no tener ningún ingreso, lo que nos da a entender que estos adultos mayores son totalmente dependientes económicamente. No se observó diferencia estadística significativa por ingreso mensual actual ( $X^2= 7.333$   $p=.062$ ). Tabla 1.

**Tabla 1 Distribución de la población por variables sociodemográficas.**

Sexo	n	%
Femenino	43	71.7
Masculino	17	28.3
Total	60	100
$X^2=11.267$ $p=.001$		
<b>Estado civil</b>		
Soltero	7	11.7
Casado	30	50.0
Unión libre	3	5.0
Viudo	20	33.3
Total	60	100.0
$X^2=30.533$ $p=<.001$		
<b>Escolaridad</b>		
No tiene estudios	4	6.7
Primaria	22	36.7
Primaria incompleta	13	21.7
Secundaria	12	20.0
Preparatoria	3	5.0
Profesionista	4	6.7
Otro	2	3.3
Total	60	100
$X^2= 38.233$ $p=<.001$		
<b>Ocupación</b>		
Jubilado	9	15
Hogar	42	70.0
Empleado	6	10.0
Comerciante	2	3.3
Negocio	1	1.7
Total	60	100
$X^2= 97.167$ $p=<.001$		
<b>Ingreso mensual actual</b>		
Ninguno	16	26.7
Menos de \$1000	9	15.0
\$1000 a \$3000	23	38.3
Más de \$3000	12	20.0
Total	60	100
$X^2= 7.333$ $p=.062$		
Fuente: directa.		



En cuanto a la atención médica de los entrevistados, un 83.3% cuenta con servicios médicos del IMSS, ISSSTE, PEMEX, Seguro Popular, por otro lado el 16.7% no cuenta con ellos. Se encontró diferencia estadística significativa por uso de servicios médicos ( $X^2= 26.667$   $p<.001$ ). Tabla 2. La frecuencia de visita dental al año, nos muestra que un 41.7 % de la población entrevistada, solamente acude cuando tiene dolor, seguido de un 35% que reporta ya no acudir porque no tiene dientes. Se encontró diferencia estadística significativa por frecuencia de visita dental al año ( $X^2=20.933$   $p<.001$ ). Tabla 2.

En lo referente a la atención dental en los últimos doce meses, solo un 31.7% acudió a consulta, por el contrario 68.3% no acudió por ningún servicio. Se encontró diferencia estadística significativa por atención médica en los últimos doce meses ( $X^2= 8.067$   $p= .005$ ). Tabla 2.

**Tabla 2 Distribución de la población por variables de atención médica.**

Servicio médico	n	%
Sí	50	83.3
No	10	16.7
Total	60	100
$X^2= 26.667$ $p<.001$		
Frecuencia de visita dental al año		
Una vez al año	12	20.0
Dos veces al año	2	3.3
Ocasionalmente cuando tengo dolor	25	41.7
Ya no asisto/no tengo dientes	21	35.0
Total	60	100
$X^2=20.933$ $p<.001$		
Atención dental último año		
Sí	19	31.7
No	41	68.3
Total	60	100
$X^2= 8.067$ $p= .005$		
Fuente: directa		



En cuanto a la higiene de la limpieza de las dentaduras por día, se encontró que en un 43.3% solamente las limpia dos veces al día, colocando en un 31.7% a la limpieza realizada tres veces al día. Se encontró diferencia estadística significativa por higiene al día ( $X^2= 19.333$   $p<.001$ ). Tabla 3.

La mayoría de los entrevistados reportaron que realizaban la limpieza con pasta dental y cepillo en un 58.3%, el jabón de pasta indicó cifras de 21.7% como segunda opción. Se encontró diferencia estadística significativa en cuanto a la sustancia para limpiar la dentadura ( $X^2= 83.800$   $p<.001$ ). Tabla 3.

En cuanto al uso de prótesis por las noches, un 65% indicó retirársela ya que al empezar a recibir tratamiento les fue indicado, sin embargo un 33.3% reportó dejársela en boca, pues refirieron no sentirse cómodos. Se encontró diferencia estadística significativa en cuanto a dormir o no con prótesis dental ( $X^2= 36.100$   $p<.001$ ). Tabla 3.

**Tabla 3 Distribución de la población por variables de cuidado de la dentadura.**

Limpieza por día	n	%
Una vez	12	20.0
Dos veces	26	43.3
Tres veces	19	31.7
Otra	3	5.0
Total	60	100
$X^2 = 19.333$ $p < .001$		
<b>Sustancia para limpiar</b>		
Pasta dental y cepillo	35	58.3
Jabón de pasta	13	21.7
Detergente	3	5.0
Bicarbonato	3	5.0
Nada más con agua	5	8.3
Limpiadores especiales	1	1.7
Total	60	100
$X^2 = 83.800$ $p < .001$		
<b>Duerme con prótesis</b>		
Sí	20	33.3
No	39	65.0
A veces	1	1.7
Total	60	100
$X^2 = 36.100$ $p < .001$		
Fuente: directa		

Respecto a la relación entre el estado funcional de las prótesis y el estado civil se observó que 72.7% de las personas casadas presentan un buen nivel de retención, mientras que en el caso de los viudos (44%) se observó movimiento y por lo tanto una mala retención. No se observó una diferencia estadística en cuanto a la retención de la prótesis por estado civil ( $x^2 = 9.022$   $p = .172$ ). Tabla 4.

La retención relacionada a la escolaridad de los entrevistados, reportó datos relevantes pues un 36.4% concluyó la primaria, seguida de primaria incompleta y secundaria los cuales reportaron las mismas cifras de 18.2%. Ambos datos se relacionaron con una buena retención. Por el contrario los reportados con una mala retención, fueron los que poseían estudios de primaria concluida en un 40.7%, mientras que los que concluyeron secundaria con el 14.8%. No se observó diferencia



estadística significativa en cuanto a la retención de la prótesis por escolaridad ( $X^2= 7.787$   $p= .802$ ). Tabla 4.

El ingreso mensual relacionado a una buena retención se reportó en su mayoría a aquellos que reciben de \$1000 a \$3000 en un 45.5%, mientras que en las personas que reciben más de \$3000 este porcentaje corresponde a 27.3% Por último, una mala retención es relacionada en 44.4% de aquellos que reciben de \$1000 a \$3000. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la retención de la prótesis por ingreso mensual ( $X^2= 6.196$   $p=.402$ ). Tabla 4.

El soporte social en relación a la retención, dio como resultado que 36.4% de los entrevistados presentan una buena retención tanto en los que tienen un soporte social bajo como en los altos. Por otra parte, 50% de las personas que presentaron una retención regular (con ligero movimiento pero funcional) de su prótesis, se encuentran en un soporte social medio. Por último 40.7% de las dentaduras con completo movimiento se encontraron en las personas con un bajo soporte social. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la retención por el soporte social ( $X^2 = 3.689$   $p=.450$ ). Tabla 4.



**Tabla 4 Retención de las prótesis totales por variables sociodemográficas y de soporte social.**

Estado civil	Retención							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Soltero	1	9.1	3	13.6	3	11.1	7	11.7
Casado	8	72.7	11	50.0	11	40.7	30	50.0
Unión libre	1	9.1	1	4.5	1	3.7	3	5.0
Viudo	1	9.1	7	31.8	12	44.4	20	33.3
Total	11	100	22	100	27	100	60	100
$X^2=5.165$ $p=.523$								
Escolaridad								
No tiene estudios	1	9.1	1	4.5	2	7.4	4	6.7
Primaria	4	36.4	7	31.8	11	40.7	22	36.7
Primaria incompleta	2	18.2	4	18.2	7	25.9	13	21.7
Secundaria	2	18.2	6	27.3	4	14.8	12	20.0
Preparatoria	1	9.1	0	0	2	7.4	3	5.0
Profesionista	1	9.1	2	9.1	1	3.7	4	6.7
otro	0	0	2	9.1	0	0	2	3.3
total	11	100	22	100	27	100	60	100
$X^2= 7.787$ $p= .802$								
Ingreso mensual actual								
Ninguno	3	27.3	5	22.7	8	29.6	16	26.7
Menos de \$1000	0	0	6	27.3	3	11.1	9	15.0
\$1000 a \$3000	5	45.5	6	27.3	12	44.4	23	38.3
Más de \$3000	3	27.3	5	22.7	4	14.8	12	20.0
Total	11	100	22	100	27	100	60	100
$X^2= 6.196$ $p=.402$								
Escala de soporte social agrupada								
Bajo soporte social	4	36.4	5	22.7	11	40.7	20	33.3
Medio soporte social	3	27.3	11	50.0	7	25.9	21	35.0
Alto soporte social	4	36.4	6	27.3	9	33.3	19	31.7
Total	11	100	22	100	27	100	60	100
$X^2 = 3.689$ $p=.450$								
Fuente: directa								



El otro factor para la probar la funcionalidad de las prótesis totales, es la estabilidad, en el cual su relación en cuanto al estado civil de los entrevistados, se encontraron los siguientes datos: aquellos que reportaron ser casados y no tener movimiento en las dentaduras corresponden a un 64.3%, mientras que los solteros con las mismas condiciones en la dentadura corresponde a un 21.4%. De tal forma que los entrevistados reportados como viudos con dentaduras con completo movimiento pertenece a un 48%, dejando en segunda posición a los casados con un 44%. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la estabilidad de la prótesis con relación al estado civil ( $X^2=9.022$   $p=.172$ ). Tabla 5.

La escolaridad en relación a la estabilidad, mostró que 28.6% de las personas que terminaron la secundaria presentan una buena estabilidad en su prótesis, mientras aquellos con estudios profesionales corresponden a 21.4% Por el contrario aquellos con un completo movimiento en estabilidad, reporto las mayores cifras en aquellos que concluyeron la primaria con un 48%, seguido de aquellos con primaria incompleta con un 20%. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la estabilidad de las prótesis con relación a la escolaridad ( $X^2=19.363$   $p=.080$ ). Tabla 5.

Los resultados relativos al ingreso mensual mostraron que 57.1% de las personas con un ingreso de \$1000 a \$3000 pesos tienen una buena estabilidad de su prótesis, seguidos de los que reciben más de \$3000 con un porcentaje de 28.6%. Los resultados de los entrevistados con una prótesis con completo movimiento o mala estabilidad, reportaron que 36% de los pacientes no tienen ingresos, seguido de 32% con un ingreso de \$1000 a \$3000 pesos. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la estabilidad por ingreso mensual actual ( $X^2=7.589$   $p=.270$ ). Tabla 5.



Las relación de soporte social con la estabilidad, reporto que aquellos entrevistados con un soporte social alto y sin movimiento en estabilidad fue de un 42.9%, seguido de aquellos con soporte social medio y prótesis sin movimiento con un 35.7%. Los que reportaron usar una prótesis con poco movimiento pero funcional en cuanto a estabilidad pero que poseen un soporte social bajo, corresponde a un 42.9% seguido de aquellos con un medio soporte social, con un 38.1%. En cuanto a los entrevistados con movimiento en su dentadura, se reportó que aquellos con alto soporte social fue de 36%, mientras que aquellos con las mismas condiciones en su dentadura pero con soporte social bajo y medio, correspondió a las mismas cifras: 32%. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a estabilidad por el soporte social ( $X^2 = 3.062$   $p=.548$ ).Tabla 5.



**Tabla 5 Estabilidad de las prótesis totales por variables sociodemográficas y de soporte social.**

Estado civil	Estabilidad							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Soltero	3	21.4	2	9.5	2	8.0	7	11.7
Casado	9	64.3	10	47.6	11	44.0	30	50.0
Unión libre	1	7.1	2	9.5	0	0	3	5.0
Viudo	1	7.1	7	33.3	12	48.0	20	33.3
Total	14	100	21	100	25	100	60	100
$X^2= 9.022$ $p=.172$								
Escolaridad								
No tiene estudios	0	0	2	9.5	2	8.0	4	6.7
Primaria	3	21.4	7	33.3	12	48.0	22	36.7
Primaria incompleta	2	14.3	6	28.6	5	20.0	13	21.7
Secundaria	4	28.6	5	23.8	3	12.0	12	20.0
Preparatoria	0	0	1	4.8	2	8.0	3	5.0
Profesionista	3	21.4	0	0	1	4.0	4	6.7
otro	2	14.3	0	0	0	0	2	3.3
Total	14	100	21	100	25	100	60	100
$X^2=19.363$ $p=.080$								
Ingreso mensual actual								
Ninguno	2	14.3	5	23.8	9	36.0	16	26.7
Menos de \$1000	0	0	4	19.0	5	20.0	9	15.0
\$1000 a \$3000	8	57.1	7	33.3	8	32.0	23	38.3
Más de \$3000	4	28.6	5	23.8	3	12.0	12	20.0
Total	14	100	21	100	25	100	60	100
$X^2= 7.589$ $p=.270$								
Escala de soporte social agrupada								
Bajo soporte social	3	21.4	9	42.9	8	32.0	20	33.3
Medio soporte social	5	35.7	8	38.1	8	32.0	21	35.0
Alto soporte social	6	42.9	14	19.0	9	36.0	19	31.7
Total	14	100	21	100	25	100	60	100
$X^2 = 3.062$ $p=.548$								
Fuente: directa								



En cuanto a los defectos que presentaban las prótesis totales y la relación del estado civil, se encontró 54.4% de las prótesis con defectos, se encontraron en aquellas personas casadas, seguido de 39.4% en los viudos. Aquellos que no presentaron defectos, la mayoría se reportó como casados con un 44.4% seguido de los viudos con 25.9%. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a los defectos por estado civil ( $X^2= 6.753$   $p=.080$ ). Tabla 6.

La escolaridad relacionada con los defectos en las prótesis totales, reportaron que aquellos con estudios concluidos de primaria en su mayoría presentaron defectos en ésta con un 33.3% seguido de aquellos con primaria incompleta y secundaria ambos con un 18.2%. Los entrevistados en quienes no se reportaron defectos, son aquellos con primaria concluida con 40.7%, los siguientes son aquellos con primaria incompleta con un 25.9%. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a los defectos por escolaridad ( $X^2=4.522$   $p=.606$ ). Tabla 6.

Los datos relativos al ingreso mensual relacionado a los defectos de las prótesis totales, reportaron que aquellos con ingreso de \$1000 a \$3000 y con defectos presentes, fue de 30.3%, por otro lado aquellos que indicaron no tener ingresos presentaron defectos en sus prótesis en un 27.3%. En comparación con los que no presentaron defectos en sus dentaduras, los entrevistados con ingresos de \$1000 a \$3000 fue de 48.1%, comparado con aquellos que no poseen ingreso fue de 25.9%. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a los defectos por ingreso mensual actual ( $X^2=5.541$   $p=.136$ ). Tabla 6.

El soporte social relacionado a los defectos presentes, nos refiere que aquellos con medio soporte social los presentan en un 45.5%, ya que aquellos con bajo soporte social los presentan en 30.3%. Entre los



entrevistados sin defectos en su dentadura y alto soporte social se registró un 40.7% seguido de aquellos con bajo soporte social con 37%. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a los defectos por el soporte social ( $X^2 = 3.769$   $p = .152$ ). Tabla 6.

**Tabla 6 Defectos de las prótesis totales por variables sociodemográficas y de soporte social.**

Estado civil	Defectos					
	Sí		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Soltero	2	6.1	5	18.5	7	11.7
Casado	18	54.4	12	44.4	30	50.0
Unión libre	0	0	3	11.1	3	5.0
Viudo	13	39.4	7	25.9	20	33.3
Total	33	100	27	100	60	100
$X^2 = 6.753$ $p = .080$						
Escolaridad						
Sin estudios	3	9.1	1	3.7	4	6.7
Primaria	11	33.3	11	40.7	22	36.7
Primaria incompleta	6	18.2	7	25.9	13	21.7
Secundaria	6	18.2	6	22.2	12	20.0
Preparatoria	3	9.1	0	0	3	5.0
Profesionista	3	9.1	1	3.7	4	6.7
otro	1	3.0	1	3.7	2	3.3
total	33	100	27	100	60	100
$X^2 = 4.522$ $p = .606$						
Ingreso mensual actual						
Ninguno	9	27.3	7	25.9	16	26.7
Menos de \$1000	8	24.2	1	3.7	9	15.0
\$1000 a \$3000	10	30.3	13	48.1	23	38.3
Más de \$3000	6	18.2	6	22.2	12	20.0
Total	33	100	27	100	60	100
$X^2 = 5.541$ $p = .136$						
Escala de soporte social agrupada						
Bajo soporte social	10	30.3	10	37.0	20	33.3
Medio soporte social	15	45.5	6	22.2	21	35.0
Alto soporte social	8	24.2	11	40.7	19	31.7
Total	33	100	27	100	60	100
$X^2 = 3.769$ $p = .152$						
Fuente: directa						



En cuanto a la higiene de las prótesis totales se encontró que relacionado al estado civil, el mayor porcentaje fue registrado en las personas casadas con una higiene regular en un 58.8 %, por otra parte las personas casadas con buena higiene fueron un 48.7%, por último los datos para una mala higiene fueron registrados en los pacientes viudos con un 50%. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la higiene por el estado civil ( $X^2 = 2.559$   $p = .862$ ). Tabla 7.

La relación de la higiene con la escolaridad, registró que aquellos con una buena higiene son los que concluyeron la primaria con un 43.6%, por otra parte una higiene regular fue reportado en aquellos con secundaria en un 29.4%, finalmente la mala higiene fue reportada en aquellos entrevistados con primaria incompleta en un 50%. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la higiene por la escolaridad ( $X^2 = 9.128$   $p = .692$ ). Tabla 7.

En ingreso mensual de los entrevistados relacionado a la higiene de sus dentaduras, reporto que aquellos con \$1000 a \$3000 pesos corresponden a una buena higiene en un 38.5, seguido de aquellos que no poseen ningún ingreso en un 25.6%. Del mismo modo, aquellos con los mismos ingreso también son relacionados con una regular higiene en un 41.2%. Finalmente aquellos con ningún ingreso y con una mala higiene se reportó en un 50%. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la higiene por el ingreso mensual ( $X^2 = 2.299$   $p = .890$ ). Tabla 7.

Los datos obtenidos en relación de la higiene y el soporte social, registraron que aquellos entrevistados con un soporte social alto presentan buena higiene en un 35.9% seguido de aquellos con un medio soporte social en un 33.3%. Una regular higiene fue registrada en aquellos con medio soporte social alcanzando un 47.1% y finalmente los entrevistados con bajo y alto soporte social y mala higiene resultaron el mismo porcentaje de 50%.



**Tabla 7 Higiene de las prótesis totales por variables sociodemográficas y de soporte social.**

Estado civil	Higiene							
	Buena		Regular		Mala		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Soltero	5	12.8	1	5.9	1	25.0	7	11.7
Casado	19	48.7	10	58.8	1	25.0	30	50.0
Unión libre	2	5.1	1	5.9	0	0	3	5.0
Viudo	13	33.3	5	29.4	2	50.0	20	33.3
Total	39	100	17	100	4	100	60	100
$X^2 = 2.559$ $p = .862$								
Escolaridad								
No tiene estudios	2	5.1	2	11.8	0	0	4	6.7
Primaria	17	43.6	4	23.5	1	25.0	22	36.7
Primaria incompleta	9	23.1	2	11.8	2	50.0	13	21.7
Secundaria	6	15.4	5	29.4	1	25.0	12	20
Preparatoria	1	2.6	2	11.8	0	0	3	5.0
Profesionista	3	7.7	1	5.9	0	0	4	6.7
otro	1	2.6	1	5.9	0	0	2	3.3
total	39	100	17	100	4	100	60	100
$X^2 = 9.128$ $p = .692$								
Ingreso mensual actual								
Ninguno	10	25.6	4	23.5	2	50	16	26.7
Menos de \$1000	7	17.9	2	11.8	0	0	9	15.0
\$1000 a \$3000	15	38.5	7	41.2	1	25.0	23	38.3
Más de \$3000	7	17.9	4	23.5	1	25.0	12	20.0
Total	39	100	17	100	4	100	60	100
$X^2 = 2.299$ $p = .890$								
Escala de soporte social agrupada								
Bajo soporte social	12	30.8	6	35.3	2	50.0	20	33.3
Medio soporte social	13	33.3	8	47.1	0	0	21	35.0
Alto soporte social	14	35.9	3	17.6	2	50.0	19	31.7
Total	39	100	17	100	4	100	60	100
$X^2 = 4.267$ $p = .371$								
Fuente: directa								



## VIII. DISCUSIÓN

El aumento de la población de adultos mayores es un hecho que se debe tomar con las medidas necesarias para poder cubrir la demanda de los servicios que requieren. Se ha descrito que aquellas personas que poseen un soporte social adecuado tienen menos probabilidades de presentar una mala salud y por lo tanto mejorar su calidad de vida. Restrepo<sup>9</sup> en su artículo, describe que los adultos mayores que conviven en familia y sociedad poseen mayores niveles de salud mental, física y emocional que aquellos que viven solos y que las personas con menos soporte social serán más susceptibles a desarrollar discapacidades. Por otra parte el autor Vega Angarita<sup>12</sup> describe que un soporte social inadecuado está directamente relacionado a alteraciones funcionales de la cavidad bucal y el estado dental en el adulto mayor.

En cuanto a los resultados, la mayoría de la población entrevistada, reportó contar con seguro médico contra 16.7% que no lo posee, sin embargo al contar con servicio dental solamente un 20% indicó hacer uso de los servicios solamente una vez al año. Estos datos coinciden con los que reportó Maupomé<sup>14</sup> en un estudio realizado en Canadá, en donde las personas que ya no tienen dientes dejan de asistir a consulta dental.

Referente a la funcionalidad de las prótesis totales relacionadas al soporte social se observó que los porcentajes en la distribución son muy parecidos, por lo que no se pudo demostrar una asociación; esto podría deberse a la limitante del tamaño de muestra, que no permite apreciar mayores diferencias. Además desafortunadamente no existe en la literatura muchas publicaciones al respecto por lo que no se puede establecer una comparación con los resultados del presente proyecto.

Un buen soporte emocional tiene un efecto positivo en la salud oral, esto fue referido por Guido Heydecke<sup>18</sup> en un estudio relacionado al uso de



dentaduras completas y salud bucal relacionada a la calidad de vida en donde se observó, que portar dentaduras completas convencionales tiene un impacto significativo en la salud bucal relacionada a la calidad de vida, siendo moderado por la forma en la que los pacientes soportan el estrés.

Por otra parte Raphael Freitas<sup>19</sup> relacionó la salud oral a la calidad de vida en las dentaduras totales maxilares y mandibulares, no reportó diferencias significativas entre la higiene de las dentaduras asociado a la salud oral relacionada a la calidad de vida, sin embargo reportó encontrar estudios donde existe correlación de que una baja higiene significa una peor salud oral relacionada a la calidad de vida en pacientes edéntulos. Esta mención contrasta con los resultados obtenidos de una mala higiene reportada pues en su mayoría se registró en personas viudas, con estudios de primaria, sin ningún ingreso mensual y bajo y alto soporte social.

Una variable altamente relacionada al soporte social es el estado civil de las personas, y los resultados de presente estudio muestran que una buena estabilidad en las prótesis de los entrevistados se observó en la mayoría en las personas casadas, y siguiendo esta tendencia, un porcentaje alto de las personas que presentaron una mala retención se encontraron en las personas viudas. Esta tendencia fue también encontrada en las encuestas realizadas por Poul Erik Petersen<sup>20</sup>, en su estudio de salud general y dental en relación al estilo de vida y actividades de las redes sociales, en personas de 67 años, pues los problemas dentales son frecuentes en personas con poco contacto con sus miembros familiares, amigos o vecinos o en personas que viven solas, por lo que se vincula que un estado pobre de salud está relacionado a un estilo de vida pasivo, tendiendo a desarrollar enfermedades y por lo mismo inhibir el desarrollo de una vida activa.



Cabe mencionar que el presente estudio es un intento por relacionar factores sociales a resultados en salud específicos, por lo que su mérito es la vinculación entre el soporte social con el estado funcional de las prótesis, ya que aunque existe investigación en jóvenes, en adultos mayores es muy pobre, siendo que las demandas actuales y futuras de la población en gran parte recaerán en este sector de la población. Sin embargo en el caso de otras variables como escolaridad, aunque no se obtuvieron diferencias estadísticas significativas, se observó una relación entre el estado de higiene de las dentaduras y la escolaridad, lo que muestra que en niveles más altos educativos, las condiciones de salud también son mejores, esto coincide con los resultados obtenidos en un estudio realizado en Turquía por Buket Akalin<sup>21</sup> en donde el mayor porcentaje de personas edéntulasse encuentra en aquellas personas sin estudios formales.

En el aspecto metodológico, una limitante importante, es respecto a la difícil evaluación objetiva del uso de las dentaduras, incluso, en otros estudios como el realizado en Osaka por Kazunori Ikebe<sup>22</sup>, donde se trató el desempeño masticatorio de personas mayores con pérdida dental gradual, se decidió excluir los factores de retención, estabilidad, morfología oclusal y morfología de cierre, debido a lo difícil que es realizar evaluaciones cuantitativas tanto en estudios epidemiológicos como estudios clínicos.

Los datos de ingresos mensuales en aquellos que no poseen, también en su mayoría resultó tener una mala funcionalidad e higiene, sin embargo en relación al soporte resultó el mismo porcentaje para alto y bajo. No se encontraron estudios de comparación, sin embargo solamente en cuanto al ingreso y uso de dentaduras Buket Akalin<sup>21</sup> reportó que 47.2% tiene un ingreso individual de menos de \$1000TRY (7.130,11 MXN). Demostrando las limitaciones monetarias de las personas mayores.



El soporte social familiar es único en las redes sociales, pues los pacientes se sienten más apoyados con integrantes de su familia que de los amigos, incluyendo el soporte financiero para el uso de los servicios dentales. Se debe despertar el interés en esta población pues el envejecimiento debe ser exitoso acompañándose de las ventajas que ofrece el tener un soporte social adecuado, para así restituir las funciones dentales y al mismo tiempo aumentar la calidad de vida.



#### **XIV. CONCLUSIONES**

No se observó asociación estadística entre el soporte social y la funcionalidad de las prótesis totales removibles, sin embargo esto puede deberse a una muestra de tamaño limitado.

No se observó asociación estadística entre las variables sociodemográficas y de escolaridad y la funcionalidad de las prótesis totales removibles.

No se pudo demostrar una asociación entre el soporte social y la condición de higiene de las prótesis.

Es importante seguir trabajando en esta área, mejorando el tamaño de muestra de la población en estudio, para de esta manera tener un comportamiento estadístico de los datos más óptimo.



## X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Franco P, Sánchez A. Saber envejecer: Aspectos positivos y nuevas perspectivas. *Foro de Educación*. 2008; 10: 369 – 383.
2. Olmedo MM, Ruiz A. Función Social y envejecimiento. *Scientia*. 2011; 16(2):74-84.
3. Vivaldi F, Barra E. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia Psicológica*. 2012; 30(2): 23-29.
4. Kuri Morales P. La transición en salud y su impacto en la demanda de servicios. *Gaceta Médica de México*. 2011; 147: 451 – 454.
5. Zetina MG. Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población*. 1999; 19: 23 – 41.
6. Jiménez MD, Hernández JC, Jacinto LF. Envejecimiento y cavidad oral: un proceso irreversible pero manejable. *AAPAUNAM*..2010; 287-290.
7. Aljoharah A. Al-Sinaidi. Periodontal health and oral hygiene practice of elderly Saudis living at Riyadh Nursing Home. *King Saud University Journal of Dental Sciences*. 2012; 3 (1): 1–5.
8. Berenguer Gouarnalusses M. La salud bucodental en la Tercera Edad. *Medisan*. 1999;3(4):53-56.
9. Restrepo SL, Morales RM, Ramírez MC, López MV, Varela LE. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. *Revista Chilena de Nutrición*. 2006; 33(3): 500-510.



10. Díaz Y, Martell C, Zamora JD. Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. *Rev Cubana Estomatol.* 2007; 44(3).
11. Curcio Borrero CL. Soporte social Informal, Salud y Funcionalidad en el Anciano. *Hacia la promoción de la salud*, 2008; 13: 42-58.
12. Vega Angarita OM, González DS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global.* 2009; 16: 1-11.
13. Colman M, Raman B. Influences of social support on the oral health of older people in Britain. *Journal of Oral Rehabilitation.* 2002; 29: 918–922.
14. Maupomé G, MacEntee M. Prosthodontic profiles relating to economic status, social network, and social support in an elderly population living independently in Canada. *The journal of prosthetic dentistry.* 1998; 80 (5): 598-604.
15. Ettinger RL, Jakobsen JR: A comparison of patient satisfaction and dentist evaluation of overdenture therapy. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25: 223-7.
16. Zimet G. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment.* 1988 ;52(1): 30-41.
17. Amborjensen E, Valderhaug J, Norheim PW. Assessment of an additive index for plaque on a complete maxillary dentures. *Acta Odontológica Scandinávica*, 1982; 40 (4) : 203-208.



18. Heydecke Guido, Tedesco L, Kowalski C, Inglehart M. Complete dentures and oral health-related quality of life – do coping styles matter?. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2004; 32(4):297 – 306.
19. Freitas de R, Silveira A. Association between denture hygiene and oral health-related quality of life in edentulous patients. *Rev Odontol UNESP*. 2012; 41(1): 48-53.
20. Petersen Poul E, BjarneNortov. General and Dental Health in relation to Life-style and Social Network Activity among 67-year-old Danes. *Scand J Prim Health Care*.1989; 7: 225-30.
21. BuketAkalin E, Altay U, Ufukl, Yasemin Kulak O. The association between socioeconomic status, oral hygiene practice, denture stomatitis and oral status in elderly people living different residential homes. *Archives of Gerontology and Geriatrics*.2011; 53: 252–257.
22. Kazunori K Ikebe, Takashi T Nokubi. Dental status and satisfaction with oral function in a sample of community-dwelling elderly people in Japan. *SpecCareDentist*.22(1):33-40



**ANEXO 1**

La escala Multidimensional de apoyo social percibido<sup>16</sup>, está compuesta por 12 ítems, los cuales recogen información del apoyo social percibido por los individuos en tres áreas: familia, amigos y otros significativos, su escala de respuesta corresponde a una escala de acuerdo que va desde: 1 = muy en desacuerdo a 7 = muy de acuerdo. Dando una escala total que va desde 84.

Ítem	Completa-mente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	En Desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo
1. Cuando necesito algo sé que hay alguien que me puede ayudar							
2. Cuando tengo penas y alegrías hay alguien que me puede ayudar							
3. Tengo la seguridad que mi familia trata de apoyarme							
4. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero							
5. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito							
6. Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme							
7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas							
8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia							
9. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos							
10. Hay una persona que se interesa por lo que yo siento							
11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones							
12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos							



## ANEXO 2

### Índice de Ambjorsen<sup>17</sup>

Este índice se obtiene al enjuagar las dentaduras con agua y secarse con aire o algodón, se observará cada área con buena iluminación. Las zonas a observar son:

- 1) Zona que cubre la papila incisiva
- 2) Dos zonas que cubren las áreas de las tuberosidades maxilares
- 3) Dos áreas que se encuentran a un centímetro de cada lado de la línea media del paladar

Indicadores	Criterio	Descripción
0	No placa	No hay placa visible
1	Placa visible solo mediante el raspado con la sonda	La placa se puede observar en el instrumento
2	Acumulación moderada de placa visible	Áreas parcialmente cubiertas con placa visible
3	Acumulación abundante de placa	Áreas completamente cubiertas con placa visibles

El índice se obtendrá de la dentadura superior, se sumarán los indicadores de las 5 zonas pudiendo dar valores de 0 a 15 puntos:

0 – 5: Buena higiene de la placa

6-10: Regular higiene de la placa

11-15: Mala higiene de la placa