



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CONDICIONES DE SALUD BUCAL RELACIONADAS CON
EL AUTO-REPORTE DE SITUACIÓN ECONÓMICA PASADA
Y ACTUAL EN ADULTOS MAYORES DE 70 AÑOS Y MÁS
EN LA DELEGACIÓN COYOACÁN DURANTE EL 2011.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A

VIRIDIANA MELCHOR VIDAL

TUTORA: Dra. SOCORRO AÍDA BORGES YÁÑEZ

ASESOR: Mtro. ROBERTO CARLOS CASTREJÓN PÉREZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Sé que esto es solo el final de una etapa y el inicio de un camino largo, agradezco a todos aquellos que fueron parte directa e indirectamente de este trabajo, a todos los adultos mayores que participaron gracias por su tiempo, experiencias y paciencia, gracias por dejar de una u otra forma huella en mi.

Gracias UNAM, me siento orgullosa de formar parte de ti, porque no solo hiciste de mi formación académica algo maravilloso, en tus aulas e instalaciones encontré también amigos y experiencias únicas.

A mis padres gracias por enseñarme en todo momento, por ser para mi ejemplo de vida, llevo en mi sus valores, su amor incondicional, su valentía, su perseverancia y su entrega en todo lo que hacen, agradezco a Dios por tenerlos a mi lado en cada instante. Gracias por guiarme y orientarme con su sabiduría, por impulsarme a crecer personal y profesionalmente. Siéntanse orgullosos para mí son extraordinarios, son la base de todo lo que soy y la inspiración de mi futuro.

Gracias hermana por ser parte fundamental en mi vida, por estar para mí en todo momento, por no dejarme caer en los momentos difíciles, por ser mi mejor amiga, mi cómplice y confidente, gracias por darme tu mano y cariño en los momentos que más lo he necesitado, gracias por recorrer este camino conmigo y no permitir que nada me venciera. Gracias por tu amor incondicional.

Sarai y Alil gracias por entregarse sin importar el tiempo ni el cansancio a este proyecto, por permitirme vivir momentos maravillosos y únicos a su lado, por caminar junto a mí, aprender día a día una de la otra y hacer de cada momento algo divertido. Este trabajo también es reflejo de su entrega y compromiso.

Dra. Aída Borges y Dr. Roberto agradezco su apoyo y confianza para pertenecer a este proyecto y la elaboración de este trabajo, gracias por su paciencia y sus constantes enseñanzas a lo largo de estos años, por que gracias a ustedes descubrí otro lado de la odontología.

Índice

1. Introducción	3
2. Antecedentes	5
2.1 Envejecimiento	5
2.1.1 Aspectos Bucales del Envejecimiento	6
2.2. Definición de nivel Socioeconómico	10
2.2.1 Nivel Socioeconómico y Salud	10
2.2.2 Nivel Socioeconómico y Salud Bucal	13
3. Planteamiento del Problema	16
4. Justificación	17
5. Hipótesis	18
6. Objetivo General	18
6.1 Objetivos Específicos	19
7. Material y Métodos	19
7.1 Población en Estudio	20
7.2 Tamaño de la Muestra	20
7.3 Criterios de Inclusión	20
7.4 Criterios de Exclusión	20
7.5 Variables	21
7.5.1 Definición Operacional Variables	22
8. Método de Recolección de Información	27
9. Prueba Piloto	29
10. Aspectos Éticos	29
11. Análisis Estadístico	29
12. Material y Equipo	30
13. Resultados	31
14. Discusión	66
15. Conclusión	77
16. Bibliografía	78
17. Anexos	83

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento, es un proceso propio de todo ser vivo, inevitable e irreversible; se produce de forma natural a lo largo de su vida y principalmente al final de ella debido a que el organismo enfrenta diversos cambios en todos los niveles de organización biológica, desde las moléculas a los sistemas fisiológicos, llevando a que la persona tenga una mayor predisposición a desarrollar ciertas enfermedades y como consecuencia final aumentar el riesgo de muerte.

Las principales enfermedades en las personas mayores son las enfermedades crónicas degenerativas tales como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus y sus complicaciones, la artritis, la osteoporosis. Es importante destacar también las afecciones demenciales y particularmente la enfermedad de Alzheimer y el deterioro sensorial, auditivo y visual.

El deterioro de la movilidad de los adultos mayores (AM) es la consecuencia de numerosas causas que con frecuencia concurren en un mismo enfermo complicando su evolución; la rehabilitación permite habitualmente mejorar la capacidad funcional. Con el deterioro motriz aumenta el riesgo de caídas y el riesgo de fracturas.

El estado nutricional también se puede ver alterado en personas de mayor edad, lo cual puede reflejarse en una disminución de la capacidad del sistema inmune, exponiendo así al desarrollo de enfermedades y complicando la respuesta a tratamientos para ciertas infecciones.¹

Es así que para la mayoría de los adultos mayores la disminución de su capacidad física y el deterioro de su salud es el problema más serio que los afecta y que los puede hacer dependientes de otros seres humanos. El envejecer sin que exista un equilibrio del bienestar emocional, social y de salud requiere de mayor esfuerzo por parte del adulto mayor para recuperar su calidad de vida y así también de más

recursos y aparatos especiales que requieren un gasto económico familiar y social.

En México, los adultos mayores representan el 6.6% de la población total, estos 7.25 millones de personas aumentan año con año, teniendo así, una población en la cual ha sido difícil cubrir todas las necesidades que requieren; tales como atención médica, dental, nutricional, de recreación, trabajo y así mismo, integrarlos a su entorno social de una manera útil.

Hoy en día existen programas de atención médica, pensiones mensuales y grupos de tercera edad, pero estos no han sido suficientes. El principal problema entre los adultos mayores en México es el factor económico; pues muchos de ellos por no ser activamente productivos no cuentan con un ingreso que les permita cubrir sus necesidades principales, tales como una adecuada alimentación y atención médica regular, lo que los lleva al deterioro físico y mental.

La mayoría de los adultos mayores no gozan de buena salud no solo por los problemas propios de la vejez sino por la acumulación de enfermedades en el curso de su vida.²

Las condiciones de salud, nivel cultural, la situación socioeconómica y calidad de vida actual son resultado de las condiciones socioeconómicas, antecedentes laborales y acceso a servicios de atención de la salud a los que se tuvo acceso en el pasado.

El propósito de este estudio es identificar si las condiciones socioeconómicas previas están relacionadas con las condiciones de salud bucal actuales en adultos de 70 años y más residentes en una delegación en la Ciudad de México.

2. ANTECEDENTES

El proceso de envejecimiento de la población es una realidad en el mundo y supone cambios con consecuencias estructurales, económicas y sociales nunca antes vistas. En México las proyecciones poblacionales indican que, para el año 2050, uno de cada cuatro mexicanos será mayor de 65 años de edad enfrentándonos a una población con necesidades diferentes y complejas.³El envejecimiento y las necesidades de la persona al envejecer van a estar determinados por el apoyo familiar, la economía, las relaciones afectivas, el estilo de vida que han llevado a lo largo de su vida, acceso a servicios de salud, educación recibida, combinándose y dando una amplia gama en la forma de envejecer.

2.1 Envejecimiento

El envejecimiento es considerado un fenómeno universal, es un proceso dinámico, irreversible, inevitable y progresivo que se acompaña de modificaciones morfológicas, funcionales, psicológicas, fisiológicas y bioquímicas que se inician en el momento del nacimiento y se desarrollan a lo largo de la vida, entre estos cambios también hay modificaciones en las condiciones de los tejidos bucales (la mucosa oral, labios, dientes y las estructuras asociadas); algunos de estos cambios aumentan el riesgo de adquirir enfermedades y desarrollar discapacidades; esto hace necesario trazar metas para mejorar la salud del adulto mayor.

Se ha reconocido que la salud bucal es un componente de la salud general, que los problemas bucales además de causar dolor, dificultad para hablar, masticar, deglutir, mantener una dieta equilibrada, además de las consideraciones estéticas y las alteraciones faciales que conduce a la ansiedad y la depresión se han relacionado con complicaciones sistémicas, así como con la respuesta a tratamientos de trastornos metabólicos (Diabetes).⁴

2.1.1 Aspectos bucales del envejecimiento

La salud bucodental a menudo es descuidada a lo largo de la vida, de manera que con el paso de los años se refleja el efecto de éstas de maneras complejas, afectando de manera negativa la capacidad masticatoria, la autoestima, el desempeño social y la calidad de vida de los adultos mayores.

Algunos de los cambios bucales que ocurren en la edad son naturales (oscurecimiento y desgaste de los dientes), mientras que otros reflejan el efecto de enfermedades (periodontitis), consumo de medicamento (xerostomía) y de factores socioculturales y económicos (edentulismo), los músculos masticatorios y de la piel pierden el 20 % de su eficacia al pasar de los 30 años a los 65 años. Aproximadamente a los 60 años comienza a reducirse el flujo salival, lo cual puede tener repercusión en la fonética y dificultar la deglución de porciones de alimentos. Los dientes cambian de tamaño, posición, forma y color por modificación de los propios tejidos dentarios (por aumento o disminución de sustancias inorgánicas y orgánicas) y por acción del medio bucal (atrición, erosión, caries, pérdida de dientes, enfermedad periodontal y otros).⁵

Los tejidos de soporte de los dientes pueden sufrir diferentes modificaciones con el envejecimiento, cuando se combina con una higiene bucal pobre, se incrementa la presencia de placa dentobacteriana, lo cual puede desencadenar una gingivitis o progresar a periodontitis; cuando esta placa no es debidamente removida y se permite que se presente cálculo dental. En la encía ocurre pérdida del punteado, aspecto fibroso, delgadez o falta de la capa queratinizada, haciéndola propensa a abrasiones por utilización de prótesis parciales o dentaduras mal ajustadas.⁵

La mucosa bucal también experimenta cambios relacionados con factores locales adquiridos a lo largo de la vida como la dieta, el hábito de fumar, el alcoholismo y el uso de prótesis, volviéndose más delgada, lisa y seca, tornándose permeable a

sustancias nocivas y más propensas a daños mecánicos,⁵ mostrando atrofia del epitelio y disminución de la queratinización. La falta de elasticidad con resequedad y atrofia, tiende a la hiperqueratosis, ocasionando la mayoría de las veces una lesión reversible, que debe desaparecer al retirarse el irritante que la provoca. De no ser eliminada la lesión esta evoluciona hacia un estadio más avanzado.⁶

La pérdida dental, el desgaste de los dientes (desgaste vertical debido a atrición) y uso prolongado de prótesis removibles inadecuadas pueden modificar la dimensión vertical (DV) exponiendo al desarrollo de queilitis angular en la comisura labial, condición que también se ha relacionado con deficiencias de vitaminas del complejo B.⁶

En el hueso alveolar se presenta remodelación constante en relación a las fuerzas oclusales, es reabsorbido disminuyendo su altura y grosor de las trabéculas; se puede observar adelgazamiento de la cortical con incremento de la porosidad, produciéndose esclerosis ósea, consecuencia de una mayor mineralización de la estructura ósea, que incrementa la dureza y disminuye la elasticidad, con probabilidad de fractura.⁵

La pérdida de todos los dientes lleva al edentulismo, condición que compromete la habilidad para masticar y procesar los alimentos de manera adecuada para su deglución y digestión.⁵

Las enfermedades bucodentales no solo tienen consecuencias afectando las actividades de la vida diaria (comer, deglutir, hablar, masticar, estética,) sino a la calidad de vida y la autoestima,⁷ pero también puede tener consecuencias sistémicas comprometiendo la salud general de las personas mayores y su bienestar.⁸

En México, algunos de los principales problemas de salud bucal en los adultos mayores son el edentulismo y el uso de prótesis mal ajustadas,⁶ esto se ve

reflejado en la calidad de vida de los adultos mayores, ya que algunos evitan realizar ciertas actividades sociales debido a problemas de carácter estético o dificultades en la masticación;⁹ la indiferencia en el cuidado de las prótesis removibles provoca que éstas se encuentren en malas condiciones, aumentando el riesgo de desarrollar lesiones en los tejidos bucales que causarán dolor y dificultad para comer.

Por lo anterior, la utilización de prótesis y dentaduras en los adultos mayores cumple una función muy importante para poder restablecer la funcionalidad masticatoria, mejorar la fonética, restablecer la estética, así como la confianza de la persona para realizar e integrarse en lo posible a sus actividades diarias, pero es necesario hacer hincapié en que esto será posible cuando la prótesis o dentadura sea funcional, correspondiendo al odontólogo el buen diagnóstico y elaboración de una prótesis funcional, así como la revisión periódica por parte del paciente.

El envejecimiento de la población representa un enorme desafío para los sistemas de salud alrededor del mundo, ya que se requiere garantizar que en los años por venir, se cubran y otorguen un mínimo de beneficios y prestaciones que permitan a esta creciente población, satisfacer sus necesidades fundamentales.

El aumento de la esperanza de vida permite que cada día haya un mayor número de adultos mayores, por lo que se requiere centrar la atención en la oferta de servicios geriátricos, gerontológicos y dentales geriátricos, ya que la demanda de éstos aumentará en los próximos años.

En Latinoamérica, el 75% de los ancianos no visitan con frecuencia al dentista y es evidente que no todas las personas mantienen una buena salud bucodental durante esta etapa de la vida, por lo que se requieren programas preventivos y de atención bucodental adecuados a esta población.⁵

A pesar de la gama de necesidades de salud bucodental, los servicios de salud bucal públicos se limitan a tratamientos de prevención, control y operatorios con amalgama o resina. Aunque son amplias las necesidades de salud bucal de los adultos mayores, los servicios públicos de salud ofrecen un limitado número de tratamientos, orillando a que los AM requieran de servicios particulares.⁵

Los servicios de salud desempeñan una función fundamental en la calidad de vida de las personas de mayor edad, esto se refiere no solamente tener acceso a ellos y los recursos para pagarlos, sino también la forma en que son tratados por los profesionales de la salud.

Los sistemas de salud cubren la mayoría de las necesidades de salud de la población, sin embargo, en algunas ocasiones no son suficientes los medicamentos y materiales para la atención dental, además de la prioridad que se le brinda a los servicios de urgencias y al desconocimiento por parte de la población de la importancia de la permanencia de los dientes en la boca, estos son algunos de los factores que han incidido en la pérdida de las dientes.⁵

Por todo lo señalado, la población de adultos mayores ve limitado su acceso a servicios de salud bucal, ya sea porque están fuera de su alcance desde un punto de vista económico, o porque no cubren la totalidad de sus necesidades.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera al edentulismo (ausencia total de los dientes naturales) un problema de salud pública que afecta el estado de salud general y la calidad de vida de las personas, ésta condición a menudo es ignorada, especialmente para los adultos mayores, ya que hay personas que consideran la pérdida de órganos dentarios como parte normal del envejecimiento.¹⁹

2.2 Definición de Nivel Socioeconómico

El nivel socioeconómico (NSE) fue definido como “la posición relativa de una familia o individuo en una estructura social jerárquica, basada en su acceso a o control sobre el bienestar, prestigio y poder.”¹⁰

Más recientemente, ha sido definido como “un concepto amplio que se refiere a la posición de las personas, familias, hogares y secciones censales (AGEBS por ejemplo) u otros agregados con respecto de la capacidad de crear o consumir bienes que son valorados por la sociedad”¹¹

Sin importar como es definido, parece ser que el NSE, así como se relaciona con el estado de salud / atención a la salud, es un intento de capturar el acceso de un individuo o grupo a los recursos básicos requeridos para lograr y mantener una buena salud. Se dice que existen tres vías a través de las cuales el NSE impacta a la salud, que incluyen su asociación con la atención a la salud, exposición ambiental, conductas de salud y estilo de vida.¹²

Aunque el análisis de los datos de NSE está casi siempre incluido en la investigación epidemiológica, su uso específico frecuentemente es dependiente de la disponibilidad de datos. Aún más, la interpretación de los resultados relacionados ha variado entre estudios y resultados de salud. Frecuentemente se concluye que las diferencias en NSE son la causa de las diferencias en el estado de salud y resultados entre diferentes grupos de población.¹³

2.2.1 Nivel socioeconómico y salud

Las condiciones socioeconómicas en la niñez pueden estar relacionadas con el estado de salud en la vida adulta. Algunos estudios sobre el efecto directo (sin considerar la clase social en la adultez) de las condiciones socioeconómicas en la niñez en la salud del adulto sugieren que crecer con condiciones socioeconómicas

desfavorables lleva a tener una pobre salud o una muerte prematura en la edad adulta. Otros estudios, no encontraron un claro efecto del NSE en la infancia sobre la mortalidad o la salud en los adultos. Aunque hay evidencia contradictoria, los investigadores coinciden en señalar que existe una asociación independiente.¹⁴

Por otro lado, el proceso por el que el impacto del medio ambiente en la niñez en la salud en la vida adulta no está claro. Se han indicado algunas vías que pueden operar entre la vida temprana y el estado de salud en la vida adulta pueden relacionarse con factores de riesgo biológicos y a través de las conductas relacionadas con la salud.¹⁴

La hipótesis acerca de la influencia del medio ambiente en la vida temprana para la vida posterior ha sido la base de varios estudios. Sin considerar los diferentes resultados divergentes obtenidos en diversos estudios y los problemas metodológicos, incluyendo la selección y el efecto confusor de factores socioeconómicos y otros factores, parece haber evidencia de que el medio ambiente en la vida temprana es esencial para la salud posterior. La asociación del bajo peso al nacer y el riesgo de enfermedades cardiovasculares más adelante en la vida es una hipótesis que lo favorece. Para elucidar otros mecanismos potenciales, se necesita refinar los métodos de medición y los parámetros para la experiencia temprana. La función placentaria, la calidad de la nutrición, infecciones, factores genéticos y hormonales también pueden jugar un papel. El enfoque del estudio del “curso de la vida” indica que la vida temprana es un periodo importante en la vida humana, pero no es el único. Los continuos eventos a lo largo de la vida y las circunstancias socioeconómicas pueden modificar la experiencia de la vida temprana. Este enfoque puede ser útil para ver los eventos de la vida temprana en la perspectiva correcta.¹⁵

Sin embargo, las circunstancias socioeconómicas en la niñez pueden jugar un papel. Resultados de algunos estudios sobre el efecto directo (sin considerar el NE en la adultez) del NSE del niño en la salud del adulto sugiere que crecer en

circunstancias socioeconómicas pobres conduce a una pobre salud o muerte prematura en la adultez. Otros estudios, sin embargo, no encontraron un claro efecto del NSE en la niñez sobre la salud del adulto o la mortalidad. En resumen, conclusiones definitivas acerca del impacto del ambiente socioeconómico en la niñez sobre la salud en la vida posterior no puede ser obtenida, pero puede existir una influencia independiente.

El proceso por el cual el impacto del ambiente en la niñez se establece no se ha comprendido claramente. Vías específicas importantes las cuales pueden operar entre la vida temprana y el estado de salud en el adulto pueden atravesar varios factores de riesgo biológicos.¹⁴

Es muy probable que la influencia de las circunstancias socioeconómicas en la niñez en la salud posterior opere a través de conductas relacionadas con la salud. Se ha realizado investigación en relación con estos mecanismos, pero es sorprendentemente poca.¹⁶ Factores de conducta como son el tabaquismo, la actividad física en el tiempo libre y el consumo de alcohol no explicaron la relación entre pobreza en la niñez y enfermedad coronaria.^{7,17} En estudios recientes, no se encontró un efecto independiente sustancial en el nivel socioeconómico del padre en el tabaquismo del adulto, consumo de alcohol y actividades físicas de recreación, tampoco la educación del padre se asoció con el tabaquismo adulto. Las actividades físicas recreativas, sin embargo, estuvieron relacionadas con la educación de la madre. La revisión de la escasa evidencia, la influencia de la clase social en los factores conductuales todavía no está claramente comprendida.¹⁸

De acuerdo con la hipótesis de la movilidad ascendente, un incremento en el estatus socioeconómico de la niñez a la adultez podría tener un efecto protector y conducir a un mejor estado de salud. La hipótesis de movilidad descendente predice que una caída en la jerarquía del estatus socioeconómico podría tener un efecto de riesgo y conducir a un peor estado de salud. En contraste, de acuerdo con las hipótesis del origen social, crecer en condiciones de bajo nivel socioeconómico tiene influencias negativas duraderas en la salud del adulto,

independientemente del estado socioeconómico en la adultez. Finalmente, es importante establecer si la asociación entre el estado socioeconómico en la niñez y la salud en el adulto es generalizada en todos los dominios de salud o es específica a un dominio. El conocimiento acerca de la generalidad contra la especificidad de estas asociaciones longitudinales puede ayudar a enfocar la atención en mecanismos de riesgo plausibles.¹⁴

2.2.2 Nivel socioeconómico y salud bucal

Es necesario mencionar que la salud bucal juega un papel importante en la nutrición de los adultos mayores, ya que la pérdida dental se ha asociado con disminución de la capacidad para masticar, con el uso de prótesis removibles que se han asociado con cambios en la percepción del sabor de los alimentos, lo cual lleva a modificaciones en la selección de alimentos que pueden ocasionar deficiencia nutricional.¹⁹

Los hábitos de higiene y cuidados bucales de las personas son aprendidos durante la infancia y juventud,²⁰ pero también se han relacionado con el ambiente socioeconómico donde se desarrolló la niñez.²¹

En Nueva Zelanda, se siguió a un grupo de niños durante 26 años. En aquellos en los cuales se observó que las enfermedades bucodentales eran más prevalentes durante la niñez eran sujetos con bajo NSE, al llegar a ser adultos, estos mismos sujetos presentaron mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares, menor desarrollo físico y continuaban presentando mayor prevalencia de problemas bucodentales (caries, enfermedad periodontal y sangrado gingival). Asimismo, se observó que si a lo largo de la vida las personas mejoran su situación económica, continúan presentando una mayor prevalencia de enfermedad periodontal y caries que aquellos que nunca tuvieron bajo NSE; esto sugiere que la relación entre NSE y salud bucal durante la infancia participan de manera importante en la salud bucal y calidad de vida de los adultos.¹⁴ Recientemente se ha reportado que estar

expuestos a ambientes adversos a lo largo del curso de la vida contribuye añadiendo problemas de salud bucal.²²

En Finlandia con datos de 7112 personas de 30 años de edad y más, se encontró que, los niveles de educación del padre (indicador de NSE en la niñez) y el nivel de educación de adulto (indicador de NSE en el adulto) estuvieron asociados independientemente con la salud bucodental. También hubo relación entre el número de periodos de desventaja socioeconómica y la salud bucal.²³

En Australia se realizó una investigación cuyo propósito era determinar si las condiciones familiares en la niñez estuvieron asociadas con el impacto social de la salud bucal en la adultez. En 3678 adultos de 18-91 años, los adultos que fueron criados en ambientes favorables tuvieron calificaciones más favorables en 4 atributos psicológicos (sentido de control, percepción del estrés, apoyo social y satisfacción con la vida).²⁴

Otro estudio cuyo objetivo fue determinar si la salud bucal de los adultos es predicha por las ventajas o desventajas socioeconómicas en la niñez (controlando por salud bucal en la niñez), o por la salud bucal en la niñez (controlando por condiciones socioeconómicas en la niñez) y si la salud bucal en el adulto es afectada por cambios en el NSE. En una cohorte (798 personas) seguidas por 26 años se encontró que aquellas personas con bajo NSE a los 5 años de edad tuvieron un mayor promedio de superficies cariadas y obturadas a la edad de 26 años, también fue más probable que hubieran perdido un diente debido a caries, y tuvieron mayor prevalencia y extensión de periodontitis. Se concluyó que la salud bucal en los adultos fue predicha por las condiciones socioeconómicas en la niñez, así como por las condiciones bucodentales en la niñez. Asimismo, se indica que el enfoque de la salud a lo largo de la vida parece ser útil para comprender las disparidades en salud bucal en las personas.²⁵

En Gran Bretaña se investigó el impacto relativo de factores de riesgo que operan en diferentes etapas de la vida sobre el número de dientes retenidos en edades de 49-51 años. Muy poca variación en la retención dental en edades medias se explicó por factores operando en etapas tempranas de la vida. La relación entre NSE en la niñez y la salud bucal en la adultez, en relación con la retención de dientes, parece disminuir al aumentar la edad ya que la posición socioeconómica y los estilos de vida en la etapa adulta tienen mayor impacto. La promoción de estilos de vida saludables y la mejora continua de la higiene bucal podría ser las intervenciones en salud pública que parecen incrementar la retención dental en la edad adulta.²⁶

La OMS reconoce que la pobreza y las desigualdades sociales juegan un papel fundamental en la presencia de enfermedades bucodentales y en la posibilidad de recibir tratamiento,¹⁶ por lo que resulta natural que la prevalencia de enfermedades bucales sea mayor en las personas que viven en la pobreza.

Se ha demostrado la existencia de una asociación entre el estado de salud y el nivel socioeconómico, individuos de mejor nivel socioeconómico disfrutaban de mejor salud,^{27,28,29} por lo que es aceptado que las desigualdades en salud asociadas con el nivel socioeconómico son grandes y según diversos autores van en aumento.²⁷ La mayoría de las teorías que explican estas desigualdades utilizan indicadores de nivel socioeconómico tales como: ingreso, escolaridad, ocupación y raza entre otros, a través de los cuales la salud se distribuye de manera desigual.^{30,31,32}

Es importante recordar que los adultos mayores en su gran mayoría se encuentran en condiciones de dependencia económica y bajos ingresos. Este hecho los limita para seguir un tratamiento dental, limitando la accesibilidad a gran parte de los pacientes. Por su parte, los elementos para realizar la higiene bucodental, sin ser extremadamente caros, suelen ser a menudo considerados artículos menos prioritarios por muchas personas en relación con otros productos de carácter indispensable, dejando de lado el cuidado de su salud bucal.³³

Estudios sobre edentulismo han demostrado una elevada prevalencia en la vejez como consecuencia de una asistencia dental inadecuada de la población, esto puede ser debido a la ausencia de programas de prevención específica o de la incapacidad de satisfacer la alta demanda para estos servicios, o de la falta de accesibilidad económica o física, entre otras razones.

3. Planteamiento del problema

En México, la población de adultos mayores va en aumento día a día debido a cambios demográficos incluyendo un incremento en la esperanza de vida, por tanto, este sector de la población demanda atención en diversos aspectos, incluyendo la necesidad de cuidado dental geriátrico, además, es sabido que con aumento de la edad se incrementa el número de dientes perdidos por falta de higiene, caries y enfermedad periodontal, esto produce un aumento en el uso de prótesis parciales removibles y dentaduras totales, marcando el decaimiento del estado de salud bucal.

Se ha demostrado que la salud bucal se relaciona con el estado de salud general, con las condiciones nutricias de las personas. La falta de dientes y el uso de prótesis tienen efecto en la selección de alimentos, comprometiendo su acceso a alimentos de alto contenido nutricional. Todo lo anterior afectará la forma en que se desarrolla la persona en su entorno afectando su bienestar físico, psíquico y social. Es posible que las condiciones de salud bucal y salud general que el adulto mayor posee en esta etapa de la vida sea un reflejo del nivel socioeconómico que poseía en su infancia o en el transcurso de su vida, dando como resultado el mantenimiento o ausencia de hábitos de cuidado dental, así también, el uso o no de servicios dentales para la prevención o atención de los problemas dentales que ahora posee.

Se ha establecido que los hábitos de higiene y cuidado bucal se adoptan a edades tempranas y en condiciones económicas favorables, pero la situación económica puede cambiar a lo largo de la vida; estos cambios pueden reflejarse en modificación de las condiciones de salud bucal, pues son determinantes en el acceso y uso de servicios de atención dental, relación que ha sido poco explorada. Considerando esto llegamos a la pregunta:

¿Están el reporte de nivel socioeconómico pasado y el reporte actual de NSE asociados con los problemas de salud bucodental de los adultos mayores de la delegación Coyoacán?

4. Justificación

Con el aumento de la población de más de 60 años de edad es importante y necesario ampliar la investigación en el área de salud bucal en los adultos mayores para poder fortalecer la atención dental a este sector de la población, ofreciendo servicios de prevención, de atención integral controlando y resolviendo los problemas relacionados con su salud bucal.

Se ha demostrado que la educación y las condiciones económicas actuales son dos elementos importantes para determinar el estado de salud general y de salud bucal de las personas, sin embargo pocos trabajos se han realizado para evaluar si las condiciones económicas en la “infancia” o en tiempo más tempranos tiene relación con las condiciones de salud bucal en las personas de 70 años y más.

En México, no se ha explorado el nivel socioeconómico pasado y actual en relación con las condiciones bucales como en otros países, lo que permite una oportunidad para explorar esta asociación en adultos mayores mexicanos.

Al realizar este estudio se podrá hacer una estimación de los problemas bucodentales que tienen mayor impacto en los adultos mayores y que estén relacionadas con las características socioeconómicas previas y actuales. De esta

manera se podrán identificar grupos de alto riesgo sobre los cuales implementar medidas preventivas en etapas tempranas de la vida.

5. Hipótesis

- Las personas que tienen una autopercepción de su condición económica buena en su infancia y en su edad adulta tienen mejor condición de salud bucal que aquellos que autopercieron una condición económica baja en su infancia y en su edad adulta
- Las personas que percibieron su situación económica baja en su infancia y alta en su edad adulta tienen mejores condiciones de salud bucal que las personas que cambiaron su situación económica de alta en su infancia a baja en su edad adulta.
- Las personas que tienen una autopercepción de su situación socioeconómica buena durante su infancia usan menor número de prótesis que las personas que tienen una autopercepción de su situación socioeconómica baja.
- Las personas que tienen autopercepción de su situación socioeconómica buena durante la infancia tienen menor prevalencia de edentulismo que aquellos con autopercepción de su situación socioeconómica baja durante la infancia.

6. Objetivo General

Identificar si existe asociación entre el auto--reporte de nivel socioeconómico en el pasado con el estado actual de salud bucal y la utilización de servicios dentales en AM de 70 años y más de la Delegación Coyoacán.

6.1 Objetivos Específicos

- Identificar si existen diferencias en el uso y funcionalidad de prótesis removibles y prevalencia de edentulismo entre las personas de 70 años y más de la Delegación Coyoacán que reportan haber tenido bajo NSE durante la infancia con los que no lo reportaron.
- Identificar si existen diferencias en el uso y funcionalidad de prótesis removibles y prevalencia de edentulismo entre las personas de 70 años y más de la Delegación Coyoacán que reportan tener bajo NSE con los que no lo reportaron.
- Identificar si existen diferencias en la utilización de servicios dentales entre las personas de 70 años y más de la Delegación Coyoacán que reportan haber tenido bajo NSE en la niñez con los que no lo reportaron.
- Identificar si existen diferencias en la utilización de servicios dentales entre las personas de 70 años y más de la Delegación Coyoacán que reportan tener bajo NSE con los que no lo reportaron.

7. Material y métodos

Este es un estudio transversal que se realizó como parte del Estudio sobre marcadores nutricios y psicosociales del síndrome de Fragilidad en habitantes de la Delegación Coyoacán que realizó el departamento de Geriátría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ) en colaboración con el departamento de salud del Gobierno del Distrito Federal (GDF), el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el departamento de Salud Pública Bucal (SPB) de la División de Estudios de Posgrado e Investigación (DEPeI) de la Facultad de Odontología (FO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

7.1 Población en estudio

La población en estudio fueron las personas de 70 años y más que habitan en la Delegación Coyoacán y registrados (aproximadamente 33347) en el Programa de apoyo alimentario, atención médica y medicamentos gratuitos del GDF (PAAAMMG-GDF).

7.2 Tamaño de la muestra

Para este estudio se seleccionó la muestra estimando una prevalencia de fragilidad de 14% con un nivel de significancia de 0.05 y un poder de 0.8, se estratificó por edad y sexo, obteniendo un tamaño muestral de 1294 sujetos.

7.3 Criterios de inclusión

- Tener 70 años cumplidos o más al momento de la invitación para participar en el estudio,
- Firmar la carta de consentimiento informado,
- Estar inscrito en el programa de apoyo alimentario, atención médica y medicamentos gratuitos (PAAAMMG-GDF),
- Estar presente en su hogar cuando se realicen las visitas por parte de los entrevistadores y examinadores clínicos.

7.4 Criterios de exclusión

- No ser localizado en el domicilio por el equipo de entrevista o evaluación clínica,
- No aceptar la evaluación clínica bucal,
- No firmar el consentimiento informado,
- No aceptar la visita o revisión clínica dental,

- No haber sido localizado en su hogar después de tres visitas y
- Darse de baja del PAAAMMG-GDF.

7.5 Variables

Variables Independientes

- Variables Sociodemográficas
 - Edad
 - Sexo
 - Escolaridad
 - Estado civil
 - Ocupación
 - Derechohabiencia
 - Nivel socioeconómico pasado
 - Nivel socioeconómico actual

Variables Dependientes

- Número de dientes presentes
- Edentulismo
- Uso de prótesis parcial removible
- Uso de dentadura total
- Funcionalidad de prótesis parcial removible
- Funcionalidad de dentadura total
- Uso de servicios dentales

7.5.1 Definición operacional de las variables

Variable	Definición operacional, tipo, escala y obtención
Edad	Años cumplidos a la fecha de la entrevista
	Escala: Años cumplidos
	Tipo: Independiente
	Obtenida: Durante entrevista
Sexo	La condición biológica que distingue a una persona en hombre o mujer
	Escala: Hombre/Mujer
	Tipo: Independiente
	Obtenida: Durante entrevista
Escolaridad	Número de años de educación recibida
	Escala: Número de años
	Tipo: Independiente
	Obtenida: Durante entrevista
Estado civil	Situación de la persona entrevistada en relación con su familia, matrimonio o algún parentesco
	Escala: Soltero/casado o unión libre/divorciado separado/ viudo
	Tipo: Independiente
	Obtenida: Durante entrevista
Ocupación	Cualquier actividad, oficio o trabajo que la persona realice.
	Escala: Trabajó a cambio de un ingreso o beneficio...1 Trabajó sin recibir ingresos ni beneficios.....2 Desempleado.....3 Pensionado o jubilado.....4 Incapacidad.....5 Estudiante.....6 Se dedica a los quehaceres del hogar.....7 Ninguna.....8 No sabe.....88 NR.....99
	Tipo: Independiente
	Obtenida: Durante entrevista
Derechohabiciencia	Derecho a recibir atención por parte de alguna institución de salud del sector público.

	<p>Escala: 1) Seguro Social 2) ISSSTE 3) PEMEX 4) Defensa o Marina 5) Seguro médico privado 6) seguro popular 7) no tiene</p> <p>Tipo: Independiente</p> <p>Obtenida: Durante entrevista</p>
Nivel socioeconómico pasado	<p>Respuesta a la pregunta ¿ Diría usted que su situación económica cuando era niño/a era:</p> <p>Escala: 1) excelente 2)muy buena 3) buena4) regular5) mala 8) no sabe 9) no responde</p> <p>Tipo: Independiente</p> <p>Obtenida: Durante entrevista</p>
Nivel socioeconómico presente	<p>Respuesta a la pregunta ¿ Diría usted que su situación económica es:</p> <p>Escala: 1) excelente 2)muy buena 3) buena4) regular5) mala 8) no sabe9) no responde</p> <p>Tipo: Independiente</p> <p>Obtenida: Durante entrevista</p>
Uso de servicios dentales	<p>Esto es el uso de cualquier tipo de servicio dental durante los doce meses previos a la entrevista. Respuesta a la pregunta: ¿Ha recibido atención dental en los últimos doce meses?</p> <p>Escala: Si/No</p> <p>Tipo: Dependiente</p> <p>Obtenida: Durante entrevista</p>
Número de dientes presentes	<p>Numero de dientes presentes en boca, ya sea intacto o restaurado y que tenga como mínimo 2 paredes en la corona.</p> <p>Escala: Códigos: 2-diente permanente; 3-implante, 4-diente no presente; 5-resto radicular de diente permanente; 9-no pudo ser evaluado. Número de dientes y 0/1-9/10-19/20-32</p> <p>Tipo: Dependiente</p> <p>Obtenida: Durante el examen clínico por el observador</p>
Edentulismo	<p>Ausencia de todos los dientes naturales por cualquier causa (caries, traumatismo, enfermedad periodontal, etc.) en ambas arcadas o alguna de ellas.</p> <p>Escala: 1) Superior 2) Inferior 3) Ambas 4)Ninguna</p> <p>Tipo: Dependiente</p> <p>Obtenida: Durante el examen clínico por el observador</p>

Uso de prótesis parcial removible	Es la utilización de cualquier aparatología protésica que sustituya los dientes y estructuras asociadas en una arcada parcialmente edéntula y que puede ser removida de la boca por el usuario
	Escala: Sí/no
	Tipo: Dependiente
	Obtenida: Durante el examen clínico por el observador
Uso de dentaduras totales	Aparatología protésica que sustituye todos los dientes de una o ambas arcadas y los tejidos asociados:
	Escala: Superior/ Inferior / ambas
	Tipo: Dependiente
	Obtenida: Durante exploración bucal
Funcionalidad de prótesis parcial removible	<p>Evaluación de la retención, estabilidad, adaptación y defectos de la base protésica y estructura metálica.</p> <p>Estabilidad: Es la resistencia que presenta la dentadura ante la presión ejercida durante un movimiento horizontal. Esta será registrada por el examinador al colocar un dedo en la región premolar de cada lado de la prótesis e intentar su desplazamiento, inclinación o rotación³⁴.</p> <p>Retención: Es la resistencia en contra de cualquier desplazamiento vertical en ambos sentidos, que tienda a alterar la relación de la dentadura con los dientes y las otras estructuras de soporte.³⁵</p> <p>Esta información será obtenida por el examinador, el cual colocará sus dedos en la región incisal de la dentadura, por el lado lingual ó palatino y tratará de empujar la dentadura labialmente. Se registrará como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funcional: Buen sellado, existe ligero movimiento pero es funcionalmente adecuado. • No funcional: Demasiado movimiento, la prótesis se desliza fácilmente por lo que requiere tratamiento. <p>Extensión: Es la superficie de las áreas de soporte cubiertas por las prótesis. Esta información será obtenida a través de la inspección visual de las dentaduras dentro y fuera de la boca por el examinador.³⁵</p> <p>Defectos: Es cualquier pérdida de continuidad en la base protésica (grietas, hoyos, etc.), ausencia de dientes, fractura de dientes (dientes astillados con bordes irregulares), fractura de retenedores, fractura de márgenes.</p>

	<p>Esta información será obtenida por observación extraoral directa del examinador.³⁵</p> <p>Base acrílica y estructura metálica: la estructura metálica se clasifica como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funcional: Estructura metálica bien adaptada, no lastima ningún tejido, ausencia de movimiento • No funcional: Estructura metálica no adaptada o fracturada, es evidente que lastima algún tejido. <p>La adaptación de la base acrílica a la mucosa adyacente se clasifica como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funcional: Bien adaptada, sin movimientos irregulares y sin fracturas. • No funcional: Adaptación moderada o desadaptada, con fracturas o partes faltantes. 						
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="620 873 760 1178">Escala:</td> <td data-bbox="760 873 1312 1178"> Funcional/No funcional Prótesis parcial funcional superior Prótesis parcial no funcional superior Prótesis parcial funcional inferior Prótesis parcial no funcional inferior Prótesis parcial funcional superior Prótesis parcial no funcional superior Prótesis parcial funcional inferior Prótesis parcial no funcional inferior </td> </tr> <tr> <td data-bbox="620 1178 760 1209">Tipo:</td> <td data-bbox="760 1178 1312 1209">Independiente</td> </tr> <tr> <td data-bbox="620 1209 760 1247">Obtenida:</td> <td data-bbox="760 1209 1312 1247">Durante exploración bucal</td> </tr> </table>	Escala:	Funcional/No funcional Prótesis parcial funcional superior Prótesis parcial no funcional superior Prótesis parcial funcional inferior Prótesis parcial no funcional inferior Prótesis parcial funcional superior Prótesis parcial no funcional superior Prótesis parcial funcional inferior Prótesis parcial no funcional inferior	Tipo:	Independiente	Obtenida:	Durante exploración bucal
Escala:	Funcional/No funcional Prótesis parcial funcional superior Prótesis parcial no funcional superior Prótesis parcial funcional inferior Prótesis parcial no funcional inferior Prótesis parcial funcional superior Prótesis parcial no funcional superior Prótesis parcial funcional inferior Prótesis parcial no funcional inferior						
Tipo:	Independiente						
Obtenida:	Durante exploración bucal						
<p>Funcionalidad de dentadura total</p>	<p>Evaluación de la retención, estabilidad, la adaptación e integridad de la base acrílica. Cuando uno de los tres elementos califique como no funcional, se considerara como no funcional la dentadura.</p> <p>Estabilidad: Es la resistencia que presenta la dentadura ante la presión ejercida durante un movimiento horizontal. Esta será registrada por el examinador al colocar un dedo en la región premolar de cada lado de la prótesis e intentar su desplazamiento, inclinación o rotación.</p> <p>Retención: Es la resistencia en contra de cualquier desplazamiento vertical en ambos sentidos, que tienda a alterar la relación de la dentadura con los dientes y las otras estructuras de soporte. Esta información será obtenida por el examen clínico del observador.</p>						

	<p>Extensión: Es la superficie de las áreas de soporte cubiertas por las prótesis. Esta información será obtenida a través de la inspección visual de las dentaduras dentro y fuera de la boca por los examinadores.³⁵</p> <p>Defectos: Es cualquier pérdida de continuidad en la base protésica (grietas, hoyos, etc.), ausencia de dientes, fractura de dientes (dientes astillados con bordes irregulares), fractura de retenedores, fractura de márgenes. Esta información será obtenida por observación extraoral directa del examinador.³⁵</p> <p>Evaluación de la retención, estabilidad, adaptación y defectos de la base protésica y estructura metálica.</p> <p>Estabilidad: Es la resistencia que presenta la dentadura ante la presión ejercida durante un movimiento horizontal. Esta será registrada por el examinador al colocar un dedo en la región premolar de cada lado de la prótesis e intentar su desplazamiento, inclinación o rotación³⁴.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funcional: No existe movimiento o existe ligero movimiento pero es funcionalmente adecuado. • No funcional; Demasiado movimiento y la prótesis se desplaza de su lugar por lo que requiere tratamiento. <p>Retención: Es la resistencia en contra de cualquier desplazamiento vertical en ambos sentidos, que tienda a alterar la relación de la dentadura con los dientes y las otras estructuras de soporte.³⁵</p> <p>Esta información será obtenida por el examinador, el cual colocará sus dedos en la región incisal de la dentadura, por el lado lingual ó palatino y tratará de empujar la dentadura labialmente. Se registrará como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funcional: Buen sellado, existe ligero movimiento pero es funcionalmente adecuado. • No funcional: Demasiado movimiento, la prótesis se desplaza fácilmente por lo que requiere tratamiento. <p>Extensión: Es la superficie de las áreas de soporte cubiertas por las prótesis. Esta información será obtenida a través de la inspección visual de las dentaduras dentro y fuera de la boca por el examinador.³⁵</p> <p>Defectos: Es cualquier pérdida de continuidad en la base protésica (grietas, hoyos, etc.), ausencia de dientes,</p>
--	---

<p>fractura de dientes (dientes astillados con bordes irregulares), fractura de retenedores, fractura de márgenes. Esta información será obtenida por observación extraoral directa del examinador.³⁵</p> <p>Base acrílica y estructura metálica: la estructura metálica se clasifica como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funcional: Estructura metálica bien adaptada, no lastima ningún tejido, ausencia de movimiento • No funcional: Estructura metálica no adaptada o fracturada, es evidente que lastima algún tejido. <p>La adaptación de la base acrílica a la mucosa adyacente se clasifica como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funcional: Bien adaptada, sin movimientos irregulares y sin fracturas. • No funcional: Adaptación moderada o desadaptada, con fracturas o partes faltantes. 	
Escala:	Funcional/No funcional
Tipo:	Independiente
Obtenida:	Durante exploración bucal

8. MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Las personas seleccionadas se contactaron en su domicilio por una trabajadora social del centro de salud correspondiente, se les invitó a participar en el proyecto y se les explicaron los procedimientos que se realizaron durante su participación; posteriormente fue visitado por un entrevistador el cual aplicó una entrevista sociodemográfica. La trabajadora social concertó una nueva cita en la cual la persona fue entrevistada y examinada en su domicilio; al llegar el equipo al domicilio se le explicaron los objetivos del proyecto, se le hizo saber que como parte de la entrevista se le realizaría un examen bucal, con el propósito de conocer el estado de salud de sus encías y dientes, así como revisar las dentaduras o puentes que utilizaba. La persona leyó o se le leyó, aceptó y firmó un consentimiento informado (Anexo 1) para participar en el proyecto e iniciar la entrevista y el examen clínico. Cuando el equipo médico acudió al domicilio de la

persona y no se encontró en su casa, la trabajadora social se encargó de programar una nueva cita, si la persona no se encontró en su domicilio tres veces seguidas esta persona se excluyó del proyecto.

La recolección de datos fue realizada por tres equipos de trabajo conformados cada uno por un médico y un nutriólogo del departamento de Geriátrica del INCMNSZ, el examen dental se realizó por 3 pasantes de la carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología de la UNAM, previamente capacitados y estandarizados.

La entrevista fue aplicada por el médico y con duración aproximada de una hora, dependió de la habilidad, atención y condiciones de la persona entrevistada, el nutriólogo aplicó el cuestionario de frecuencia de alimentos y tomó las medidas antropométricas con un tiempo aproximado de 40 minutos, posteriormente el odontólogo completó el instrumento de recolección de datos dentales y realizó el examen clínico con una duración de 5 a 15 minutos aproximadamente.

La revisión dental se realizó utilizando silla portátil, lámpara frontal, espejo dental, explorador dental, sonda tipo OMS, y se llevó a cabo de la siguiente manera:

- 1) Examen de prótesis removibles
- 2) Conteo de dientes presentes y ausentes

El examen se realizó en el siguiente orden: cuadrante superior derecho, cuadrante superior izquierdo, cuadrante inferior izquierdo, cuadrante inferior derecho, comenzando con el espacio correspondiente al incisivo central y moverse posteriormente hacia el espacio del tercer molar utilizando espejo dental.

Al terminar con la entrevista y revisión clínica y en caso de necesidad de atención bucal urgente se refirió a la persona a las clínicas de la Facultad de Odontología.

Al finalizar la fase de recolección de datos se entregó por escrito a cada participante un diagnóstico de su salud bucal incluyendo recomendaciones

personalizadas para la higiene bucal y cuidado de las prótesis, así como un listado de las clínicas de la Facultad de Odontología a las que puede acudir a solicitar atención dental.

9. Prueba piloto

Se realizó una prueba piloto en 10 adultos mayores seleccionados al azar que acudieron a la clínica de síndrome metabólico del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, para poder corregir problemas del cuestionario, el procedimiento de aplicación y el tiempo aproximado en la realización del mismo.

Los examinadores fueron estandarizados para la evaluación de las prótesis dentales hasta alcanzar un valor de Kappa de al menos 0.80

10. Aspectos éticos

Esta investigación se clasifica como de riesgo mínimo (Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Secretaría de Salud).

³⁶Asimismo, se solicitó la firma del consentimiento informado.

11. Análisis Estadístico.

Se obtuvieron las frecuencias de todas las variables en estudio. Se calcularon las medidas de resumen apropiadas según el tipo de variable.

Se calculó la proporción de sujetos según sexo, estado civil, ocupación, edentulismo, derechohabiencia, nivel socioeconómico pasado y actual, número de dientes presentes categorizado, uso de prótesis parcial removible, uso de dentadura total, funcionalidad de prótesis parcial removible, funcionalidad de dentadura total, uso de servicios dentales, auto reporte del estado de salud general, número de condiciones crónicas, así como la distribución de las variables dentales y sociodemográficas según grupo de edad y sexo.

Se calculó el promedio y la desviación estándar de la edad, del número de años de escolaridad, y del número de dientes presentes.

Se realizó análisis bivariado comparando la media del número de dientes presentes y número de años de escolaridad según nivel socioeconómico en el pasado y nivel socioeconómico actual a través de la prueba t de Student para muestras independientes y Análisis de Varianza. Se realizó análisis de Chi cuadrada para identificar diferencias en la distribución de edentulismo, número de dientes presentes agrupados, uso de prótesis parcial removible, uso de prótesis total, funcionalidad de prótesis removibles, funcionalidad de prótesis totales y uso de servicios dentales según nivel socioeconómico en el pasado y nivel socioeconómico actual.

12. Material y equipo

- Formatos de recolección de datos
- 30 Espejos dentales de reflexión frontal No 5 "HuFriedy"
- 30 exploradores dentales "HuFriedy"
- 30 sondas periodontales "Tipo OMS" "HuFriedy"
- Guantes desechables
- Cubrebocas
- Abatelenguas
- Gasas
- Solución desinfectante Lysol
- 3 Sillas portátiles reclinables
- 3 Lámparas frontales
- Lentes protectores
- Bolsas para esterilización
- Contenedor de material sucio
- Bolsas de plástico
- Lápices, tablas de apoyo, papelería en general.

13. Resultados

Se entrevistaron 1124 personas de 70 años y más que habitan en la Delegación Coyoacán de las cuales 838 aceptaron el examen clínico bucal.

Características sociodemográficas

La distribución de la población por sexo fue la siguiente, de las 1124 personas entrevistadas 628 fueron mujeres (55.9%), hombres 496 (44.1%). La edad promedio de los participantes fue de 79 \pm 7.1 años, sin observarse diferencias estadísticamente significativas según el sexo. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de la población según sexo en personas de \geq 70 años en la Delegación Coyoacán durante el 2011

Variable	Escala	N	%
Sexo	Hombre	496	44.1 %
	Mujer	628	55.9 %
	Total:	1124	100 %

La distribución de la población según el grupo de edad en las 1124 personas fue de 695 (61.8%) con edad de 70 a 79 años, 299 personas (26.6%) de 80 a 89 años de edad y 130 personas (11.6%) con 90 años o más. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la distribución por grupo de edad según el sexo. ($X^2= 4.02, p=0.134$) (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución de la Población según edad y sexo en Personas de ≥ 70 años en la Delegación Coyoacán durante el 2011

Variable	Escala	Sexo				Total	
		Hombre		Mujer		N	%
		N	%	N	%		
Edad Agrupada	70-79 años	298	60.1 %	397	63.2%	695	61.8%
	80-89 años	130	26.2%	169	26.9%	299	26.6%
	≥ 90 años	68	13.7%	62	9.9%	130	11.6%
Total:		496	100%	628	100%	1124	100%

$X^2 = 4.02$ $p = 0.134$

El estado civil de las 1123 personas que lo reportaron en la entrevista se distribuyó de la siguiente manera: 497 personas (44.3%) eran casadas o vivían en unión libre, 463 personas (41.2%) reportó ser viudo, 89 personas (7.9%) eran solteras y 74 personas (6.6%) reportaron ser divorciados o estar separados; se observó una diferencia estadísticamente significativa según el sexo, 64% de hombres estaban casados y 52.7% de las mujeres eran viudas. ($X^2 = 145$, $p < 0.001$) (Tabla 3)

Tabla 3. Distribución de la Población según Estado Civil en Personas de ≥ 70 años en la Delegación Coyoacán durante 2011

Variable	Escala	Sexo				Total	
		Hombre		Mujer		N	%
		N	%	N	%		
Estado Civil	Soltero	23	4.6%	66	10.5%	89	7.9%
	Casado o Unión Libre	319	64.3%	178	28.4%	497	44.3%
	Divorciado o Separado	24	4.8%	50	8.0%	74	6.6%
	Viudo	130	26.2%	333	53.1%	463	41.2%
Total:		496	100%	627	100%	1123	100%

$X^2 = 145$ $p < 0.001$

De las 1107 personas que reportaron su escolaridad durante la entrevista, 175 (15.8%) no asistieron a la escuela, 469 (42.4%) recibieron de 1 a 6 años de educación formal, 168 personas (15.2%) asistieron a la escuela de 7 a 9 años, 117 personas (10.6%) reportaron de 10 a 12 años de escolaridad, 178 personas (16.1%) asistieron a la escuela por 13 años o más. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la escolaridad según el sexo, ya que 115 hombres (23.5%) reportan haber recibido 13 años o más de educación formal, mientras que 274 mujeres (44%) recibieron de 1 a 6 años de educación. ($\chi^2= 36.4$ $p<0.001$)(Tabla 4)

Tabla 4. Distribución de la Población según Escolaridad y sexo en Personas de ≥ 70 años en la Delegación Coyoacán durante el 2011

Variable	Escala	Sexo				Total	
		Hombre		Mujer		N	%
		N	%	N	%		
Escolaridad	No fue a la escuela	66	13.5%	109	17.7%	175	15.8%
	1 – 6 años	195	39.8%	274	44.4%	469	42.4%
	7 – 9 años	68	13.9%	100	16.2%	168	15.2%
	10 – 12 años	46	9.4%	71	11.5%	117	10.6%
	13 o más años	115	23.5%	63	10.2%	178	16.1%
$\chi^2= 36.4$ $p<0.001$	Total:	490	100%	617	100%	1107	100%

De las 731 personas que reportaron su ocupación durante la entrevista, 377 eran hombres y 354 mujeres. De los 377 hombres, 21 (5.6%) desempeñaban el puesto de patrón, 73 (19.4%) trabajaba por su cuenta, 268 (71.1%) reportó ser trabajador con sueldo fijo, 10 (2.7%) reportaron trabajar por comisión o porcentaje, 4 (1.1%) reportaron ser trabajador familiar sin pago, uno (0.3%) reportó tener otro tipo de trabajo; de las 354 mujeres, 13 (3.7%) reportaron ser patrón, 63 (17.8%) eran

mujeres que reportaron trabajar por su cuenta, 253 (71.5%) trabajaba y recibía un sueldo fijo o salario, 9 (2.5%) trabajaban por comisión, 5 (1.4%) reportaron ser trabajador no familiar sin pago, 10 (2.8%) eran trabajadoras familiares sin pago y una (0.3%) no sabía cuál era su trabajo principal. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el trabajo principal de las personas según el sexo. ($X^2=11.962$, $p=0.102$) (Tabla 5)

Tabla 5. Ocupación según sexo en Personas de ≥ 70 años de la Delegación Coyoacán durante el 2011

Variable	Escala	Sexo				Total	
		Hombre		Mujer		N	%
		N	%	N	%		
En ese trabajo principal la mayor parte del tiempo usted ha sido ... (era)	Patrón	21	5.6%	13	3.7%	34	4.7%
	Trabajador por su cuenta	73	19.4%	63	17.8%	136	18.6%
	Trabajador a sueldo fijo, salario o jornal.	268	71.1%	253	71.5%	521	71.3%
	Trabajador a destajo, comisión, porcentaje	10	2.7%	9	2.5%	19	2.6%
	Trabajador no familiar sin pago	0	.0%	5	1.4%	5	.7%
	Trabajador familiar sin pago	4	1.1%	10	2.8%	14	1.9%
	Otro	1	.3%	0	.0%	1	.1%
	No sabe	0	.0%	1	.3%	1	.1%
$X^2=11.962, p=0.102$	Total:	377	100%	354	100%	731	100%

A continuación se presentan los resultados obtenidos según la ocupación de las personas entrevistadas la semana previa a la entrevista según sexo. De los 377 hombres que reportaron su ocupación la semana previa, 87 (23.1%) trabajó la semana anterior a la entrevista, una persona (0.3%) tenía trabajo pero no trabajó, una persona (0.3%) reportó ser estudiante, 53 (14.1%) se dedicaban a los quehaceres de su hogar, 235 personas (62.3%) no trabajaron. De las 354 mujeres que reportaron la ocupación de la semana previa, 28 (7.9%) trabajó, una persona

(0.3%) reportó que tenía trabajo pero no asistió a trabajar, una persona (0.3%) reportó ser estudiante, 223 mujeres (63%) se dedicaban a los quehaceres de su hogar y 101 (28.5%) no trabajaron. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la ocupación previa a la entrevista según el sexo, siendo el 63% de las mujeres dedicadas a los quehaceres del hogar y 63% de los hombres no trabajó la semana previa a la entrevista. ($X^2=187.88$, $p<0.001$) (Tabla 6)

Tabla 6. Ocupación semana previa a la entrevista según sexo en Personas de ≥ 70 años de la Delegación Coyoacán durante el 2011

Variable	Escala	Sexo				Total	
		Hombre		Mujer		N	%
		N	%	N	%		
¿La semana pasada usted...?	Trabajo	87	23.1%	28	7.9%	115	15.7%
	Sí tenía trabajo pero no trabajó	1	.3%	1	.3%	2	.3%
	Es estudiante	1	.3%	1	.3%	2	.3%
	Se dedica a los quehaceres de su hogar	53	14.1%	223	63%	276	37.8%
	No trabajó	235	62.3%	101	28.5%	336	46%
$X^2=187.88$, $p<0.001$ Total:		377	100%	354	100%	731	100%

En cuanto a la derechohabiencia, 882 personas (78.5%) reportaron tener derecho a servicios de salud en alguna institución de salud pública, y 242 personas (21.5%) reportaron no ser derechohabientes. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la distribución por sexo. ($X^2= 2.07$ $p=0.152$) (Tabla 7)

Tabla 7. Derechohabiencia según Sexo en Personas de ≥ 70 años en la Delegación Coyoacán durante el 2011

Variable	Escala	Sexo				Total	
		Hombre		Mujer		N	%
		N	%	N	%		
Derechohabiencia	No	97	19.6%	145	23.1%	242	21.5%
	Sí	399	80.4%	483	76.9%	882	78.5%
$X^2= 2.07$ $p=0.152$ Total:		496	100%	628	100%	1124	100%

En cuanto a la utilización de servicios dentales, de las 1121 personas que respondieron, haber utilizado servicios dentales doce meses previos a la entrevista, 524 (46.7%) reportan haber hecho uso de servicios dentales en el último año y 597 (53.3%) no lo hicieron. No se encontró diferencia estadísticamente significativa según el sexo. ($X^2=1.15$ $p=0.282$) (Tabla 8)

Tabla 8. Utilización de servicios dentales según sexo en personas de ≥ 70 años en la Delegación Coyoacán durante el 2011

Variable	Escala	Sexo				Total	
		Hombre		Mujer		N	%
		N	%	N	%		
¿Ha recibido atención dental en los últimos 12 meses?	Si	222	44.9%	302	48.2	524	46.7%
	No	272	55.1%	325	51.8	597	53.3%
Total:		494	100%	627	100%	1121	100%

$X^2=1.15$ $p=0.282$

En cuanto a la percepción de estado de salud general, 959 personas lo reportaron, y se encontró que 47 personas (4.9%) consideraron su salud como excelente, 119 (12.4%) la reportaron como muy buena, 368 (38.4%) como regular y 43 personas (4.5%) consideraron en el momento de la entrevista su salud general como mala. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la autopercepción de salud general según el sexo, las mujeres percibieron su salud general en peores condiciones que los hombres, 227 mujeres (43%) la consideran como regular mientras que 173 hombres (40.1%) la reportaron como buena. ($X^2=16.8$ $p=0.002$) (Tabla 9)

Tabla 9. Autopercepción de estado de Salud según Sexo en Personas de ≥ 70 años en la Delegación Coyoacán durante el 2011

Variable	Escala	Sexo				Total	
		Hombre		Mujer		N	%
		N	%	N	%		
En general, Usted diría que su salud es:	Excelente	32	7.4%	15	2.8%	47	4.9%
	Muy Buena	57	13.2%	62	11.7%	119	12.4%
	Buena	173	40.1%	195	36.9%	368	38.4%
	Regular	155	36%	227	43%	382	39.8%
	Mala	14	3.2%	29	5.5%	43	4.5%
	Total:	431	100%	528	100%	959	100%

$\chi^2=16.8$ $p=0.002$

Resultados sociodemográficos según grupo de edad

Se agruparon las edades de las personas entrevistadas de la siguiente manera: 70 a 79 años de edad; 80 a 89 años de edad y el tercer grupo incluyó a las personas de 90 años y más al momento de realizarles la entrevista.

Estado Civil

De las 1123 personas que reportaron su estado civil, se observó que 695 tenían de 70 a 79 años de edad, 55 de estas personas (7.9%) eran solteras, 363 personas (52.2%) estaban casadas o en unión libre, 50 personas (7.2%) reportaron estar separadas en ese momento y 227 personas de este grupo (32.7%) eran viudas. En el grupo de edad de 80 a 89 años (298 personas), se distribuyó el estado civil de la siguiente forma: 25 personas (8.4%) reportaron ser solteras, 103 personas (34.6%) estaban casadas o en unión libre, 16 personas (5.4 %) estaban divorciadas o separadas y 154 personas (51.7) reportaron ser viudas. En el grupo de personas de 90 años o más (130 personas), se encontraron los siguientes resultados; 9 personas (6.9%) eran solteras, 31 personas (23.8%) reportaron estar casadas o vivir en unión libre, 8 personas (6.2%) estaban divorciadas o separadas y 82 personas (63.1%) eran viudas. Se encontró que las

diferencias fueron estadísticamente significativas por grupo de edad ($X^2= 65.2$ $p<0.001$) (Tabla 10)

Tabla 10. Estado civil según grupo de edad en personas de ≥ 70 años en la Delegación Coyoacán durante el 2011

Variable	Escala	Edad						Total	
		70 a 79 años		80 a 89 años		90 años y más		N	%
		N	%	N	%	N	%		
Estado civil	Soltero	55	7.9%	25	8.4%	9	6.9%	89	7.9%
	Casado o en unión libre	363	52.2%	103	34.6%	31	23.8%	497	44.3%
	Divorciado o separado	50	7.2%	16	5.4%	8	6.2%	74	6.6%
	Viudo	227	32.7%	154	51.7%	82	63.1%	463	41.2%
	Total:	695	100%	298	100%	130	100%	1123	100%

$X^2= 65.2$ $p<0.001$

Escolaridad

De las 1117 personas que reportaron el número de años de educación formal recibidos durante su vida, se observó que en el grupo de edad de 70 a 79 años de edad (690 personas), 96 personas (13.9%) no asistieron a la escuela, 298 (43.2%) recibieron de 1 a 6 años de educación formal, 102(14.8%) de 7 a 9 años, 81 personas (11.7%) de 10 a 12 años y 113 personas (16.4%) 13 años o más de educación formal. Dentro del grupo de 80 a 89 años (296 personas), se encontró que 53 personas (17.9%) no acudieron a la escuela, 113 personas (38.2%) acudieron de 1 a 6 años, 52 personas (17.6%) de 7 a 9 años, 29 personas (9.8%) recibieron de 10 a 12 años de educación formal y 49 personas (16.6%) recibieron 13 años o más años de educación formal. En el grupo de 90 años o más de edad (121 personas) 26 personas (21.5%) no acudió a la escuela, 58 personas (47.9%) acudió de 1 a 6 años, 14 personas (11.6%) asistió de 7 a 9 años a la escuela, 7

personas (5.8%) de 10 a 12 años y 16 personas (13.2%) acudieron a la escuela 13 años o más. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el número de años de educación recibida según el grupo de edad.

($\chi^2=13.6$ $p=0.091$) (Tabla 12)

Tabla 12. Años de educación recibida según grupo de edad en personas de ≥ 70 años en la Delegación Coyoacán durante el 2011

Variable	Escala	Edad						Total	
		70 a 79 años		80 a 89 años		90 años y más		N	%
		N	%	N	%	N	%		
Escolaridad	No fue a la escuela	96	13.9%	53	17.9%	26	21.5%	175	15.8%
	1 a 6 años	298	43.2%	113	38.2%	58	47.9%	469	42.2%
	7 a 9 años	102	14.8%	52	17.6%	14	11.6%	168	15.2%
	10 a 12 años	81	11.7%	29	9.8%	7	5.8%	117	10.6%
	13 años o mas	113	16.4%	49	16.6%	16	13.2%	178	16.1%
	Total:	690	100%	296	100%	121	100%	1107	100%

$\chi^2=13.6$ $p=0.091$

Ocupación

En cuanto a la ocupación según el grupo de edad los resultados son los siguientes; de las 447 personas que tenían de 70 a 79 años, 24 personas (5.4%) reportaron ser patrones, 69 (15.4%) trabajaban por su cuenta, 328 (73.4%) trabajaban recibiendo un sueldo fijo, 14 (3.1%) trabajaban recibiendo comisión, dos (0.4%) eran trabajadores no familiares sin pago, 9 (2%) reportaron ser trabajador familiar sin pago, una persona (0.2%) realizaba otro tipo de actividad laboral; de las 200 personas que tenían de 80 a 89 años, 8 personas (4%) reportaron ser patrón en su trabajo, 46 (23%) ser trabajadores por su cuenta, 136 (68%) reportaron trabajar recibiendo un sueldo fijo, 4 (2%) trabajaban

recibiendo comisión, 1 persona (0.5%) era trabajador no familiar sin pago, 4 (2%) reportaron ser trabajador familiar sin pago, una persona (0.5%) no sabía que trabajo realizaba; de las 84 personas que reportaron tener 90 años o más de edad, 2 personas (2.4%) era patrón en su trabajo, 21 (25%) eran trabajadores por su cuenta, 57 (67.9%) reportaron trabajar y recibir un sueldo fijo, una persona (1.2%) reportó ser trabajador y recibir comisión como pago, 2 personas (2.4%) reportaron ser trabajadores no familiares sin pago, una persona (1.2%) era trabajador familiar sin pago. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la ocupación al momento de la entrevista y el grupo de edad. ($X^2=17.618, p=0.225$) (Tabla 13)

Tabla 13. Ocupación según edad en Personas de ≥ 70 años de la Delegación Coyoacán durante el 2011

Variable	Escala	Edad						Total	
		70-79 años		80 a 89 años		90 años o más		N	%
		N	%	N	%	N	%		
En ese trabajo principal la mayor parte del tiempo usted ha sido ... (era)	Patrón	24	5.4%	8	4%	2	2.4%	34	4.7%
	Trabajador por su cuenta	69	15.4%	46	23%	21	25%	136	18.6%
	Trabajador a sueldo fijo, salario o jornal.	328	73.4%	136	68%	57	67.9%	521	71.3%
	Trabajador a destajo, comisión, porcentaje	14	3.1%	4	2%	1	1.2%	19	2.6%
	Trabajador no familiar sin pago	2	.4%	1	.5%	2	2.4%	5	.7%
	Trabajador familiar sin pago	9	2%	4	2%	1	1.2%	14	1.9%
	Otro	1	.2%	0	0%	0	0%	1	.1%
	No sabe	0	0%	1	.5%	0	0%	1	.1%
$X^2=17.618$ p=0.225	Total:	447	100%	200	100%	84	100%	731	100%

La ocupación la semana previa a la entrevista según el grupo de edad de las personas mostró los siguientes resultados, de las 447 personas que tenían de 70 a 79 años, 85 personas (19%) trabajaron la semana anterior a ser entrevistado,

una persona (0.2%) sí tenía trabajo pero no trabajó, una persona (0.2%) era estudiante, 193 (43.2%) se dedicaban a los quehaceres de su hogar y 167 (37.4%) no trabajó la semana anterior; de las 200 personas que tenían de 80 a 89 años, 26 personas (13%) trabajaron la semana previa a ser entrevistado, una persona (0.5%) si tenía trabajo pero no trabajó, una persona (0.5%) reportó ser estudiante, 67 (33.5%) se dedicaban a los quehaceres de su hogar, 105 personas (52.5%) no trabajaron; de las 84 personas que tenían 90 años o más, 4 personas (4.8%) trabajaron la semana previa a la entrevista, 16 (19%) se dedicaban a los quehaceres de su hogar y 64 (76.2%) no trabajó. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la ocupación y el grupo de edad, el 43 % de las personas de 70 a 79 años se dedicaba a los quehaceres de su hogar mientras que 52.5% de personas de 80 a 89 años y 76.2% de los de 90 años o mas no trabajó la semana previa a la entrevista, a menor edad las personas reportaban una ocupación la semana anterior a ser entrevistados. ($\chi^2=49.708$, $p<0.001$) (Tabla 14)

Tabla 14. Ocupación semana previa a la entrevista según edad en Personas de ≥ 70 años de la Delegación Coyoacán durante el 2011

Variable	Escala	Edad						Total	
		70-79 años		80 a 89 años		90 años o más		N	%
		N	%	N	%	N	%		
¿La semana pasada usted...?	Trabajó	85	19%	26	13%	4	4.8%	115	15.7%
	Sí tenía trabajo pero no trabajó	1	.2%	1	.5%	0	0%	2	.3%
	Es estudiante	1	.2%	1	.5%	0	0%	2	.3%
	Se dedica a los quehaceres de su hogar	193	43.2%	67	33.5%	16	19%	276	37.8%
	No trabajó	167	37.4%	105	52.5%	64	76.2%	336	46%
$\chi^2=49.708$, $p<0.001$ Total:		447	100%	200	100%	84	100%	731	100%

Derechohabiencia

De las 1124 personas que reportaron ser derechohabientes a algún servicio de salud se presentaron los siguientes resultados según el grupo de edad: grupo de 70 a 79 años (695 personas) reportaron no ser derechohabiente 146 personas (21%) y 549 personas (79%) reportaron ser derechohabientes de algún servicio de salud. En el grupo de edad de 80 a 89 años que incluye a 299 personas, 55 de (18.4%) reportaron no ser derechohabientes y 244 (81.6%) reportaron serlo. En el grupo de edad de 90 años y más (130 personas), se encontró que 244 personas (81.6%) reportaron no ser derechohabientes y 89 personas (68.5%) sí lo son. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la derechohabiencia y el grupo de edad de las personas entrevistadas. ($X^2=9.56p=0.008$) (Tabla 15)

Tabla 15. Derechohabiencia según grupo de edad en personas de ≥ 70 años en la Delegación Coyoacán durante el 2011

Variable	Escala	Edad						Total	
		70 a 79 años		80 a 89 años		90 años y más		N	%
		N	%	N	%	N	%		
Derechohabiencia	No	146	21%	55	18.4%	41	31.5%	242	21.5%
	Si	549	79%	244	81.6%	89	68.5%	882	78.5%
	Total:	695	100%	299	100%	130	100%	1124	100%

$X^2=9.56 p=0.008$

Autopercepción de salud general

De las personas entrevistadas, 959 reportaron cuál era su estado de salud general en el momento de la entrevista. A continuación se muestran los resultados según el grupo de edad: en el grupo de 70 a 79 años de edad, 658 personas reportaron

su estado de salud general, 31 personas (4.7%) la clasificaron como excelente, 81 personas (12.3%), lo reportaron como muy bueno, 251 (38.1%) consideraron su estado de salud general como bueno, 263 (40%) la consideran regular y 32 personas (4.9%) la consideraron mala. En el grupo de edad de 80 a 89 años (236 personas), 13 personas (5.5%) la percibieron como excelente, 32 personas (13.6%) la consideraron muy buena, 92 personas (39%) como buena, 93 personas (39.4%) percibieron su estado de salud general como regular y como mala la reportaron 6 personas (2.5%). De las personas con 90 años o más (65 personas), 3 personas (4.6%) reportaron su salud general como excelente, 6 personas (9.2%) como muy buena, 25 (38.5%) la consideraron buena, 26 (40%) como regular y como mala por 5 personas (7.7%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la autopercepción de salud general y la edad. ($X^2=4.75$ $p=0.783$) (Tabla 16)

Tabla 16. Auto percepción de salud general según grupo de edad en personas de ≥ 70 años en la Delegación Coyoacán durante el 2011

Variable	Escala	Edad						Total	
		70 a 79 años		80 a 89 años		90 años y más		N	%
		N	%	N	%	N	%		
Usted diría que su salud es	Excelente	31	4.7%	13	5.5%	3	4.6%	47	4.9%
	Muy buena	81	12.3%	32	13.6%	6	9.2%	119	12.4%
	Buena	251	38.1%	92	39%	25	38.5%	368	38.4%
	Regular	263	40%	93	39.4%	26	40%	382	39.8%
	Mala	32	4.9%	6	2.5%	5	7.7%	43	4.5%
$X^2=4.75$ $p=0.783$	Total:	658	100%	236	100%	65	100%	959	100%

Utilización de servicios dentales en los doce meses previos

1121 personas respondieron a esta pregunta, 694 personas de 70 a 79 años reportaron la utilización de servicios de la siguiente forma: 351 (50.6%) hicieron uso de ellos y 343 (49.4%) no los utilizaron, en el grupo de edad de 80 a 89 años (298 personas), 137 personas (46%) los utilizaron y 161 personas (54%) no los utilizaron, en cuanto a las personas de 90 años o más (129 personas), 36 personas (27.9%) los utilizaron y no lo hicieron 93 personas (72.1%). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la utilización de servicios dentales y la edad. A menor edad se reportó mayor utilización de servicios, 351 personas (50.6%) de 70 a 79 años hicieron uso de ellos en el último año mientras que 93 personas (72.1%) con 90 años o más no hicieron uso de ellos. ($X^2=22.55$ $p<0.001$) (Tabla 17)

Tabla 17. Utilización de servicios dentales en 12 meses previos a la fecha de la entrevista según edad en personas de ≥ 70 años en la Delegación Coyoacán durante el 2011

Variable	Escala	Edad						Total	
		70 a 79 años		80 a 89 años		90 años y más		N	%
		N	%	N	%	N	%		
¿Ha recibido atención dental en los últimos 12 meses?	Si	351	50.6%	137	46	36	27.9%	524	46.7%
	No	343	49.4%	161	54	93	72.1%	597	53.3%
Total:		694	100%	298	100%	129	100%	1121	100%

$X^2=22.55$ $p<0.001$

Resultados según auto-reporte de nivel socioeconómico durante la infancia y actual en personas de ≤70 años en la Delegación Coyoacán durante el 2011

A continuación se presentan los resultados según el auto-reporte de nivel socioeconómico que reportaron las personas al momento de la entrevista.

Auto-reporte de situación económica durante la infancia y actual según sexo.

Durante las entrevistas realizadas, 1114 personas reportaron su situación económica durante la infancia de la siguiente forma: 348 (31.2%) la reportaron buena a excelente, 416 (37.3%) la reportan como buena y 350 personas (31.4%) la consideraron como mala. Existió una diferencia estadísticamente significativa entre el auto reporte de situación económica durante la infancia según el sexo, las mujeres reportan mejor situación económica durante la infancia que los hombres, 256 mujeres (41.2%) la reportan como regular y 153 hombres (31%) lo reportaron como bueno a excelente. ($X^2=12.97p=0.002$)

(Tabla 18)

Tabla 18. Auto-reporte de situación económica en la infancia según sexo en personas de ≥70 años en la Delegación Coyoacán durante el 2011

Variable	Escala	Sexo				Total	
		Hombre		Mujer		N	%
		N	%	N	%		
Situación Económica durante la infancia	Excelente, MB,B	153	31%	195	31.4%	348	31.2%
	Regular	160	32.5%	256	41.2%	416	37.3%
	Mala	180	36.5%	170	27.4%	350	31.4%
	Total:	493	100%	621	100%	1114	100%

$X^2=12.97 p=0.002$

Los resultados de la autopercepción de situación económica actual en las personas se distribuyó de la siguiente manera: 351 (31.3%) la consideraron de buena a excelente, 653 (58.3%) reportaron su situación económica como regular,

116 (10.4%) la percibieron como mala. No existieron diferencias estadísticas según el sexo ($X^2=0.601$ $p=0.741$). (Tabla 19)

Tabla 19. Auto-reporte de situación económica actual según sexo en personas de ≥ 70 años en la Delegación Coyoacán durante el 2011

Variable	Escala	Sexo				Total	
		Hombre		Mujer		N	%
		N	%	N	%		
Situación Económica actual	Excelente, MB, B	150	30.3%	201	32.2%	351	31.3%
	Regular	291	58.8%	362	57.9%	653	58.3%
	Mala	54	10.9%	62	9.9%	116	10.4%
Total:		495	100%	625	100%	1120	100%

$X^2=0.601$ $p=0.741$

Auto-reporte de situación económica durante la infancia según grupo de edad.

De las 1124 personas que reportaron su situación económica durante la infancia, se observó que entre las personas de 70 a 79 años, 216 (31.3%) la reportan como de excelente a buena, 253 como regular (36.6%) y 222 como mala (32.1%); en el grupo de edad de 80 a 89 años de edad, 99 personas (33.6%) reportaron como excelente a buena su situación económica durante la infancia, 114 (38.6%) la reportaron como regular y 82 (27.8%) la reportaron como mala. En las personas de 90 años y más de edad (128 personas) se obtuvieron los siguientes resultados: 33 personas (25.8%) reportaron su situación económica durante la infancia de excelente a buena, 49 (38.3%) la reportaron como regular y 46 (35.9%) como mala. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la distribución por grupo de edad. ($X^2=4.16$ $p=0.384$) (Tabla 20)

Tabla 20. Auto-reporte de situación económica durante la infancia por grupo de edad en personas de ≥ 70 años en la Delegación Coyoacán durante el 2011

Variable	Escala	Edad						Total	
		70 a 79 años		80 a 89 años		90 años y más		N	%
		N	%	N	%	N	%		
Situación económica durante la niñez	Excelente, MB,B	216	31.3%	99	33.6%	33	25.8%	348	31.2%
	Regular	253	36.6%	114	38.6%	49	38.3%	416	37.3%
	Mala	222	32.1%	82	27.8%	46	35.9%	350	31.4%
Total:		691	100%	295	100%	128	100%	1114	100%

$\chi^2=4.16$ $p=0.384$

Auto-reporte de situación económica actual según grupo de edad.

955 personas reportaron su situación económica actual al momento de la entrevista, se observó que entre las personas de 70 a 79 años de edad, 206 personas (29.7%) reportaron como excelente a buena su situación económica actual, 416 personas (60%) la reportan como regular y como mala 71 personas (10.2%); en el grupo de edad de 80 a 89 años (298 personas) la reportaron de excelente a buena 104 personas (34.9%), como regular 166 personas (55.7%) y como mala 28 personas (9.4%); entre las personas de 90 años o más de edad, reportaron de excelente a buena su situación económica actual 41 personas (31.8%), como regular 71 personas (55%) y como mala, la reportaron 17 personas (13.2%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas según la edad. ($\chi^2=3.98$ $p=0.407$) (Tabla 21)

Tabla 21. Auto-reporte de situación económica actual por grupo de edad en personas de ≥70 años en la Delegación Coyoacán durante el 2011

Variable	Escala	Edad						Total	
		70 a 79 años		80 a 89 años		90 años y más			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Situación económica actual	Excelente, MB,B	206	29.7%	104	34.9%	41	31.8%	351	31.3%
	Regular	416	60%	166	55.7%	71	55%	653	58.3%
	Mala	71	10.2%	28	9.4%	17	13.2%	116	10.4%
$\chi^2=3.98$ $p=0.407$	Total:	693	100%	298	100%	129	100%	1120	100%

Autopercepción de Salud General según el auto-reporte de nivel socioeconómico durante la infancia

De las 955 personas que reportaron su percepción del estado de salud general, 317 personas consideraron su situación económica durante la infancia de excelente a buena, de éstas, 15 personas (4.7%) reportaron su salud general como excelente, 56 personas (17.7%) como muy buena, 128 personas (40.4%) la reportaron como buena, 105 personas (33.1%) como regular y 13 personas (4.1%) reportaron su estado de salud general como malo.

De las 360 personas que reportaron su nivel socioeconómico durante la infancia como regular, 17 (4.7%) consideraron su estado de salud general como excelente, 35 (9.7%) como muy bueno, 137 (38.1%) lo consideró bueno, 156 (43.3%) como regular y 15 personas (4.2%) lo consideró como malo. De las 278 personas que reportaron como mala su situación económica durante su infancia, 15 personas (5.4%) reportaron su estado de salud general como excelente, 27 (9.7%) como muy buena, 102 personas (36.7%) la consideraron buena, 119 personas (42.8%) la consideraron regular y 15 personas (5.4%) consideraron su salud general como mala. Mayor proporción de personas con situación económica en la niñez considerada como excelente, muy buena o buena consideraron su salud general

como buena (40.4%) comparado con las demás categorías de situación económica. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($X^2=17.56$ $p=0.025$)(Tabla 22)

Tabla 22. Autopercepción de salud General según auto-reporte de situación económica durante la infancia en personas de ≥ 70 años en la Delegación Coyoacán durante el 2011

Variable	Escala	Situación económica durante la infancia						Total		
		Excelente- MB-B		Regular		Mala		N	%	
		N	%	N	%	N	%			
En general usted diría que su salud es:	Excelente	15	4.7%	17	4.7%	15	5.4%	47	4.9%	
	Muy buena	56	17.7%	35	9.7%	27	9.7%	118	12.4%	
	Buena	128	40.4%	137	38.1%	102	36.7%	367	38.4%	
	Regular	105	33.1%	156	43.3%	119	42.8%	380	39.8%	
	Mala	13	4.1%	15	4.2%	15	5.4%	43	4.5%	
$X^2=17.56$ $p=0.025$		Total:	317	100%	360	100%	278	100%	955	100%

Autopercepción de salud general según el auto-reporte de situación económica actual

De las 305 personas que auto reportaron su nivel socioeconómico actual de excelente a bueno, 27 (8.9%) consideraron su salud general como excelente, 58 (19%) la consideraron como muy buena, 143 (46.9%) reportaron considerar su salud general como buena, 72 (23.6%) la consideraron regular y 5 personas (1.6%) como mala. De las 569 personas que reportaron su situación económica actual como regular, 19 personas (3.3%) consideraron su estado de salud general como excelente, 52 (9.1%) como muy buena, 205 (36%) la consideraron buena, 272 (47.8%) la consideraron regular y 21 personas (3.7%) como mala. De

las 82 personas que auto-reportaron su nivel socioeconómico actual como malo, una persona (1.2%) consideró su salud general como excelente, 9 (11%) la consideraron muy buena, 19 (23.2%) la consideraron como buena, 36 personas (43.9%) la consideró como regular y 17 personas (20.7%) consideraron su salud general como mala. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de la autopercepción de salud general según el auto reporte de nivel socioeconómico actual, 46.9% (143 personas) de las personas que auto reportaron su situación económica actual como excelente también consideraron su salud general como buena, este porcentaje fue menor en las demás categorías de nivel socioeconómico. A mejor auto reporte de situación económica, mejor autopercepción de salud general en las personas entrevistadas. ($X^2=126.0$ $p<0.001$) (Tabla 23)

Tabla 23. Autopercepción de salud general según el Auto-reporte de situación económica actual en personas de ≥ 70 años en la Delegación Coyoacán durante el 2011

Variable	Escala	Situación económica actual						Total	
		Excelente, MB,B		Regular		Mala		N	%
		N	%	N	%	N	%		
En general usted diría que su salud es	Excelente	27	8.9%	19	3.3%	1	1.2%	47	4.9%
	Muy buena	58	19%	52	9.1%	9	11%	119	12.4%
	Buena	143	46.9%	205	36%	19	23.2%	367	38.4%
	Regular	72	23.6%	272	47.8%	36	43.9%	380	39.7%
	Mala	5	1.6%	21	3.7%	17	20.7%	43	4.5%
$X^2=126.0$ $p<0.001$	Total:	305	100%	569	100%	82	100%	956	100%

Utilización de servicios dentales según el auto-reporte de situación económica durante la infancia

1111 personas respondieron sobre el uso de servicios dentales y sobre su percepción de su situación económica durante la infancia. De las 346 personas que reportaron su situación económica durante la infancia de excelente a buena 168 (48.6%) utilizaron servicios dentales en los doce meses previos, mientras que 178 personas (51.4%) no lo hicieron; de las 416 personas que reportaron su situación económica como regular, 210 personas (50.5%) hicieron uso de servicios dentales y 206 personas (49.5%) no los utilizaron; de las 349 personas que reportaron su situación económica en la infancia como mala, 144 (41.3%) hicieron uso de los servicios dentales y 205 personas (58.7%) no lo hicieron. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la utilización de servicios según el nivel socioeconómico reportado durante la infancia. ($X^2=6.97$ $p=0.31$) (Tabla 24)

Tabla 24. Utilización de servicios dentales en los últimos 12 meses previos a la entrevista según auto reporte de situación económica durante la infancia en personas de ≥ 70 años en la Delegación Coyoacán durante el 2011

Variable	Escala	Situación económica durante la infancia						Total	
		Excelente-MB-B		Regular		Mala		N	%
		N	%	N	%	N	%		
Ha recibido atención dental en los últimos 12 meses	Si	168	48.6%	210	50.5%	144	41.3%	522	47.0%
	No	178	51.4%	206	49.5%	205	58.7%	589	53%
Total:		346	100%	416	100%	349	100%	1111	100%

$X^2=6.97$ $p=0.31$

Utilización de servicios dentales según el auto-reporte situación económica actual

De las 349 personas que reportaron su nivel socioeconómico actual de excelente a bueno, 186 personas (53.3%) reportaron haber hecho uso de servicios dentales y 163 personas (46.7%) reportaron no haber hecho uso de ellos; de las 653 personas que reportaron su nivel socioeconómico como regular, 296 personas (45.3%) reportaron el uso de servicios dentales y 357 (54.7%) no hicieron uso de ellos; de las 115 personas que reportaron su nivel socioeconómico como malo, 39 (33.9%) utilizaron servicios dentales y 76 (66.1%) no los utilizaron. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el uso de servicios dentales y el auto reporte de situación económica actual. El 53.3% (186 personas) de las personas que auto reportaron su situación económica actual como excelente a buena, hicieron mayor uso de servicios dentales que las personas con situación económica regular o mala. A mejor autopercepción de situación económica mayor utilización de servicios dentales. ($X^2=14.14$ $p=0.001$) (Tabla 25)

Tabla 25. Utilización de servicios dentales los 12 meses previos a la entrevista según auto-reporte de situación económica actual en personas de ≥ 70 años en la Delegación Coyoacán durante el 2011

Variable	Escala	Situación económica actual						Total	
		Excelente- MB- B		Regular		Mala		N	%
		N	%	N	%	N	%		
¿Ha recibido atención dental en los últimos 12 meses?	Si	186	53.3%	296	45.3%	39	33.9%	521	46.6%
	No	163	46.7%	357	54.7%	76	66.1%	596	53.4%
Total:		349	100%	653	100%	115	100%	1117	100%
$X^2=14.14$ $p=0.001$									

Resultados Variables Bucales

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la revisión bucal realizada a las 815 personas que aceptaron dicha revisión durante la entrevista.

Distribución de edentulismo en Personas de ≥ 70 años de la Delegación Coyoacán durante el 2011.

De las 817 personas a las cuales se les realizó examen clínico bucal, 640 personas (78.3%) eran dentadas al momento de la revisión y 174 personas (99.6%) eran edéntulas. (Tabla 26)

Tabla 26. Prevalencia de edentulismo entre las personas de ≥ 70 años en la Delegación Coyoacán durante el 2011

Variable	Escala	N	%
Edentulismo	Dentado	640	78.3%
	Edéntulo	174	21.3%
	Sin información	3	.4%
	Total:	817	100%

Distribución del número de dientes en Personas de ≥ 70 años de la Delegación Coyoacán durante el 2011.

De las 817 personas a las que se les realizó la revisión bucal, la distribución del número de dientes presentes en boca es la siguiente: 218 personas (26.7%) tenían de 1 a 9 dientes en boca, 237 personas (29.0%) tenían de 10 a 19 dientes, 186 personas (22.8%) al momento de la exploración tuvieron 20 dientes o más presentes en boca, 176 personas (21.5%) al momento de la exploración eran edéntulas. (Tabla 27)

Tabla. 27 Distribución del número de dientes en adultos de ≥ 70 años en la Delegación Coyoacán.

Variable	Escala	N	%
Número de dientes	0	176	21.5
	1-9	218	26.7
	10-19	237	29
	≥ 20	186	22.8
Total :		817	100

Uso y funcionalidad de prótesis removible y dentaduras totales en Personas de ≥ 70 años de la Delegación Coyoacán durante el 2011.

De las 817 personas a las que se les realizó el examen clínico bucal, 76 personas (9.3%) no necesitaban utilizar ningún tipo de prótesis removible, 283 (34.6%) requerían pero no utilizaban prótesis parcial removible (PPR) o dentadura total (DT), 150 personas (18.4%) usaban PPR o DT funcionales y 308 personas (37.7%) utilizaban PPR o DT no funcionales. (Tabla 28)

Tabla 28. Necesidad, Uso y Funcionalidad de Prótesis Parcial Removible y Dentadura Total en personas de ≥ 70 años en la Delegación Coyoacán durante el 2011

Variable	Escala	N	%
Uso y funcionalidad de prótesis incluyendo a los que no las necesitan.	No necesitan	76	9.3%
	No usan PPR o DT	283	34.6%
	Usan PPR o DT funcionales	150	18.4%
	Usan PPR o DT no funcionales	308	37.7%
	Total:	817	100%

PPR= Prótesis Parcial removible

DT= Dentadura total

Resultados de las variables dentales según el auto-reporte de nivel socioeconómico actual.

Distribución del número de dientes según el auto-reporte de nivel socioeconómico actual en Personas de ≥ 70 años de la Delegación Coyoacán durante el 2011.

De las 251 personas que reportaron su situación económica de excelente a buena, 68 (27.1%) tenían de 1 a 9 dientes al momento de la revisión, 69 (27.5%) tenían de 10 a 19 dientes, 59 personas (23.5%) tenían 20 o más dientes y 55 personas (21.9%) eran edéntulas; de las 490 que reportaron su situación económica como regular, 133 personas (27.1%) tenían de 1 a 9 dientes, 142 (29.0%) tenían de 10 a 19 dientes, 114 (23.3%) tenían 20 dientes o más y 101 personas (20.6%) eran edéntulas; de las 74 personas que reportaron su situación económica actual como mala, 17 (23.0%) tenían de 1 a 9 dientes, 25 (33.8%) tenían de 10 a 19 dientes, 13 (17.6%) tenían 20 dientes o más y 19 personas (25.7%) eran edéntulas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la distribución del número de dientes presentes en boca y el auto-reporte de situación económica actual de las personas revisadas. ($\chi^2=3.0$ $p=0.808$) (Tabla 29)

Tabla 29. Distribución del número de dientes según su Auto-reporte de situación económica actual en personas de ≥ 70 años en la Delegación Coyoacán durante el 2011

Variable	Escala	Situación económica actual						Total	
		Excelente-MB-B		Regular		Mala			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Numero de dientes	1 a 9	68	27.1%	133	27.1%	17	23.0%	218	26.7%
	10 a 19	69	27.5%	142	29.0%	25	33.8%	236	29.0%
	≥ 20	59	23.5%	114	23.3%	13	17.6%	186	22.8%
	Edéntulo	55	21.9%	101	20.6%	19	25.7%	175	21.5%
χ^2 X =3.0 p=0.808	Total:	251	100%	490	100%	74	100%	815	100%

En cuanto al uso y función de las prótesis según el auto-reporte de situación económica durante la niñez, se obtuvieron los siguientes resultados, de las 245 personas que reportaron su nivel socioeconómico durante la niñez de excelente a bueno, 22 personas (9%) no necesitaban ningún tipo de prótesis, 80 personas (32.7%) necesitaban pero no utilizaban prótesis parcial removible (PPR) o dentadura total (DT), 51 personas (20.8%) hacían uso de PPR o DT funcionales, y 92 personas (37.6%) hacían uso de prótesis parciales removibles y dentaduras totales no funcionales; de las 302 personas que reportaron su situación económica durante la niñez como regular, 24 personas (7.9%) no necesitan PPR o DT, 90 personas (29.8%) necesitan pero no utilizan ningún tipo de prótesis removible o dentadura total, 60 personas (19.9%) utilizan PPR o DT funcionales y 128 (42.4%) las utilizan pero sin ser funcionales; de las 262 personas que reportaron su nivel socioeconómico como malo, 30 personas (11.5%) no necesitaban utilizar PPR o DT, 108 personas (41.2%) necesitaban y no utilizaban PPR o DT, 38 personas (14.5%) utilizaban PPR o DT funcionales y 86 personas (32.8%) utilizaban prótesis removibles o dentadura total no funcionales. Mayor porcentaje de personas con mala percepción de situación económica (41.2%) requieren prótesis o dentaduras

pero no las utilizan que las personas con percepción regular (29.8%) y percepción buena (32.7%), las diferencias fueron estadísticamente significativas ($X^2=14.2$, $p=0.027$) (Tabla 30)

Tabla 30. Necesidad, uso y funcionalidad de prótesis parcial removibles y dentaduras totales según auto-reporte de nivel socioeconómico durante la infancia en personas ≥ 70 años de la Delegación Coyoacán durante el 2011

Variable	Escala	Situación económica durante la infancia						Total	
		Excelente-MB-B		Regular		Mala		N	%
		N	%	N	%	N	%		
Necesidad, uso y funcionalidad de prótesis removibles	No necesitan	22	9%	24	7.9%	30	11.5%	76	9.4%
	Necesitan y no usan PPR o DT	80	32.7%	90	29.8%	108	41.2%	278	34.4%
	Usan PPR o DT funcionales	51	20.8%	60	19.9%	38	14.5%	149	18.4%
	Usan PPR o DT no funcionales	92	37.6%	128	42.4%	86	32.8%	306	37.8%
$X^2=14.2$, $p=0.027$ Total:		245	100%	302	100%	262	100%	809	100%

PPR= Prótesis Parcial removable

DT= Dentadura total

El edentulismo se distribuyó de la siguiente manera según el auto-reporte de nivel socioeconómico durante la niñez, de las 245 personas que reportaron su situación económica durante la infancia de excelente a buena, 186 personas (75.9%) no eran edéntulas y 59 personas (24.1%) eran edéntulas: de las 302 personas que reportaron su situación económica como regular, 235 personas (77.8%) no eran edéntulas y 67 personas (22.2%) sí lo eran, y de las 262 personas que reportaron su situación económica pasada como mala, 215 (82.1%) no eran edéntulas y 47 personas (17.9%) eran edéntulas. No se encontraron diferencias estadísticamente

significativas en la prevalencia de edentulismo según el nivel socioeconómico pasado. ($X^2=3.02$, $p=0.220$) (Tabla 31)

Tabla 31. Edentulismo según auto-reporte de nivel socioeconómico durante la infancia en personas ≥ 70 años de la Delegación Coyoacán durante el 2011

variable	Escala	Situación económica durante la infancia						Total	
		Excelente-MB-B		Regular		Mala			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Edentulismo	No	186	75.9%	235	77.8%	215	82.1%	636	78.6%
	Sí	59	24.1%	67	22.2%	47	17.9%	173	21.4%
$X^2=3.02$, $p=0.220$	Total:	245	100%	302	100%	262	100%	809	100%

De las personas a las que se les realizó el examen clínico bucal, de las 51 personas que auto-reportaron su situación económica actual de excelente a buena, 21 (8.4%) no necesitaban utilizar prótesis removible, 77 (30.7%) requerían pero no utilizaban prótesis removibles o dentaduras totales, 51 (20.3%) utilizaban prótesis removibles parciales o dentaduras totales funcionales y 102 (40.6%) usa prótesis parcial removible o dentadura total y no son funcionales; de las 490 personas que reportaron su nivel socioeconómico como regular, 50 (10.2%) no necesitaban utilizar prótesis removibles o dentadura total, 172 (35.1%) las requerían pero no las utilizaban, 87 (17.8%) utiliza prótesis removible o dentadura total funcionales y 181 personas (36.9%) utiliza prótesis que no son funcionales; de las 74 personas que reportaron su situación económica como mala, 5 (6.8%) no requerían el uso de prótesis removibles o dentadura total, 34 (45.9%) no utilizaban aunque las requirieran, 11 (14.9%) hacia uso de prótesis removibles o dentadura total funcionales y 24 personas (32.4%) hacia uso de ellas pero no eran funcionales. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el uso y la funcionalidad de prótesis removibles y dentaduras según el auto-reporte de situación económica actual. ($X^2=7.36$ $p=0.287$) (Tabla 32)

Tabla 32. Necesidad, uso y funcionalidad de prótesis parcial removibles y dentaduras totales según auto-reporte de nivel socioeconómico actual en personas de ≥ 70 años de la Delegación Coyoacán durante el 2011

Variable	Escala	Situación económica actual						Total	
		Excelente- MB-B		Regular		Mala		N	%
		N	%	N	%	N	%		
Uso y funcionalidad de prótesis removibles	No necesitan	21	8.4%	50	10.2%	5	6.8%	76	9.3%
	Necesitan y no usan PPR o DT	77	30.7%	172	35.1%	34	45.9%	283	34.7%
	Usan PPR o DT funcionales	51	20.3%	87	17.8%	11	14.9%	149	18.3%
	Usan PPR o DT no funcionales	102	40.6%	181	36.9%	24	32.4%	307	37.7%
$\chi^2=7.37$, $p=0.287$ Total		251	100%	490	100%	74	100%	815	100%

PPR= Prótesis Parcial removable

DT= Dentadura total

La prevalencia de edentulismo según el auto-reporte de situación económica actual de las personas se distribuyó de la siguiente manera: de las 251 personas que reportaron su situación económica de excelente a buena, 196 (78.1%) no eran edéntulos al momento del examen clínico bucal y 55 (21.9%) sí lo eran; de las 490 personas que reportaron su situación económica como regular, 389 personas (79.4%) no eran edéntulas y 101 personas (20.6%) eran edéntulas; de las 74 personas que reportaron su situación económica como mala, 55 (74.3%) no eran edéntulas al momento de la entrevista y 19 personas (25.7%) sí lo eran. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la distribución del edentulismo y la situación económica actual. ($\chi^2=1.01$, $p= 0.601$) (Tabla 33)

Tabla 33. Edentulismo según auto-reporte de nivel socioeconómico actual en personas de ≥ 70 años de la Delegación Coyoacán durante el 2011

Variable	Escala	Situación económica actual						Total	
		Excelente-MB-B		Regular		Mala		N	%
		N	%	N	%	N	%		
Edentulismo	No edéntulo	196	78.1%	389	79.4%	55	74.3%	640	78.5%
	Edéntulo	55	21.9%	101	20.6%	19	25.7%	175	21.5%
X ² =1.01, p= 0.601 Total :		251	100%	490	100%	74	100%	815	100%

Utilización de servicios dentales entre las personas de 70 años según reporte de Nivel socioeconómico.

La utilización de servicios dentales según la situación económica durante la niñez se distribuyó de la siguiente manera, de las 244 personas que reportaron su situación económica pasada de excelente a buena, 117 (48%) recibieron atención dental los 12 meses previos a la entrevista, mientras que 127 personas (52%) no lo hicieron; de las 301 personas que reportaron su situación económica durante la infancia como regular, 151 (50%) hizo uso de servicios dentales y 151 personas (50%) no lo hicieron; de las 262 personas que reportaron situación económica como mala, 109 (41.6%) utilizaron servicios dentales los doce meses previos, mientras que 153 (58.4%) no los utilizaron. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el uso de servicios dentales y la situación económica durante la infancia ($X^2=4.20$, $p=0.122$). (Tabla 34)

Tabla 34. Uso de servicios dentales 12 meses previos a la entrevista según auto-reporte de nivel socioeconómico durante la infancia en personas de ≥ 70 años de la Delegación Coyoacán durante 2011.

Variable	Escala	Situación económica durante la infancia						Total	
		Excelente-MB-B		Regular		Mala		N	%
		N	%	N	%	N	%		
¿Ha recibido atención dental en los últimos doce meses?	Sí	117	48%	151	50%	109	41.6%	377	46.7%
	No	127	52%	151	50%	153	58.4%	431	53.3%
Total:		244	100%	301	100%	262	100%	808	100%
X ² =4.20, p=0.122									

En relación con la utilización de servicios dentales y el nivel socioeconómico actual se observó que de las 250 personas que reportaron su situación económica actual como excelente a buena, 132 (52.8%) recibieron atención dental los doce meses previos y 118 personas (47.2 %) no lo recibieron; de las 490 personas que reportaron su situación económica como regular, 218 personas (44.5%) utilizó servicios dentales, mientras que 272 personas (55.5%) no los utilizaron; de las 74 personas que reportaron su situación económica como mala, 26 (35.1%) hicieron uso de servicios dentales y 48 (64.9%) no lo hicieron. Se puede observar que mayor porcentaje de personas (52.8%) con nivel socioeconómico (NSE) de excelente a bueno utilizaron servicios dentales que aquellos con NSE regular o malo, las diferencias fueron estadísticamente significativas ($X^2=8.60$, $p=0.014$). (Tabla 35)

Tabla 35. Uso de servicios dentales 12 meses previos a la entrevista según auto-reporte de nivel socioeconómico actual en personas de ≥ 70 años de la Delegación Coyoacán durante 2011.

Variable	Escala	Situación económica actual						Total	
		Excelente-MB-B		Regular		Mala		N	%
		N	%	N	%	N	%		
¿Ha recibido atención dental en los últimos doce meses?	Si	132	52.8%	218	44.5%	26	35.1%	376	46.2%
	No	118	47.2%	272	55.5%	48	64.9%	438	53.8%
Total:		250	100%	490	100%	74	100%	814	100%

$X^2=8.60$, $p=0.014$

Cambio de nivel socioeconómico y condiciones dentales

Por otro lado, también se investigó si el cambio de nivel socioeconómico estaba asociado con las condiciones dentales y se encontró que en cuanto a la necesidad, uso y funcionalidad de prótesis removibles según el nivel socioeconómico pasado y actual, de las 125 personas que mantuvieron su nivel socioeconómico como excelente, 11 (8.8%) no requerían el uso de prótesis

removible, 41 (32.8%) no utilizaban prótesis parciales removibles (PPR) o dentaduras totales (DT), 24 (19.2%) usan PPR o DT funcionales, mientras que 49 personas (39.2%) utilizaban prótesis removibles o dentaduras no funcionales; de las 273 personas que mantuvieron su nivel socioeconómico sin cambio durante la infancia y el actual, 24 personas (8.8%) no necesitaban prótesis removibles, 91 (33.3%) necesitaban pero no utilizaban PPR o DT, 46 (16.8%) utilizaban PPR o DT funcionales, mientras que 112 personas (41 %) las utilizaban pero no eran funcionales; de las 289 personas que cambiaron su nivel socioeconómico de bajo durante la infancia a alto en la actualidad, 30 personas (10.4%) no requerían el uso de prótesis removibles, 107 personas (37%) no utilizaban PPR o DT aunque las requiriera, 51 (17.6%) utilizaban prótesis funcionales, mientras que 101 personas (34.9%) utilizaban pero no eran funcionales; de las 122 personas que cambiaron su nivel socioeconómico de alta durante la infancia a bajo actualmente, 11 personas (9%) no requerían el uso de prótesis removibles, 39 personas (32%) no utilizaban PPR o DT aunque las requirieran, 28 personas (23%) utilizaban PPR o DT funcionales mientras que 44 personas (36.1%) las utilizaban y no eran funcionales. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la distribución del uso y función de prótesis según el nivel socioeconómico pasado y actual ($X^2=4.83$, $p=0.848$). (Tabla 36)

Tabla 36. Necesidad, uso y funcionalidad de Prótesis según Nivel socioeconómico pasado y actual en Personas de ≥ 70 años de la Delegación Coyoacán durante el 2011

Nivel socioeconómico pasado y actual											
Variable	Escala	Excelente-Excelente		Sin Cambio Mala-Mala Reg-Reg		De Baja a Alta Mala-Exc Reg-Exc Mala-Reg Regular		De alta a Baja Exc-Reg Exc-Mala Reg-Mala		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Uso y funcionalidad de prótesis	No necesitan	11	8.8%	24	8.8%	30	10.4%	11	9%	76	9.4%
	No usan PPR o DT	41	32.8%	91	33.3%	107	37%	39	32%	278	34.4%
	Usan PPR o DT	24	19.2%	46	16.8%	51	17.6%	28	23%	149	18.4%
	Funcionales	49	39.2%	112	41%	101	34.9%	44	36.1%	306	37.8%
	Usan PPR o DT no funcionales	24	19.2%	46	16.8%	51	17.6%	28	23%	149	18.4%
Total:		125	100%	273	100%	289	100%	122	100%	809	100%

$\chi^2=4.83, p=0.848$

PPR= Prótesis Parcial removible

DT= Dentadura total

En cuanto a la distribución del número de dientes según el nivel socioeconómico pasado y actual, se observó que de las 125 personas que mantuvieron su nivel económico como excelente de la infancia a la actualidad, 23 personas (18.4%) eran edéntulas, 33 personas (26.4%) tenían al momento de la revisión bucal de 1 a 9 dientes, 38 (30.4%) tenían de 10 a 19 dientes y 31 personas (24.8%) tenían ≥ 20 dientes; de las 273 personas que no tuvieron cambio de nivel socioeconómico de la infancia a la actualidad, 58 (21.2%) eran edéntulas, 71 (26%) tenían de 1 a 9 dientes, 85 (31.1%) tenían de 10 a 19 dientes y 59 personas (21.6%) tenían ≥ 20 dientes en boca; de las 289 personas que tuvieron nivel socioeconómico bajo durante la infancia y en la actualidad reportan un nivel socioeconómico alto, 55 (19%) eran edéntulos, 75 (26%) tenían de 1 a 9 dientes, 83 personas (28.7%) tenían de 10 a 19 dientes y 76 personas (26.3%) tenían 20 o más dientes; de las

122 personas que cambiaron su nivel socioeconómico de alto durante la infancia a bajo en la actualidad, 37 (30.3%) eran edéntulos, 37 (30.3%) tenían de 1 a 9 dientes, 29 personas (23.8%) al momento de la revisión bucal tenían de 10 a 19 dientes y 19 personas (15.6%) tenían 20 o más dientes. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la distribución del número de dientes y el nivel socioeconómico pasado y actual ($X^2=12.9$ $p=0.166$). (Tabla 37)

Tabla 37. Distribución de numero de dientes según nivel socioeconómico pasado y actual en Personas de ≥ 70 años de la Delegación Coyoacán durante el 2011

Auto-reporte de nivel socioeconómico pasado y actual											
Variable	Escala	Excelente-Excelente		Sin Cambio Mala-Mala Reg-Reg		De Baja a Alta Mala-ExcReg-Exc Mala-Regular		De alta a Baja Exc-Reg Exc-Mala Reg-Mala		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Numero de dientes	Edéntulo	23	18.4%	58	21.2%	55	19%	37	30.3%	173	21.4%
	1 a 9	33	26.4%	71	26%	75	26%	37	30.3%	216	26.7%
	10 a 19	38	30.4%	85	31.1%	83	28.7%	29	23.8%	235	29%
	20 o más	31	24.8%	59	21.6%	76	26.3%	19	15.6%	185	22.9%
	Total :	125	100%	273	100%	289	100%	122	100%	809	100%

$X^2=12.9$ $p=0.166$

El edentulismo según el nivel socioeconómico pasado y actual se distribuyó de la siguiente manera: de las 125 personas que mantuvieron de la infancia a la actualidad su nivel socioeconómico como excelente, 102 (81.6%) no eran edéntulas y 23 (18.4%) eran edéntulas; de las 273 personas que mantuvieron sin cambio su nivel socioeconómico de la infancia a la actualidad, 215 personas (78.8%) no eran edéntulas, mientras que 58 (21.2%) sí lo eran; de las 289 personas que pasaron de un nivel socioeconómico menor durante la infancia a mayor en la actualidad, 234 personas (81%) no eran edéntulas y 55 eran edéntulas; de las 122 personas que pasaron de un nivel socioeconómico mayor durante la niñez a menor en la actualidad, 85 (69.7%) no eran edéntulas y 37 (30.3%) sí lo eran. A pesar de que se observa que las personas que pasaron de un nivel mayor a uno menor tienen mayor prevalencia de edentulismo (30.3%),

estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($X^2=7.42$, $p=0.066$).
(Tabla 38)

Tabla.38 Edentulismo según nivel socioeconómico pasado y actual en personas de ≥ 70 años de la Delegación Coyoacán durante el 2011

Nivel socioeconómico pasado y actual											
Variable	Escala	Excelente-Excelente		Sin Cambio Mala-Mala Reg-Reg		De Baja a Alta Mala-ExcReg-Exc Mala-Regular		De alta a Baja Exc-Reg Exc-Mala Reg-Mala		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Edentulismo	No	102	81.6%	215	78.8%	234	81%	85	69.7%	636	78.6%
	Sí	23	18.4%	58	21.2%	55	19%	37	30.3%	173	21.4%
Total:		125	100%	273	100%	289	100%	122	100%	809	100%

$X^2=7.42, p=0.066$

En cuanto al uso de servicios dentales los doce meses previos a la entrevista según el nivel socioeconómico pasado y actual, los resultados son los siguientes: de las 124 personas que mantuvieron su nivel socioeconómico de la infancia a la actualidad como excelente 67 personas (54%) recibieron atención dental los doce meses previos y 57 personas (46%) no los recibieron; de las 273 personas que no tuvieron ningún cambio en el nivel socioeconómico, 119 (43.6%) recibieron atención dental, mientras que 154 personas (56.4%) no recibieron; de las 289 personas que pasaron de un nivel socioeconómico menor durante la niñez a mayor en la actualidad, 139 (48.1%) recibieron atención dental y 150 (51.9%) no recibieron atención dental; de las 122 personas que pasaron de un nivel socioeconómico mayor en la infancia a menor en la actualidad, 52 personas (42.6%) hicieron uso de servicios dentales, mientras que 70 personas (57.4%) no lo hicieron. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la distribución del uso de servicios dentales y el nivel socioeconómico pasado y actual ($X^2=4.78, p=0.189$). (Tabla 39)

Tabla 39. Uso de servicios dentales en los 12 meses previos a la entrevista según nivel socioeconómico pasado y actual en personas de ≥ 70 años de la Delegación Coyoacán durante 2011.

Nivel socioeconómico pasado y actual											
Variable	Escala	Excelente-Excelente		Sin Cambio		De Baja a Alta		De alta a Baja		Total	
				Mala-Mala Reg-Reg		Mala-ExcReg-Exc Mala-Regular		Exc-Reg Exc-Mala Reg-Mala			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
¿Ha recibido atención dental en los últimos doce meses?	Sí	67	54%	119	43.6%	139	48.1%	52	42.6%	377	46.7%
	No	57	46%	154	56.4%	150	51.9%	70	57.4%	431	53.3%
	Total:	124	100%	273	100%	289	100%	122	100%	808	100%

$X^2=4.78, p=0.189$

Discusión

Los datos que se presentan en este estudio describen la situación de una muestra representativa de adultos mayores de la delegación Coyoacán según su auto-reporte de situación económica y las condiciones de salud bucal. Esta fue una muestra representativa (n=1124) de los adultos de 70 años y más residentes en la Delegación Coyoacán.

Existen muy pocos estudios en México y en Latinoamérica realizados en población abierta y enfocados a las condiciones de salud bucal de los adultos mayores, y más aún con un enfoque multidisciplinario. De igual manera, en la literatura hay muy pocos estudios que han examinado la relación del NSE pasado y actual en relación con la salud bucal.³⁷

Existen algunas limitantes para este análisis de resultados que deben ser considerados, el estudio no incluye a adultos mayores institucionalizados, y no todos los participantes aceptaron el examen clínico bucal (tasa de no respuesta 25%), por otro lado también pudo haber existido sesgo en cuanto a la memoria de

las personas y el auto-reporte de NSE siendo este el único indicador que se pudo utilizar en esta población. Sin embargo, consideramos que la muestra puede dar una estimación cercana del estado de salud bucal de los adultos mayores en la Delegación Coyoacán y dar una idea de lo que se podría encontrar entre los adultos mayores del Distrito Federal.

Por otro lado, cabe señalar que el reporte de nivel socioeconómico puede haber estado sujeto a sesgo, sin embargo, esta es una metodología que ha probado ser útil entre los adultos mayores, ya que se ha encontrado asociado con la autopercepción de salud general, así como con la presencia de algunas enfermedades sistémicas.³⁸ Como ha sido señalado por Demakakos y colaboradores, la percepción subjetiva del NSE es un predictor del estado de salud y está directamente asociado con la autopercepción del estado de salud, así como con enfermedades crónicas, depresión, diabetes, obesidad central, y algunos indicadores bioquímicos. Ellos encontraron que el NSE subjetivo se asoció positivamente con la mayoría de los resultados de salud.³⁹

La distribución de la población estudiada en cuanto a sexo y edad no puede ser comparada con la población de 70 años y más de la Delegación Coyoacán,⁴⁰ ya que la selección de esta muestra se estratificó por sexo y edad, significando que la proporción de sujetos en cada estrato es similar, esto se realizó para asegurar que todas las categorías de edad y sexo estuvieran bien representadas y fueran homogéneas.⁴¹ Sin embargo, la estratificación no modifica las relaciones observadas entre las variables

Utilización de servicios dentales

La frecuencia de utilización de servicios dentales fue 46.7% en Coyoacán, en los países más desarrollados la utilización de servicios es mayor. Sin embargo, en los países menos desarrollados se ha reportado que la frecuencia de utilización de servicios dentales es menor. Un estudio en China reportó una prevalencia en adultos de 65 a 74 años de zonas urbana y rurales de 24%, y en Costa Rica el

porcentaje de usuarios de servicios dentales en el año previo fue 18.8%.

42,43,44,45,46

En relación con la edad, la menor utilización observada entre las personas de mayor edad (28%) puede explicarse por motivos que pueden ser económicos, de accesibilidad y de condiciones de severidad de las enfermedades que padecen y que se presentan a mayor edad.

Número de dientes presentes

En relación con el número de dientes presentes, la distribución de acuerdo con las cuatro categorías de clasificación (edéntulo/ 1-9 / 10-19/ 20 dientes o más) en la población estudiada fue homogénea (entre 22% y 29%). Entre adultos mexicanos residentes en los Estados Unidos, se observó que 37.2% de las personas tenían 20 dientes o más, lo cual rebasa el porcentaje reportado en este estudio (26.7%) y puede reflejar el acceso a servicios dentales en ese grupo o el impacto de programas preventivos enfocados a los adultos mayores en los Estados Unidos.⁴⁷

Un estudio realizado en Chile se encontró que en adultos mayores de nivel socioeconómico bajo, 50% tienen 7 o menos dientes en boca y 24% son edéntulos, y los de nivel socioeconómico alto 50% tenían 20 dientes o más y 12% eran edéntulos, estos resultados son diferentes a lo encontrado en Coyoacán, ya que no se observaron diferencias en la distribución del número de dientes y el edentulismo entre las diferentes categorías de NSE, ni en la niñez, ni en la actualidad.⁴⁸

Un estudio realizado en una muestra representativa de personas de 76-86 años en Finlandia indicó que 54% de las personas eran dentadas (1-32 dientes), porcentaje menor a lo encontrado en Coyoacán (78.5%).⁴⁹

Uso de prótesis removibles y dentaduras totales

56.4% de las personas en Coyoacán utilizaban prótesis parciales removibles y 21.4% prótesis totales. Este porcentaje fue mayor a lo reportado en otro estudio realizado en México en zonas rurales, que encontró que la utilización de prótesis removibles fue 44.3%.⁵⁰ El mayor uso de prótesis removibles parciales y totales en

este estudio se puede explicar por la mayor accesibilidad a los servicios dentales, así como el posible mayor ingreso económico, nivel de educación y de derechohabiencia de las personas que viven en zonas urbanas.

La utilización de prótesis removibles también fue mayor a lo encontrado en otros países, ya que en adultos mayores de origen mexicano residentes en los Estados Unidos se observó que entre el 47.5% y 49.9% de los adultos dentados utilizaban prótesis removibles.⁴³ La encuesta de salud bucal de España, encontró que entre personas de 65 a 74 años de edad, 51.2% utilizaban prótesis parciales removibles.⁵¹ Y en Chile se reportó una tasa de utilización de prótesis removibles de 56.8%, similar a la encontrada en las personas en este estudio.⁵⁰ En Costa Rica, 40.2% de las personas revisadas tenían prótesis totales, porcentaje mucho mayor al encontrado en Coyoacán.⁴²

Por otro lado, el uso de prótesis removibles es similar a lo reportado en Europa, donde una revisión sistemática informó que aproximadamente la mitad de las personas de 60 años y más tiene algún tipo de restauración protésica.⁵²

Uso y Funcionalidad de prótesis removibles

En este estudio se evaluó la necesidad de tener prótesis removibles, así como la funcionalidad de las que estaban presentes, se encontró que 9.1% de los sujetos en Coyoacán no requerían de rehabilitación protésica, 34.6% requerían, pero no utilizaban, 18.3% utilizaban prótesis que eran funcionales, mientras que 38.1% utilizaban prótesis no funcionales. Al comparar esta información, se observó que en Costa Rica, 38.4% de los adultos mayores requiere de rehabilitación protésica, este porcentaje es muy similar a lo reportado en este estudio, y el porcentaje de personas que no necesitaban rehabilitación fue menor (5.1%) que lo encontrado en Coyoacán, también 52.2% de las prótesis eran no funcionales porcentaje mayor a lo reportado en este estudio. Resultados similares también se reportaron en Finlandia donde 37% de los sujetos tenían prótesis no funcionales (rehabilitación inadecuada).^{42,53}

En Chile con relación a la utilización de prótesis, 19% de las personas no tiene y no necesita, y 23.3% no tiene y necesita.⁴⁴ Esta información indirectamente

señala que la salud bucal es mejor entre los adultos mayores chilenos, ya que el porcentaje de personas que no requieren rehabilitación protésica removible es mayor y la de personas que requieren rehabilitación protésica es menor. De igual manera, en Finlandia se encontró que 11% de las personas a pesar de tener dientes faltantes no necesitaban algún tipo de restauración dental ya sea fija o removible, mientras que 5% se consideró que requerían tratamiento protésico y 14% no utilizaban ningún tipo de prótesis.⁴⁹ Datos que también indican mejores condiciones de salud bucodental entre los adultos mayores. En Hong Kong, 31.3% de las personas eran parcialmente dentados sin prótesis y requerían de atención dental, porcentaje también similar a lo encontrado en este estudio.⁵⁴

NIVEL SOCIOECONÓMICO

En relación con la utilización de la variable “percepción subjetiva del nivel socioeconómico” que utilizamos en este estudio, varios estudios han sugerido que es un predictor importante del estado de salud, se ha asociado con la auto percepción del estado de salud, depresión, enfermedades de larga duración, diabetes. También se ha sugerido que el nivel socioeconómico (NSE) es mediador total o parcialmente de las asociaciones entre educación, ocupación y auto reporte de mediciones clínicas de salud. En muchos casos se ha reportado que a mayor NSE hay un mejor estado de salud. Por lo que consideramos que es útil e importante el enfoque que se da al nivel socioeconómico (NSE) en esta investigación⁵⁵

Auto percepción del nivel socioeconómico por sexo

En este estudio se encontró que la autopercepción del nivel socioeconómico en la infancia fue diferente entre hombres y mujeres. Entre los hombres se observó que 37% consideraban su salud en la infancia como mala, mientras que entre las mujeres 27% lo consideraban así. Esto se puede deberse al papel de las mujeres en el pasado en el que permanecían en sus casas, no recibían educación formal más allá de la primaria, y en general no trabajaban fuera del hogar, lo que puede haber modificado la percepción socioeconómica⁵⁶

La falta de asociación por sexo en relación con la percepción del NSE en la actualidad (NSE-A), refleja las condiciones generales en la vida de los adultos mayores, en donde pocos son los que son económicamente independientes, y en que aparentemente no pueden ser satisfechas todas las necesidades de cuidado médico y dental, alimentación, diversión y vida social y esta situación parece ser igual para los hombres y las mujeres.

Por grupo de edad, no se observaron diferencias en la percepción del nivel socioeconómico en la niñez (NSE-N), ya que aparentemente todos los adultos en estos grupos de edad pertenecen a la misma cohorte generacional con características de vida en la niñez similares, de igual manera la percepción actual no se mostró diferente.

Autopercepción del estado de salud según Nivel Socioeconómico

En este estudio se encontró que fue mayor el porcentaje de personas que reportaron su NSE de excelente a bueno en la niñez y que percibieron su estado de salud como excelente a bueno (62.8%) que los que percibieron su NSE como malo en la niñez (51.8%). Sin embargo, vale la pena considerar que en general pocas personas (43) consideraron su salud general como mala, la mayoría la consideró como buena o regular (78%).

De igual manera, la percepción del NSE actual (NSE-A) se asoció con la autopercepción de salud general, en donde más marcadamente las personas con percepción NSE-A de excelente a bueno tuvieron mejor percepción de su salud general, ya que 27.9% la consideraron entre excelente y muy buena, mientras que las personas con percepción de NSE-A malo fueron 13.2%. Esto coincide nuevamente con lo reportado por Demakakos, y se puede observar que las diferencias son mayores que lo observado con la percepción del NSE-N, probablemente la acumulación de los factores de riesgo relacionados con pobre NSE-N y sus efectos en la salud son evidentes e identificables afectando la calidad de vida.³⁹

Utilización de servicios dentales y Nivel Socioeconómico

En cuanto a la utilización de servicios dentales y el auto reporte de NSE en la niñez (NSE-N), no se observaron diferencias, esto probablemente se deba a que la utilización de servicios dentales depende más de la situación económica actual que de las condiciones de vida en el pasado.

Por otro lado, la utilización de servicios dentales en los doce meses previos sí se encontró asociado con el auto-reporte de NSE actual (NSE-A), en donde las personas con auto-reporte de NSE-A de excelente a bueno utilizaron en mayor porcentaje (52.8%) los servicios dentales que las personas con un auto-reporte de NSE-A malo (35.1%). Como se mencionó anteriormente, la utilización puede ser consecuencia directa de la capacidad económica en el presente, evidentemente, la mayor utilización fue por parte de las personas que percibieron su NSE-A de excelente a bueno. Como lo señala Listl que en un estudio realizado en 14 países europeos en personas de 50 años y más, indica que existe un desproporcionado acceso a tratamientos por parte de las personas más ricas y mayor acceso por parte de las personas localizadas en el grupo de ingresos económicos más alto en comparación con los de ingreso más bajo. Estas diferencias en la utilización de servicios pueden ser atribuidas a inequidades en las visitas dentales preventivas o en combinación con tratamientos de rehabilitación.³⁸ Sin embargo, en las personas en este estudio de Coyoacán, es difícil pensar que hayan recibido alguna atención preventiva o de rehabilitación, en este caso es más probable que los factores socioculturales dominantes en el pasado, así como el concepto de la infección focal^{57,58} y la tendencia de la práctica dental en los años 50's y 60's de realizar extracciones ante cualquier problema dental no hayan permitido que esto se pueda observar en esta población. Sin embargo, también deben tomarse en cuenta otros factores relacionados con la utilización y no utilización de servicios dentales.⁵⁹

Necesidad, uso y funcionalidad de prótesis y Nivel Socioeconómico

En cuanto a la relación del auto-reporte del NSE en la niñez (NSE-N) y las condiciones de salud bucal, se observó que las condiciones dentales pueden reflejar la ausencia de tratamiento dental de dos maneras, primero, las personas con auto-reporte de NSE-N malo tuvieron el mayor porcentaje de sujetos que no necesitan prótesis removibles (11.5%), indicando probablemente un mayor número de dientes en boca, que se podría interpretar como falta de atención dental en el pasado, cuando el tratamiento dental más frecuente era la exodoncia.⁵⁷

Como ejemplo de esto, cabe señalar lo que Burt⁵⁷ describe que en relación con la alta tasa de pérdida dental entre los adultos mayores en la actualidad. Lo primero es que el tratamiento dental rutinario para los niños es una práctica relativamente moderna. En los Estados Unidos se desalentó la atención dental para los niños en los años 30's. El resultado fue la poca atención a los problemas de caries, lo que debe haber resultado en mucha pérdida dental. Con el énfasis actual en la prevención y atención temprana en los niños, la pérdida dental en los jóvenes no es tan frecuente como en el pasado. La segunda razón y probablemente, la más importante, la teoría de la infección focal que tuvo su auge entre los años 1918 y 1940 en los Estados Unidos, este auge pudo haber sido más duradero en México. En odontología esta creencia fue interpretada para significar que aún el diente con enfermedad leve podría ser responsable de un gran número de problemas sistémicos, especialmente de tipo artrítico. El resultado fue que gran cantidad de dientes fueron extraídos en un esfuerzo para aliviar estos riesgos. Muchas de estas personas perdieron los dientes no por caries o enfermedad periodontal, sino por la filosofía prevalente de la práctica médica y dental que dictaba en esa época que los dientes debían ser extraídos.

También se observó que el uso de prótesis funcionales es mayor entre las personas con NSE-N de excelente a bueno (21%) que entre los que tuvieron una mala percepción (14.5%), esto puede ser considerado un indicador de no utilización de servicios dentales en el presente por las personas con mal NSE-N.

Por otro lado, cabe destacar que la proporción de uso de prótesis no funcionales fue muy similar en todas las categorías de NSE-N, esto puede indicar que a pesar de portar prótesis removibles, existe la posibilidad de que las personas consideren que las prótesis no necesitan ser revisadas periódicamente, y la posible explicación es la falta de información sobre los cuidados de las prótesis, más que la falta de acceso al servicio dental. También debe tomarse en cuenta lo que menciona Kiyak sobre las actitudes de los adultos mayores hacia la salud bucal, que la mala salud bucal es consecuencia del envejecimiento, por lo que después de ser rehabilitados, al sentir molestias pueden asumir que estas son normales y que ellos son los que se deben adaptar a ellas. ⁴³

En cuanto a la necesidad, uso y funcionalidad de las prótesis removibles y totales no se observaron diferencias en el NSE actual (NSE-A), que de igual manera podría ser explicado por las actitudes y creencias sobre la salud bucal por parte de los adultos mayores. ⁴³

Número de dientes y NSE

Es importante señalar que la distribución del número de dientes presentes, así como el edentulismo no mostraron diferencias según el NSE-N y NSE-A. Estas mediciones se realizaron sin considerar el uso de prótesis removibles, por lo que probablemente no se ve reflejada la atención dental restaurativa, sino solo el resultado de los procedimientos más frecuentemente realizados en el pasado. ⁵⁷ Por otro lado, cabe señalar que en este estudio no se registraron datos sobre caries coronal o radicular y estado periodontal.

Comparación entre en el auto reporte de nivel socioeconómico en la niñez y el nivel socioeconómico actual

Por último, al evaluar el cambio en el auto reporte del NSE en la niñez (NSE-N) y el NSE actual (NSE-A), no se observaron diferencias en cuanto a la necesidad, uso y funcionalidad de las prótesis removibles, ya que la distribución fue similar entre las categorías de cambio de NSE, por ejemplo, el uso de prótesis funcionales fue de 19.2% entre los que indicaron que su NSE fue excelente en la niñez y es excelente actualmente, de 16.8% entre los que indicaron que no cambió (excepto los de la categoría excelente-excelente), de 17.6% entre los que cambiaron de un nivel menor a uno mayor (mala a excelente, regular a excelente, mala a regular), y de 23% entre los que cambiaron de un nivel mayor a uno menor (excelente a regular, excelente a malo y regular a malo). Esto se podría explicar por la utilización de servicios y la percepción del NSE-A, el cual se diluye en las nuevas categorías de cambio.

Asimismo, no se observaron diferencias en cuanto al número de dientes presentes. En cuanto al edentulismo, se observó una asociación marginal (0.06) que aunque no es estadísticamente significativa, vale la pena comentar, ya que entre las personas que percibieron que cambiaron su NSE de uno mayor a uno menor tuvieron una mayor prevalencia de edentulismo (30.3%) que aquellos que permanecieron igual o pasaron de un nivel menor a uno mayor (18.4%-21%). Esto puede indicar la utilización de servicios en el pasado (mayor número de extracciones), aunado a posiblemente un mal cuidado bucal en la actualidad que favorecería la pérdida dental.

Las diferencias que se observaron en relación con la utilización de servicios y el reporte de NSE-A no se reflejan al evaluar la utilización de servicios de acuerdo con ambos reportes (NSE en la niñez y NSE actual), siendo similar (42.6% a 54%). Esto puede indicar que la percepción de NSE actual es la que define la utilización de los servicios dentales, situación que ya se comentó anteriormente.⁵⁹

Aparentemente, la utilización de servicios dentales en el pasado y la falta de atención dental en el presente, son factores que contribuyen a que las condiciones de salud de los adultos mayores en Coyoacán no sean favorables. El nivel socioeconómico relacionado con la utilización actual, así como las actitudes de los adultos mayores hacia la salud bucal contribuyen a que las condiciones bucodentales sean desfavorables en esta población.

Tsakos indica que los grupos de mayor NSE tienen un mejor estado de salud bucal que sus contrapartes más desaventajadas, por lo que los adultos mayores con nivel socioeconómico bajo tienen una doble desventaja: peores condiciones de salud bucal y acceso más limitado a los servicios que potencialmente podrían mejorar su salud bucal y su calidad de vida.⁵⁹ Y aunque Kiyak⁴³ indica que los adultos mayores con bajos ingresos y menor nivel educativo son los que se han encontrado con menos expectativas de buena salud durante la vejez, en el caso de la población de Coyoacán, no se observaron diferencias en las condiciones de salud bucal, únicamente en la utilización de los servicios dentales, probablemente las actitudes y creencias de los adultos mayores hacia la salud bucal, el tipo de cohorte generacional, los aspectos culturales y sociales en los adultos mayores mexicanos eliminen las diferencias en la salud bucal que se han observado en los países europeos.

Es por esto, que es necesario actuar en todos los niveles de prevención bucodental, así como otorgar una mejor atención dental a los adultos mayores, tomando en cuenta que están en una posición desfavorable, ya que las condiciones de salud, económicas, de actitud hacia la salud bucal, de soledad, nutricionales, de morbilidad entre otras se asocian de manera más estrecha con la salud bucal que en poblaciones más jóvenes. Por otro lado, es importante que los médicos sepan identificar los problemas bucodentales en los adultos mayores, que además están relacionados con problemas sistémicos, como diabetes y enfermedades cardiovasculares y con la calidad de vida.^{60,61}

Conclusiones

El nivel socioeconómico en la niñez de las personas de 70 años y más residentes en la delegación Coyoacán está asociado con la necesidad uso y funcionalidad de las prótesis removibles parciales y totales.

La utilización de servicios dentales está asociada principalmente con el nivel socioeconómico reportado en la actualidad.

Es necesario implementar programas preventivos, de educación para la salud y de atención para atender a este grupo de la población.

BIBLIOGRAFÍA

1 Morillas J, García-Talavera N, Martín-Pozuelo G, Reina AB, Zafrilla P. Detección del riesgo de desnutrición en ancianos no institucionalizados. *NutrHosp* 2006; 21(6): 650-6.

²Dorantes-Mendoza G, Ávila-Funes JA, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2001. *Rev Panam Salud Pública*. 2007; 22(1):1-11.

³CONAPO, Proyecciones de la Población de México 2000-2050. México, 2002.

⁴Díaz M, Bucal Disease with Systemic Compromise. *Odontol. Sanmarquina* 2004; 8 (1): 45.

⁵Sáez C, Carmona, Jiménez Q. Oral changes in the older adult. *Rev Cubana Estomatol* 2007; 44(4):1-14.

⁶Sapp P, Eversole L. *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea*. Segunda edición. Elsevier España. 2005.

⁷Gluck G. Geriatric Dental Health. In *community dental health*. Jong A (Ed). St. Louis: Mosby; 1993. P. 105-20

⁸Shenkin J. D, Baum B.J. Oral Health and the Role of the Geriatrician. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2001; 49(2):229-30.

⁹Gilbert GH, Duncan RP, Heft MW, Dolan TA, Vogel WB. Oral disadvantage among dentate adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 80:43-45.

¹⁰Mueller CW, Parcel TL. Measures of socioeconomic status: Alternatives and recommendations. *Child Development*. 1981; 52: 13-30.

¹¹Miech RA, Hauser RM. Socioeconomic status (SES) and health at midlife; a comparison of educational attainment with occupation-based indicators. *Ann Epidemiol*. 2001; 11:75-84.

¹²Adler NE, Newman K. Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. *Health Affairs*. 2002; 21:60-76.

¹³Vickie L. Shavers. Measurement of Socioeconomic Status in Health Disparities Research. *Journal of the National Medical Association* 2007; 99 (9): 1013-1023.

14Poulton R, Caspi A, Milne BJ, Thomson WM, Taylor A, Sears MR, Moffitt TE. Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life-course study. *Lancet*. 2002; 360(9346):1640-5.

15Smith GD. Life-course approaches to inequalities in adult chronic disease risk. *Proc Nutr Soc*. 2007;66(2):216-36

16 Petersen P.E The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2003;31 Suppl 1:3-23

17Treviño-Siller, Pelcastre-Villafuerte, Márquez-Serrano.Experiencias de Envejecimiento en el México Rural. *Salud Pública Méx*2006; 48(1):30-38.

18 Van de Mheen H, Stronks K, Looman CW, Mackenbach JP. Does childhood socioeconomic status influence adult health through behavioral factors?.*Int J Epidemiol*. 1998;27(3):431-7.

19Medina-Solís CE, Pérez-Núñez R, Maupomé G. Edentulism Among Mexican Adults Aged 35 Years and Older and Associated Factors.*American Journal of Public Health*. 2006; 96(9): 1578-1581.

20MacEntee M. Quality of Life as an Indicator of Oral Health in Older People.*Journal of the American Dental Association*. 2007; 138 Suppl: 47S-52S.

21Flemming C. Edentulousness and associated risk factors in a south Brazilian elderly population.*Gerodontology* 2007;24; 93-97.

22Nicolau B, Thomson WM, Steele JG, Allison PJ. Life-course epidemiology: concepts and theoretical models and its relevance to chronic oral conditions. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(4):241-9.

23Bernabé E, Suominen AL, Nordblad A, Vehkalahti MM, Hausen H, Knuuttila M, Kivimäki M, Watt RG, Sheiham A, Tsakos G. Education level and oral health in Finnish adults: evidence from different life course models. *J Clin Periodontol* 2011; 38: 25-32.

24Sanders AE, Spencer AJ. Childhood circumstances, psychosocial factors and the social impact of adult oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005; 33(5):370-7.

25 Thomson WM, Poulton R, Milne BJ, Caspi A, Broughton JR, Ayers KM. Socioeconomic inequalities in oral health in childhood and adulthood in a birth cohort. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004; 32(5):345-53.

26Pearce MS, Steele JG, Mason J, Walls AW, Parker L. Do circumstances in early life contribute to tooth retention in middle age? *J Dent Res.* 2004;83(7):562-6.

²⁷Kawachi I. *Income inequality in Health.Social Epidemiology.* New York: Oxford University Press; 2000, p. 76–93.

28Lynch J, Kaplan G. *Socioeconomic position.Social Epidemiology.* New York: Oxford University Press; 2000, p. 13–35.

29Marmot M, Wilkinson RG. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: A response to Lynch, et al. *BMJ* 2001; 322: 1233–6.

30Deaton A, Lubotzky D. Mortality, inequality and race in American cities and states. *SocSciMed* 2003; 56: 1139–53.

31 Borrell C, Rohlf I, Artazcoz L, Muntaner C. Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social? *GacSanit* 2004; 18(Suppl. 2): 75–82.

32 Avila L, Ramírez G, Martínez MA, Cruz A. Socioeconomic determinants of inequality and self-reported morbidity among adolescents in a developing country. *SaudiMed J* 2005; 26: 1617–23.

33Pontificia Universidad Católica de Chile. *Manual de Geriatria Diciembre 2000.* [http:// escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/SaludOral.pdf](http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/SaludOral.pdf)

32Ettinger RL, Jakobsen JR. A comparison of patient satisfaction and dentist evaluation of overdenture therapy.*Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25:223-7.

35National Institutes of Health.National Health and Nutrition Examination Survey III. Oral ExaminationComponent. NIH, USA. 1992. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhanes/nhanes3/cdrom/nchs/manuals/dental.pdf>

34 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

37Sanders AE, Slade GD, Turrell G, John Spencer A, Marcenes W. The shape of the socioeconomic-oral health gradient: implications for theoretical explanations. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006;34(4):310-9.

38Listl S. Income-related Inequalities in Dental Service Utilization by Europeans Aged 50+.*Journal of Dental Research.* 2011;90(6):717-23.

39Demakakos P, Nazroo J, Breeze E, Marmot M. Socioeconomic status and health: the role of subjective social status. *Social Science & Medicine*. 2008;67(2):330-40.

40GDF. PROGRAMA DELEGACIONAL COYOACÁN 2010 – 2012. ([http://www.coyoacan.df.gob.mx/transparencia/art18/VIII/Programa%20delegacion al.pdf](http://www.coyoacan.df.gob.mx/transparencia/art18/VIII/Programa%20delegacion%20al.pdf))

41Mendenhall W. *Elementos de muestreo*: Paraninfo; 2006.

42Ohi T, Sai M, Kikuchi M, Hattori Y, Tsuboi A, Hozawa A, et al. Determinants of the utilization of dental services in a community-dwelling elderly Japanese population. *Tohoku J Exp Med*. 2009;218:241-9.

43Holm-Pedersen P, Vigild M, Nitschke I, Berkey DB. Dental care for aging populations in Denmark, Sweden, Norway, United kingdom, and Germany. *Journal of Dental Education*. 2005;69(9):987-97.

44Kiyak HA, Reichmuth M. Barriers to and Enablers of Older Adults' Use of Dental Services. *Journal of Dental Education*. 2005 September 1, 2005;69(9):975-86.

45Lo ECM, Lin HC, Wang ZJ, Wong MCM, Schwarz E. Utilization of Dental Services in Southern China. *Journal of Dental Research*. 2001;80(5):1471-4.

46Brenes W, Hoffmaister F. Situaciones de salud bucal en personas adultas mayores: problemas y desafíos. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas*. 2004;25:27-41.

47Reyes Ortiz C, Soto Llanos L. Factores asociados al uso de prótesis dentales o a problemas reportados en dientes o encías con uso de prótesis orales en adultos mayores de origen México Americanos. *Rev. Estomat*. 2010; 18(1):10-16.

48Misrachi C, Sepulveda H, Lamadrid S. Situación Protésica y Conductas asociadas en Adultos Mayores de nivel Socioeconómico Medio-alto y Bajo. *Rev Dent de Chile*. 2002;9381:10-6.

49Nevalainen MJ, Närhi TO, Ainamo A. A 5-year follow-up study on the prosthetic rehabilitation of the elderly in Helsinki, Finland. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2004;31(7):647-52.

50 Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Mojarro-Íñiguez MG, Téllez-Rojo MM, Pérez-Núñez R, Ventura-Alfaro CE. Tooth Loss and Dental Healthcare Coverage in Older Rural Mexican Adults Living in Poverty. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010;58(4):804-5.

51.Llodra Calvo JC, Bravo Pérez M, Cortés Martinicorena FJ. Encuesta de Salud Oral en España (2000). RCOE. 2002;7:19-63.

52Zitzmann NU, Hagmann E, Weiger R. What is the prevalence of various types of prosthetic dental restorations in Europe? *Clinical Oral Implants Research*. 2007;18:20-33.

53Nevalainen M, Närhi T, Siukosaari P, SCHMIDT-KAUNISAHO K, Ainamo A. Prosthetic rehabilitation in the elderly inhabitants of Helsinki, Finland. *Journal of Oral Rehabilitation*. 1996;23(11):722-8.

54McMillan AS, Wong MCM. Emotional effects of tooth loss in community-dwelling elderly people in Hong Kong. *International Journal of Prosthodontics*. 2004;17(2):172-6.

55 Adler NE, Ostrove JM. Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1999;896(1):3-15.

56 Ruiz-Pantoja TE, Ham-Chande R. Factores sociales y salud infantil asociados con la vejez. *SaludPublicaMex* 2007;49 supl 4:S495-S504

57Burt B. influences for change in the dental health status of populations: an historical perspective *JPHD* 1978;38:272-288

58Hughes RA. Focal infection revisited. *British Journal of Rheumatology* 1994; 33:370-377.

59Tsakos G. Inequalities in Oral Health of the Elderly.*Journal of Dental Research*. 2011;90(6):689-90.

60Chung JP, Mojon P, Budtz-Jørgensen E. Dental care of elderly in nursing homes: perceptions of managers, nurses, and physicians. *Special Care in Dentistry*. 2000;20(1):12-7.

61Martins AB, Hugo FN, Paim BS, Ilha L, Güntzel P, Romanini J. How primary health care professionals and residents assess issues related to the oral health of older persons? *Gerodontology*. 2011.

17. Anexos



Instituto de Geriatria

ENCUESTA SOBRE FRAGILIDAD Y SALUD BUCAL EN ADULTOS MAYORES DE LA DELEGACIÓN COYOACÁN 2011

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Facultad de Odontología,
UNAM

Como parte de la encuesta en la que usted está participando también se realizará un cuestionario y un examen de su boca.

Propósito de la evaluación. Este es un cuestionario que tiene como finalidad conocer de manera general su estado de salud bucal. Consiste en un grupo de preguntas sobre su experiencia en relación con su salud bucal, signos y síntomas de problemas bucales, uso de servicios dentales, así como la realización de un breve examen clínico.

El examen clínico dental tiene como propósito conocer el estado de sus encías, de saber cuántos dientes tiene, así como revisar los puentes o dentaduras que esté utilizando.

En aproximadamente 4 meses, cuando hayamos terminado de revisar a todas las personas participantes, le haremos llegar un informe de las condiciones de su boca.

Procedimientos del estudio. Si usted acepta participar en este estudio, se le realizarán preguntas sobre su estado de salud general, un examen bucal. El cuestionario tiene una duración aproximada de 15 minutos, y el examen clínico de 10 minutos aproximadamente.

Durante el examen clínico se le realizará una evaluación de su estado de salud bucal, se utilizará un espejo bucal y una sonda periodontal, los cuales se encontrarán empacados en una bolsa que muestra que están esterilizados (limpio y sin ninguna bacteria). Para cada persona se utiliza un nuevo juego limpio y esterilizado.

Riesgos. Los riesgos asociados con su participación en este estudio son mínimos. Dado que el instrumental para el examen bucal está esterilizado, esto garantiza su seguridad. El examen dental ocasionalmente puede causar una ligera incomodidad, la cual es pasajera.

Beneficios. Una vez obtenidos los resultados de evaluación bucal se le proporcionará una copia de los mismos junto con recomendaciones sobre cómo mantener una adecuada salud bucal y los procedimientos de higiene para sus dientes y sus prótesis o dentaduras. Su participación podrá beneficiar a otras personas porque ayudará a conocer más acerca de las enfermedades que estamos estudiando y sobre el tipo de atención médica que los pacientes reciben y posteriormente recomendar las acciones que se pueden tomar de acuerdo con los problemas bucodentales que se identificaron en este estudio.

Costo del estudio/compensación. Su participación no tendrá ningún costo económico para usted. Asimismo, usted no recibirá ningún pago por su participación. Sin embargo, le entregaremos el diagnóstico de salud bucal junto recomendaciones para el cuidado de su boca.

Privacidad (confidencialidad). Toda la información que usted proporcione, así como los resultados del cuestionario y la evaluación clínica bucal serán manejados con absoluta confidencialidad. Su información será utilizada sólo por los investigadores del estudio. Cualquier documento, presentación o información publicada en revistas científicas no revelará su identidad.

Participación voluntaria/retiro. Su participación en esta parte del estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en el momento en que lo desee. Si decide no participar o cancelar su participación durante el cuestionario o examen clínico bucal no habrá consecuencias de ningún tipo.

ANEXO 2

**ENCUESTA SOBRE FRAGILIDAD EN ADULTOS MAYORES EN LA
DELEGACIÓN COYOACÁN 2011
INCMNSZ
Facultad de Odontología, UNAM**

Fecha	
Número de identificación	/ / / /
1. Nombre: _____	
Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)	
2. Edad en años	/ / / años
3. Dirección: _____	
Calle Número externo	
Número interno	

Colonia Delegación	
C.P.	
4. Teléfono: 5 ____ - ____ - ____ - ____.	
5. Sexo:	/ /
0. Femenino 1. Masculino	
6. Estado civil:	/ /
1. Soltero 2. Casado o unión libre 3. Divorciado o Separado 4. Viudo	
99. No Responde	
7. Escolaridad:	/ / / /
¿Cuántos años estudió usted?	
88. No sabe 99. No Responde	
8. Ocupación:	/ / / /
¿Cuál fue su actividad principal durante el mes pasado?	

ANEXO 3

**ENCUESTA SOBRE FRAGILIDAD EN ADULTOS MAYORES EN LA
DELEGACIÓN COYOACÁN 2011
INCMNSZ
Facultad de Odontología, UNAM**

Número de identificación /_/_/_/_/

Fecha /_/_/_/_/_/_/_/_/

Día mes año

Examen Clínico Dental

Nombre _____

Edad /_/_/

Sexo /_/_/

Dirección _____

Teléfono _____

Examen de Prótesis Removibles y/o Dentaduras Totales

Tipo de prótesis	0 = Funcional 1= no funcional 8= no utiliza 9=no pudo ser examinado
Prótesis parcial removible superior (1)	/_/_/
Prótesis parcial removible superior (2)	/_/_/
Prótesis parcial removible inferior (1)	/_/_/
Prótesis parcial removible inferior (2)	/_/_/
Prótesis total superior	/_/_/
Prótesis total inferior	/_/_/

Para evaluar la funcionalidad de una prótesis removible se evalúa la retención, estabilidad, la adaptación e integridad de la estructura metálica en caso de que esté presente, adaptación e integridad de la base acrílica, así como la necesidad de intervención.

Para que una prótesis sea clasificada como FUNCIONAL esta debe tener estabilidad (No existe movimiento al desplazamiento vertical o se presenta ligero movimiento, pero éste es funcionalmente adecuado); retención (Buen sellado); estructura metálica bien adaptada y sin fracturas; base acrílica bien adaptada y sin fracturas, y sin necesidad de reparación o sustitución. Cuando alguna de estas condiciones no se cumpla, la prótesis removible será clasificada como NO FUNCIONAL

Número de dientes y Tamizaje periodontal

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Dientes																
PSR																
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Dientes																
PSR																

Conteo de dientes:

Solo se registra un código por diente

Códigos

- 2= diente permanente presente
- 3 = Implante
- 4= diente no presente
- 5= resto radicular de diente permanente
- 9= no pudo ser evaluado

Edentulismo

Es la ausencia de todos los dientes en la boca.

0. No 1. Sí

/_/_

Tamizaje Periodontal (PSR)

Se registra una calificación para cada diente

Códigos

0: el área de color de la sonda está completamente visible en lo más profundo del surco en el sextante. No hay cálculo o márgenes defectuosos se detectan. Los tejidos gingivales están sanos y no hay sangrado al sondaje.

1: el área de color de la sonda permanece completamente visible en la parte más profunda del sextante. No se detecta cálculo ni márgenes defectuosos. Hay sangrado al sondaje ligero.

2: el área de color de la sonda permanece completamente visible en la parte más profunda del sextante. Se detecta cálculo supra o subgingival y/o márgenes defectuosos.

3: El área de color de la sonda permanece parcialmente visible en la parte más profunda del sextante.

4: el área de color de la sonda desaparece completamente indicando una profundidad al sondaje de más de 5.5 mm.

Además de las calificaciones, el código 5 (cinco) debe añadirse a la calificación del diente siempre que los hallazgos clínicos indiquen anomalías clínicas.

Código 5: denota anomalías clínicas incluyendo, pero no únicamente:

- Invasión de la furca
- Movilidad
- Problemas mucogingivales
- Recesiones que se extienden más allá de la zona de color de la sonda (3.5 mm o más)

Cuando el diente no está presente se utiliza el código 9

Comentarios adicionales _____

Nombre del Examinador _____

**ADULTOS MAYORES
DELEGACIÓN COYOACÁN**



**Distrito
Federal**





VISITA
DOMICILIARIA
EQUIPO DE TRABAJO



EXAMEN CLÍNICO BUCAL

