UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SALUD ORAL Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES DE BAJO NIVEL SOCIOECONÓMICO EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

ERICKA PALACIOS CRUZ

TUTOR: Mtra. ERIKA HEREDIA PONCE

MÉXICO, D.F. **2013**

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....1
2. MARCO TEÓRICO.....3
2.1 Envejecimiento.....3
2.2Envejecimientoygenero.....4
2.3Demografía y envejecimiento.....5
2.4 Estado de salud general en los adultos mayores.....5
2.5Estado de salud oral en los adultos mayores……7
2.6 Calidad de vida.....8
2.7 Calidad de vida y su relación con la salud oral……9
2.8 GOHAI.....10
3. ANTECEDENTES.....12
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....14
5. JUSTIFICACION.....16
6. OBJETIVOS.....18
6.1 Objetivo general.....18
6.2 Objetivo especifico.....18
7. HIPÓTESIS.....19
8. MATERIAL Y MÉTODO.....20
8.1 Tipo de estudio.....20
8.2 Universo de estudio.....20
8.3 Selección y tamaño de la muestra…….....20
8.4 Criterios de selección.....21
8.5 Definición operacional y escala de medición de las variables……...21
8.6 Método de recolección de la información……..24
8.7 Procesamiento de la información.....24
8.8 Análisis estadístico.....24
9. RESULTADOS.....25
10. DISCUSIÓN.....33
11. CONCLUSIÓN……...41
12. BIBLIOGRAFÍA.....43
13. ANEXOS.....47

13.1 GOHAI…….47

13.2 CPOD……..49

13.3 ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)…….54

13.4 ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITARIO……..56

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecerle a Dios por esta gran etapa que finaliza en mi vida, y por la que a partir de este instante comenzará. Por sus bendiciones y por haberme dado la fortaleza de seguir adelante en todo momento, sobre todo en los momentos más difíciles en los que la desesperación se hizo presente y en los que todo se veía obscuro y sin solución.

A quienes me han heredado el tesoro más valioso que pudieran darle a un hijo Amor.

A quienes sin estimas esfuerzo alguno han sacrificado gran parte de su vida que me han formado y educado.

A quienes la ilusión de su existencia ha sido convertirme en mujer de provecho.

A quienes nunca podre pagar sus desvelos ni con las riquezas más grandes del mundo y esos son mis padres JAVIER Y TERESITA DE JESUS.

A mi hermana María Fernanda que aparte de ser mi hermana ha sido mi mejor compañía y mejor amiga, gracias pequeñita, por todo el apoyo incondicional que me has dado, por tu cariño y tus palabras de aliento y por haber aceptado ser mi ángel guardián, prometo que nunca te voy a fallar.

A mis abuelos Manuel y Clara por ser los abuelos más cariñosos de este mundo, por estar siempre pendientes de mis pasos y estar siempre dispuestos a dar su ayuda en todo momento.

A mi novio, Sergio Addiel que ha estado apoyándome día a día, haciéndome reír cuando estaba estresada, siempre buscando una solución a los problemas, soportando mi mal humor, compartiendo conmigo el estrés, los desvelos, las angustias, los enojos e incluso nuestros logros pero sobre todo por darme la fortaleza que necesitaba.

A la Mtra. Erika Heredia Ponce, quien me brindo su paciencia, tiempo y dedicación en la realización de este proyecto le agradezco sus atenciones y buenos consejos.

A todos los doctores que han compartido todo su conocimiento y experiencia conmigo, haciendo de mí una mejor odontóloga y persona.

Por último y no menos importante, gracias a la UNAM, por abrirme las puertas y hacerme sentir día a día el orgullo de pertenecer a esta universidad, que sin duda alguna me ha dado los mejores momentos y aprendizajes de mi vida.

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es un acontecimiento mundial que ha crecido paulatinamente durante décadas, sin embargo, en los últimos años este proceso ha cobrado mayor intensidad en países desarrollados, fundamentalmente como consecuencia de la mayor longevidad de las personas, generando interrogantes sobre la sustentabilidad de los servicios que una población envejecida requiere.

Por eso es necesario que durante el envejecimiento se tomen en cuenta diversos temas como son el género, ya que nos permite reconocer las dificultades y desigualdades en este grupo. En una sociedad donde no existe cultura de envejecimiento (como es el caso de la mayoría de los países latinoamericanos) y en la cual, a través de la historia, ser mujer ha constituido una desventaja social, resulta necesario enfocar éticamente la atención individual de este grupo de la población y formular políticas de salud.

No obstante, esto no ocurre en la mayoría de los casos: se genera atención o políticas de salud para mujeres sin hacer separación por edad, o para el adulto mayor sin discriminar por género. Por lo tanto, las adultas mayores no reciben la atención adecuada o, en el peor de los casos, quedan excluidas de ella.

De tal forma que la calidad de vida, se refiere a las condiciones objetivas y subjetivas en que se realiza la reproducción social de los grupos humanos, el cual incluye diferentes dimensiones como son: las condiciones de trabajo remunerado y no remunerado, la cantidad y calidad de las formas de consumo de bienes, servicios y valores de uso, el acceso y realización de expresiones culturales y políticas y la calidad del entorno se ve modelada por la confrontación permanente entre los

componentes protectores y sus procesos destructivos o de deterioro para el desarrollo vital humano.

Los principales objetivos del cuidado dental son prevenir y tratar las enfermedades, restaurar los daños de tejidos y aliviar los síntomas, creando así las condiciones necesarias para mejorar la función y la calidad de vida. Aunque la evaluación clínica del paciente sigue siendo una importante consideración a evaluar, los resultados de la atención dental, también deben tratarse desde el punto de vista de la salud, ya que resulta información valiosa de tal forma que el impacto de la calidad de vida relacionada con la salud oral es un tema que ha tomado importancia en los últimos años.

En este estudio se pretende determinar el impacto de la salud oral en la calidad de vida de un grupo de personas mayores de bajo nivel socioeconómico en la Ciudad de México.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso de deterioro progresivo, intrínseco, natural y universal que afecta a todos los seres vivos con el paso del tiempo. El deterioro de las funciones del cuerpo humano y la muerte son inevitables.[1]

Según Bournet, el envejecimiento se define como "el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen a lo largo del tiempo sobre los seres vivos".[2]

Por otra parte Lansing, lo define como "proceso progresivo, desfavorable ligado al paso del tiempo en forma perceptible y que concluye en la muerte".[3]

Ramos, Meza y cols. Mencionan que la dimensión biológica, psicológica y social es importante para definir a la vejez. En la dimensión *biológica* define vejez desde la función del patrón de referencia cronológica y a partir de los cambios morfofuncionales de cuya declinación depende el grado de envejecimiento. En la *psicológica* incluye los cambios en los procesos psicológicos básicos y el desarrollo se refiere al estudio de la personalidad y sus cambios (psicología estructural); y la *social* que consta de 3 partes; la sociodemográfica que implica el crecimiento poblacional y sus efectos endógenos y exógenos, la sociopolítica que involucra el nivel de participación y de integración social del adulto mayor. Existen diversos conceptos que se utilizan para nombrar a la vejez como son, senectud, ancianidad, tercera edad, adultez tardía por mencionar algunas. La utilización de estos términos remite a esta edad generalmente como un producto, mientras que los términos de envejecimiento o senilidad refieren a la idea de un proceso. [3]

2.2 ENVEJECIMIENTO Y GÉNERO

El envejecimiento es un fenómeno social que, como tantos otros, no se puede separar de los sujetos que lo experimentan. Partiendo de la consideración de que hombres y mujeres envejecen de forma similar el análisis de estos procesos se hace de forma indiferenciada para ambos sexos, así mismo se reconocen diferencias específicas entre los sexos en el envejecimiento, pero se enfatizan, como explicación a algunos aspectos pertenecientes específicamente a cada uno de ellos. En el caso de la mujer se hace hincapié en la menopausia y el nido vacío, que reducen los procesos vinculados al envejecimiento a un tema de reproducción, sexo y maternidad, limitando el ser mujer a las asignaciones del rol más profundamente patriarcales, y en el caso del hombre, se consideran habitualmente la jubilación y el uso del tiempo libre, lo cual supone una asignación al mundo público que reproduce los estereotipos tradicionales. [4]

Además de los factores biológicos ligados al sexo también se deben considerar los factores sociales. Entre los primeros, se pueden citar la genética, la fisiología, la anatomía, el riesgo y la predisposición a enfermedades diferenciales según sexo. Entre los factores sociales cabe mencionar los patrones de socialización, roles familiares, obligaciones, expectativas laborales y tipos de ocupación que frecuentemente son más desfavorables para las mujeres y tienen una marcada influencia en su salud y que en gran medida justificarían su mayor morbilidad por trastornos crónicos que se extienden a lo largo de toda la vida sin producir la muerte.[5]

2.3 DEMOGRAFÍA Y ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de mayor impacto del siglo XX, y seguramente, crucial en la construcción de la historia del siglo XXI. En términos estrictamente demográficos, alude al enorme crecimiento de los adultos mayores si no es que el mayor, ya que en dos décadas y media se duplicó su población en 6.4 millones de personas y su presencia relativa paso de ser 4.3 a 5.9 por ciento. Se estima que en el año 2050 la población de adultos mayores sea de un 32% de la población total lo que equivaldrá al triple de lo que hay y se superara a los niños. Esto se debe a la reducción de fecundidad y disminución de la mortalidad infantil.[6]

En México datos del INEGI indican que para el 2008 la esperanza promedio de vida de la población mexicana fue de 75.1 años, 77.5 años para mujeres, y 72.7 para varones en el último conteo que se realizó en el 2010 se determino la cantidad de 6073028 mujeres mayores que circulan entre los 60 y 80 años de edad, el incremento desacelerado que ha determinando que hoy en día las condiciones de salud de este sector de la población ya plantean un esquema que no solo se compone de enfermedad y muerte, sino de discapacidad ,y limitación de actividad diaria.[5]

2.4 ESTADO DE SALUD GENERAL EN LOS ADULTOS MAYORES

El envejecimiento se da por factores que influyen en el comportamiento, en la salud de los individuos, como el género, la edad, la escolaridad, la ocupación, el medio ambiente, estilos de vida, situación de la pareja, nivel socioeconómico, creencias personales, expectativas de vida, entre otros.[7]

Durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios que afectan tanto al aspecto biológico como al psicológico de las personas, tales como son: la disminución de la agudeza visual, el

deterioro de las papilas gustativas, aparición de arrugas, manchas, flaccidez y sequedad. Todos esos cambios se producen como consecuencia de transformaciones internas, como son la disminución en la producción de colágeno, la pérdida de grasa subcutánea y masa muscular. En la estructura muscular existe disminución en peso, número y diámetro.[8]

Entre otros cambios también podemos encontrar diferencias de cada persona debido a las características de personalidad, reducción de la capacidad intelectual tales como: análisis, síntesis, razonamiento aritmético, percepción que son características propias de esta etapa.[9]

La percepción que tienen los adultos mayores en cuanto a su salud se estima que puede estar alrededor del 20% en una salud mala, el 50% en regular y el 30% restante como buena, muy buena o excelente. [6]

En el adulto mayor, se llega a incrementar el temor a lo desconocido, debido a que el tener conciencia de las crecientes pérdidas físicas e intelectuales le produce un gran sentimiento de inseguridad. Otras reacciones negativas que puede sufrir el adulto mayor ante la angustia y frustración provocadas por las pérdidas son; la depresión y regresión.[9]

La depresión no es necesariamente un síntoma de envejecimiento pero se relaciona con el ámbito social estrecho en que vive, el cual lo conduce al aislamiento. Esto no se debe necesariamente a que viva solo, sino a que se le dificulta hacer nuevas relaciones significativas e incluso algunas veces no quieren tener nuevas amistades. Aún, cuando evita establecer relaciones afectivas estrechas, intensifica sus vínculos con la familia cercana lo cual le ofrece cierto apoyo y seguridad. Estas personas entran en una etapa, en la que se ven muy influenciadas por la opinión social y por la cultura donde se desenvuelven. Hasta hoy la cultura, de una forma u otra, tiende mayoritariamente a estimular para la vejez el sentimiento de soledad, el aislamiento, limitaciones para la vida sexual y de pareja y de la propia funcionalidad e integración social del adulto mayor.[10]

En general los adultos mayores presentan problemas físicos que incrementan la posibilidad a desarrollar algunas enfermedades que son propias de esta etapa que es la vejez y estas son las enfermedades crónicas como: artritis, diabetes, enfermedades cardiacas, reumatismo, lesiones ortopédicas, alteraciones mentales y nerviosas.[11]

2.5 ESTADO DE SALUD ORAL EN EL ADULTO MAYOR

Los diferentes cambios normales del envejecimiento son una parte de la odontogeriatría conocida como envejecimiento orofacial. En las estructuras orales se dan cambios propios del envejecimiento como pueden ser, la pérdida parcial o total de los dientes que no son propios de la edad, si no un indicativo de mal estado de salud oral del paciente.

Dentro de los principales cambios en las estructuras de la cavidad oral están los dientes que adquieren un color amarillento volviéndose más frágiles o quebradizos y menos permeables.[2]

Los principales cambios son los que se observan clínicamente en la apariencia de las coronas dentarias y se relacionan con el proceso de atrición y con el de abrasión del esmalte dentario.[2]

Otros cambios relacionados con este grupo poblacional son los cambios periodontales: El ligamento periodontal se ensancha en los ancianos, posiblemente debido a una inflamación crónica.[2]

Así mismo se observan cambios en la mucosa bucal. En esta etapa es muy frecuente encontrar atrofia de los rebordes residuales de los maxilares, flacidez del epitelio de la mucosa oral.[12]

También las glándulas salivales empiezan a secretar saliva mucosa, por lo que se comienza a tornar escasa y se dificulta la masticación y las papilas gustativas también se ven afectadas y se van deteriorando con el

paso del tiempo, primero las que detectan lo dulce, salado y al final lo acido y amargo.[13]

Entre los factores de riesgo se pueden presentar se encuentran: la xerostomía, el tabaquismo, las dietas inadecuadas y también otros cambios que pueden ser percibidos por las personas a medida que la edad avanza se encuentran: Disminución en el número de dientes, bien sea a causa de caries dental o enfermedad periodontal; que les dificulta la posibilidad para comer cosas duras lo cual lleva al cambio de la dieta por alimentos más blandos; el uso de prótesis por largos periodos de tiempo sin que sean cambiadas periódicamente (cada cinco años), puede generar dolor e inestabilidad durante la masticación debido a la desadaptación, se desarrollarán lesiones inflamatorias en el paladar y tejidos blandos en contacto con el aparato protésico (estomatitis subprótesis, hiperplasias); finalmente la pérdida de los dientes hace que la función que estos cumplen de estimular el hueso de los maxilares para que se conserve su altura, se pierda, llevando a la reducción crónica, acumulable y progresiva del espesor de los maxilares en las zonas que contenían los dientes (rebordes alveolares) produciendo y/o acentuando el deterioro de la apariencia facial.[14]

2.6 CALIDAD DE VIDA

El termino calidad de vida comienza a utilizarse desde la los años cincuenta en países occidentales y es hasta los años setenta que se vuelve a connotar.[15]

Las definiciones que se han dado hasta estas fechas son más orientadas en ambientes profesionales, por esto podrían entenderse como la satisfacción de vivir con libertad y bienestar, es decir con funcionamiento físico, social, económico, emocional, que nos permita lograr todos nuestros deseos y sentirnos satisfechos en la vida. [14]

La palabra *Calidad de Vida*, según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua, se deriva de la palabra "*Calidad*" que significa: Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una persona o cosa que permiten apreciarla con respecto a las restantes de su especie; es una clase o condición. Y de la palabra "*Vida*" que significa: Capacidad de los seres vivos para desarrollarse, reproducirse y mantenerse en un ambiente hasta su muerte.[16]

Es por esto que para 1991 la OMS la definió como la percepción personal de un individuo en cuanto a situación de vida dentro de un contexto sociocultural, basados en lograr sus objetivos, valores e intereses.[17]

2.7 CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD ORAL

El concepto calidad de vida ha venido cobrando importancia en el área odontológica en las últimas décadas, creándose instrumentos de medición específicos para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral.

Los instrumentos que miden la calidad de vida con relación a salud se aplican en estudios sobre:

1. Evaluación y seguimiento de los problemas psicosociales en el cuidado de un paciente individual.

2. Detección de problemas de salud percibidos por la población.

3. Auditoria médica.

4. Evaluación de servicios de salud.

5. Estudios clínicos.

6. Análisis de costo-efectividad.

Los datos obtenidos de la aplicación de estos instrumentos además de utilizarse para estimar el impacto social y funcional de las patologías

bucales, se emplean para correlacionarlos con medidas clínicas objetivas y evaluar la efectividad de los tratamientos odontológicos.[18]

2.8 GOHAI

Para la medición de la calidad de vida en relación a su salud bucal es necesario el uso de instrumentos que nos proporcionan una escala cuantitativa ejemplo de este tipo de instrumentos es el The Geriatric Oral Health Assesment Index (GOHAI). El GOHAI entrega una aproximación del estado de la salud bucal y es muy útil para guiar la derivación oportuna de los pacientes. Al ser un instrumento sencillo, corto y validado en población anciana es ideal para estudios epidemiológicos. Este instrumento fue diseñado por Atchison y Dolan para estimar el grado de impacto psicosocial asociado con enfermedades orales y para evaluar la efectividad de tratamientos odontológicos en poblaciones geriátricas.[19]

Este estudio utiliza 12 preguntas lo que aumenta las probabilidades de que sea contestado en forma completa. Incluyen temas de bienestar oral y aspectos como dificultad al masticar, tragar, relaciones sociales, dolor e incomodidad.

Para evaluar los problemas relacionados con la salud bucal el instrumento incluye tres dimensiones:

1) *Función Física:* que influye en comer, hablar y deglutir.

2) *Función Psicosocial* incluyendo preocupación por su salud oral, insatisfacción con la apariencia, autoconciencia acerca de la salud oral.

3) *Dolor e Incomodidad:* incluyendo el uso de medicamentos para aliviar el dolor en la cavidad oral.

El formato de respuesta es de tipo Likert, los sujetos responden si ellos han experimentado alguno de los doce problemas en los últimos tres meses, codificando como: 0 = nunca, 1 = rara vez, 2 = a veces, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo, 5 = siempre.

Se calcula una sumatoria simple de las respuestas para cada sujeto, dando un rango entre 0 y 60, el valor más alto indica la mejor auto percepción de salud oral.

3. ANTECEDENTES

Desde hace unos años cuando hablamos de calidad de vida y su relación con la salud bucal, se combinarían dos aspectos fundamentales. El primero involucra una percepción subjetiva con relación a un sistema de valores y un contexto sociocultural, que daría como resultado el grado de satisfacción con su boca y su funcionalidad. En este sentido, se ha estudiado el impacto de la salud oral en la calidad de vida, principalmente a través de indicadores que miden aspectos relacionados con la limitación funcional, el dolor, la incomodidad o incapacidad psicológica, física o social y perjuicios generales.[13]

Un segundo componente hace referencia a una situación de salud enmarcada dentro de un contexto social e histórico que tiene en cuenta la capacidad de las personas para acceder a oportunidades para el desarrollo, así como acceso a programas y estrategias en atención primaria, entre otras.[20]

En un proyecto denominado "Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento" (SABE), fue aplicada en la ciudad de México y el área metropolitana, como un primer acercamiento de lo que sucede en la población de adultos mayores. Este estudio concluye que los cinco padecimientos más importante en los adultos mayores fue la hipertensión arterial 42.7%, problemas articulares 38.2%, reumatismo 24.5%, diabetes 21.5% y problemas nerviosos 10.8%.[21]

En el 2003, Jiménez Férez, quiso comparar la relación que existe entre la percepción de la salud bucodental con el bienestar subjetivo y utilizar tal asociación como medida de la calidad de vida en relación con la salud bucal, encontrando que un deterioro importante de la cavidad bucal provoca un gran impacto en el bienestar de los adultos mayores.[13]

Otro estudio se realizó en el suroeste de la Ciudad de México en el 2007, en el cual se evaluó el efecto que tiene el estado de la dentición en la capacidad de la población geriátrica para llevar a cabo actividades habituales durante los últimos seis meses. En este estudio participaron 540 personas de 60 años o más; mediante el índice OIDP se recabaron datos sobre los problemas que estos tiene para realizar actividades regulares relacionadas con su dentición o durante los últimos seis meses. Después de la entrevista se realizó una evaluación clínica para conocer el estado de la dentición. Como resultado un poco más de la quinta parte de los sujetos presentó problemas para llevar a cabo sus actividades habituales, tales como comer, hablar, mantenerse en un estado emocional normal, mantener un buen temperamento, lavarse los dientes o socializar.[22]

Se realizó un estudio transversal, prospectivo y asociativo en un grupo de 96 adultos mayores voluntarios con predomino del género femenino que asisten a la Casa de Descanso “Karol Woytila”, ubicada en el municipio de Tlalnepantla, edo. de México, entre las características que se encontraron son: la situación económica y la educación es baja, en la observación clínica se encontró que 32.3% manifestaba síntomas en la articulación temporomandibular (ATM), el edentulismo fue de 18.75% ,por lo cual se evaluaron las necesidades de tratamiento periodontal de los sujetos dentados y parcialmente desdentados. Los resultados arrojaron que el 36.5% requiere limpieza profesional, mientras que 8.3% requiere tratamiento por enfermedad periodontal, la edad de 65 años tuvieron un promedio de 20 dientes presentes el 83.7% tenía necesidad de atención profesional por caries dental, mientras que 7% de éstos requería atención por enfermedad periodontal. Por lo que se dedujo que los bajos ingresos limitan el acceso a la educación y por tanto a la salud, y esta situación impacta en la calidad de vida.[23]

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México se ha dado un incremento desacelerado en la población anciana en la cual ocurre una compleja interrelación entre el género y la pobreza como determinantes de la salud en la vejez, a través de la acumulación de una secuencia de acciones y experiencias sociales, la cual se inicia en edades tempranas y culmina en los últimos años de vida. La salud de mujeres y hombres es diferente, existen diferentes factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.) que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermedad, es por eso que las mujeres conforman la mayoría entre los adultos mayores en casi todos los países del mundo y esto las lleva a la depresión, soledad y a la pérdida de su salud oral, esto además repercute de manera directa por pertenecer a un nivel socioeconómico bajo que la imposibilita a sujetarse a un tratamiento dental.

En los últimos años se ha dado una creciente preocupación por conceptualizar y evaluar la calidad de vida de los grupos humanos y su expresión en las condiciones de esta y para la salud. Para ello es de suma importancia conocer la calidad de vida de cada individuo, así como los factores que contribuyen a modificarla de forma positiva o negativa, tanto en el estado de salud general, y dentro del estado de salud oral. Es por eso que uno de los principales problemas en el envejecimiento son las limitaciones en los programas de prevención y control para el manejo adecuado de los adultos mayores, la falta de recursos necesarios para brindarles una atención integral, la cual incluye personal de salud debidamente capacitado, abasto de medicamentos, buena alimentación, eficiencia en el sistema de referencia y contar con los diferentes niveles de atención, la instauración del modelo de Centros de Atención para el Envejecimiento , complementados con servicios de atención domiciliaria.[24]

Por lo expuesto anteriormente nuestra pregunta de investigación es:

¿Cuál es el impacto de la salud oral en la calidad de vida de un grupo de personas mayores de bajo nivel socioeconómico en la Ciudad de México?

5. JUSTIFICACION

El incremento demográfico ha propiciado alcanzar una edad más avanzada, y la boca no es ajena a este problema, en ella se observa lo que la personas han padecido durante su vida. Es verdad que los esfuerzos en prevención han logrado que se aumenten los años de vida de la población; sin embargo, estos éxitos del pasado presentan una nueva situación en la que las demandas al sistema de salud son de una naturaleza distinta a las que les dieron origen. En este nuevo contexto el objetivo ha cambiado, no solo es necesario aumentar los años de vida, sino incrementar la vida saludable de los habitantes de nuestro país.

En México, existen pocos estudios dirigidos a estudiar aspectos subjetivos que modifican la calidad de vida del paciente geriátrico, de modo que aunque sabemos que hay factores que afectan en alguna forma la calidad de vida, estos varían de acuerdo al medio en que se desenvuelve el individuo (como en la economía, social, y personal) es difícil identificar factores determinantes que tengan asociación con la calidad de vida. En este sentido, desde un punto de vista cuantitativo, se decidió hacer el estudio en adultas mayores ya que son las principales protagonistas, y al mismo tiempo, desde la perspectiva de los recursos materiales con que se cuenta en esta etapa de la vida, son también las mujeres las que presentan mayores restricciones para ejercer sus derechos y alcanzar una calidad de vida digna.

Es así como resulta imprescindible aplicar un análisis de género no sólo al realizar los diagnósticos si no también al momento de formular políticas públicas dirigidas a las personas mayores, y corregir desigualdades de género que se arrastran a lo largo de la vida y que se acentúan en esta etapa y sobre todo en adultas mayores. Por eso es necesario que se diseñen e implementen programas preventivos eficaces dirigidos a este grupo de la población en este caso las mujeres mayores de bajo nivel

socioeconómico, de tal manera que se puedan prevenir los daños a la salud bucal y general. Las posibles soluciones que se han mencionado, que no solamente atañen a la población actual de adultos mayores y sus necesidades. Este estudio puede servir para el diseño de programas y políticas para el bienestar de los adultas mayores, esto es pensar en la prevención y la inversión que se tiene que hacer para las futuras generaciones y así enfrentar riesgos que se tienen en la actualidad, y las medidas de prevención que pueden anticipar dichos riesgos para lograr dos objetivos: una vejez con mejor calidad de vida para la población y una menor carga social del envejecimiento.

6. OBJETIVOS

6.1 General

- Determinar el impacto de la salud oral en la calidad de vida de un grupo de personas mayores de bajo nivel socioeconómico en la Ciudad de México.

6.2 Específicos

- Comparar el impacto de la salud oral en la calidad de vida de acuerdo a las variables sociodemográficas (grupo de edad, escolaridad, etc.) de un grupo de personas mayores de bajo nivel socioeconómico en la Ciudad de México.

- Comparar el impacto de la salud oral en la calidad de vida de acuerdo a las variables dentales (estado de la dentición, higiene oral, etc.) de un grupo de personas mayores de bajo nivel socioeconómico en la Ciudad de México.

7. HIPÓTESIS

Ha. Las mujeres del CAIS "Villa Mujeres" presentan una mala percepción de calidad de vida relacionada con la salud oral.

Ho. Las mujeres del CAIS "Villa Mujeres" presentan una buena percepción de calidad de vida relacionada con la salud oral.

8. MATERIAL Y MÉTODO

8.1 TIPO DE ESTUDIO

Transversal

8.2 UNIVERSO DE ESTUDIO

Población de 60 años y más

8.3 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyeron a todas las mujeres residentes del CAIS "Villa Mujeres", que desearon participar.

Residentes de el "CAIS VILLA MUJERES".

El IASIS es una institución que ofrece a niñas, niños, jóvenes, mujeres, hombres, adultos mayores y a todas aquellas personas que sufren abandono, extrema pobreza o vulnerabilidad, los apoyos y condiciones para valerse por sí mismos. Promueve el desarrollo de sus capacidades y la creación de oportunidades en los órdenes económico, social y político para que puedan reincorporarse a la vida comunitaria con pleno respeto a su dignidad, identidad y derecho, tiene por objeto promover, coordinar, supervisar y evaluar la asistencia social en el Distrito Federal, definir y establecer la política en materia de asistencia social, y ser la instancia normativa de los programas de asistencia social que realice la administración pública del D.F.

El IASIS ofrece servicios de asistencia social en 10 Centros de Asistencia e Integración Social (CAIS) tal es el caso del "CAIS VILLA MUJERES."

Que es un Centro donde se brinda cuidado y atención además el filtro proporciona atención a mujeres mayores de 18 años, adultas mayores en

abandono social, sin problemas mentales que requieran tratamiento especializado y a madres solas con hijos menores de 15 años en el centro se otorgaron servicios como: alimentación, psicología, cultura, recreación y deporte, servicios médicos, enfermería, gericultura, proyectos productivos y trabajo social. Así mismo se gestionaron trámites de documentos legales como actas de nacimiento, credencial de elector, entre otros.

8.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

  Residentes dentadas o desdentadas que quisieron participar en el estudio.

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

  Señoras cuya condición de salud, física o mental le impidiera contestar la entrevista o el examen clínico.

8.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL Y ESCALA DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES

Variables socioeconómicas

- **Edad:** Años de vida cumplidos hasta la fecha de la entrevista. La información será obtenida en forma directa a través del interrogatorio. Se registrará en años.

- **Estado Civil:** Condición social. La información se registrará como: Casado, Soltero/divorciado, Viudo.

- **Lugar de nacimiento:** Lugar donde nació. Se registrará como: urbano, rural.

- **Sabe leer y escribir:** Si el sujeto tiene la capacidad de leer y escribir: si, no.
- **Nivel de Escolaridad:** Media/Superior y se registrara el nivel más bajo como analfabeta /primaria.
- **Fuente de ingreso:** Percepción de ingresos económicos. La información se registrará como: sí, no.
- **Percepción de salud:** Apreciación del estado de salud. Se registrará como: Excelente, Buena, Regular, Mala.
- **Utilización de los servicios de salud oral:** Asistencia al dentista en el último año. Se registrará como: sí, no.

Variables dentales

- **Edentulismo:** Es la ausencia de todos los dientes naturales por cualquier causa (caries, traumatismo, enfermedad periodontal, etc.) en ambas arcadas. La información fue obtenida al momento del examen clínico por el observador y se registrará como sí, no.
- **Estado de la dentición:** Es el promedio de dientes cariados, perdidos y obturados. Se registrará de acuerdo al índice CPOD (Anexo2).
- **Dientes sanos:** Es el promedio de dientes sin presencia de caries. Se registrará de acuerdo al examen clínico.
- **Dientes funcionales:** Número de dientes sanos no indicados para extracción, que no presenten movilidad y que no sean causa de dolor a la persona. Información obtenida por observación directa.
- **Higiene oral:** Se entiende como la acumulación de placa y cálculo, usando las superficies vestibular y lingual de todos los dientes. Se registró la placa dentobacteriana según el índice de higiene bucal

simplificado, que considera seis dientes para representar toda la boca. (Anexo 3)

- **Enfermedad periodontal:** Se entiende como las lesiones provocadas al periodonto por presencia de sangrado, cálculo o bolsas periodontales. Se registrará de acuerdo al IPC (Anexo 4).

- **Uso de prótesis 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. Se indicó la presencia de ganchos en superficies radiculares. La información fue obtenida por observación del examinador. Se registrará de acuerdo a la presencia o ausencia.

- **Uso de prótesis total:** Es la utilización de aparatología protésica que sustituya todos los dientes de una o ambas arcadas y los tejidos asociados. La información fue obtenida por observación directa. Se registrará como superior, inferior o ambas.

- **Funcionalidad de las prótesis:** Es la correcta función de la(s) prótesis de acuerdo a la estabilidad, retención, defectos y oclusión. Se registrará de acuerdo a la exploración clínica. (Anexo 3)

- **Articulación temporomandibular:** Evaluada por la presencia de alguna alteración en la articulación temporomandibular y se registrará como normal, chasquido, bloqueo autocorrectivo, dislocación, dolor relacionado con la articulación.

- **Maloclusiones:** Evaluada por alguna alteración en la oclusión y se registrará como ninguna, leve, moderada, severa.

- **Presencia de lesiones:** Evaluada por la presencia de alguna lesión en tejidos duros o blandos y se registrará como si, no.

- **Calidad de vida:** Calidad de vida en relación con la salud bucodental: Percepción que el individuo tiene del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como el estado de los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal en el desempeño de las actividades de la vida diaria, teniendo en cuenta sus circunstancias presentes y pasadas, sus implicaciones en el cuidado, sus expectativas, sus paradigmas y acorde al sistema de valores de su contexto sociocultural. Esta variable se medirá a través del GOHAI.

8.6 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se revisó una base de datos con entrevistas a las residentes con la finalidad de analizar los datos sociodemográficos, y de utilización de los servicios de salud bucodental, y la autopercepción de salud bucal con el GOHAI (The Geriatric Oral Health Assessment Index).

8.7 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La información se analizó con el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 20.

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra estudiada a partir de los datos sociodemográficos, de autopercepción de salud bucal, estado de salud oral y calidad de vida (GOHAI).

8.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra estudiada a partir de los datos sociodemográficos, de autopercepción de salud bucal, estado de salud oral y calidad de vida (GOHAI).

9. RESULTADOS

Se revisó a un total de 78 mujeres que quisieron participar, las cuales tuvieron un promedio de edad de 71 ± 9,09 años, la edad mínima fue de 60 años y la máxima de 94.

En la tabla 1 se muestra el perfil sociodemográfico de la población, encontrando que la mayoría de ellas son solteras (48,7%). El 55,1% nacieron en una comunidad rural .También se observó que más de la mitad de estas mujeres saben leer y escribir (61,5%), y su nivel de estudios es básico o ninguno (87,2%). En cuanto a la fuente de ingresos todas las mujeres del CAIS, el 83.3% no tienen ningún tipo de ingreso.

En la tabla 2 se muestra la percepción de salud, donde el 52,6% de ellas mencionan percibir un estado de salud regular o malo, además el 62,8 % en el año no ha recibido atención dental.

En cuanto a la tabla 3 y 4 el estado de la dentición se encontró que la población presentaba en promedio 9.06± 7.29 dientes sanos, 2.00± 3.17 dientes cariados, 15.94±7.83 en dientes perdidos, .98 ±2.23 obturados y estos radiculares se encontraron con un 4.20±3.18.

La prevalencia de edentulismo entre estas mujeres fue del 32,1%. Además se encontró que el 43,6% presentaban una deficiente higiene, donde el 1,3% presentó sangrado, el 33.3% cálculo y el 11,5% presentaron bolsas periodontales. Así mismo la mayor parte de las mujeres (92,3%) no usan prótesis removibles aún necesitándolas y de las que si usan, y 8 de ellas solo poseen la dentadura superior total y solo 7 de ellas poseen tanto la superior como la inferior. Sin embargo el 17,9% de las prótesis no son funcionales y de las mujeres que contaban con dientes la mayor prevalencia fue de 84.9% contaban con <20 en dientes funcionales.

Tabla 1. Frecuencia y distribución de las variables sociodemográficas en el "CAIS Villa Mujeres".

	n(=78)	(%)
Edad		
60-70 años	36	46.2
71-80 años	28	35.9
Más de 80 años	14	17.9
Estado civil		
Casado	8	10.3
Soltero	38	48.7
Viudo	25	32.1
Divorciado	7	9.0
Lugar de nacimiento		
Urbano	35	44.9
Rural	43	55.1
Sabe leer y escribir		
Si	48	615
No	30	38.5
Nivel de Escolaridad		
Media y Superior	10	12.8
Analfabeta y Primaria	68	87.2
Fuente de ingresos		
Pensión/hijos	13	16.5
No recibe ingresos	65	83.3

Tabla 2. Frecuencia y distribución de la autopercepción de salud en el "CAIS Villa Mujeres".

	n=78	%
¿Cómo puede describir su salud?		
Excelente/Buena	37	47.4
Regular/Mala	41	52.6
Utilización de los servicios dentales en el último año		
No	49	62.8
Si	29	37.2

En cuanto al estado de la ATM, más de la mitad no presento ninguna alteración, solo un 29,5% presento chasquido y el resto presentó bloqueo autocorrectivo, dislocación, o dolor relacionado con la ATM.

En cuanto a las maloclusiones el 14,1% presentó alguna maloclusión de tipo leve. El 12,8% de las mujeres presentó algún tipo de lesión en boca,

sin embargo estas lesiones estuvieron relacionadas con algún tipo de traumatismo principalmente por las prótesis mal ajustadas.

Tabla 3. CPOD, número de dientes sanos y funcionales en adultas mayores estudiadas en el "CAIS Villa Mujeres".

Estado de la dentición	Media	DE
Dientes sanos	9.06	7.29
Dientes cariados	2.00	3.17
Dientes perdidos	15.94	7.83
Dientes obturados	0.98	2.23
Restos radiculares	4.20	3.18
CPOD	18.92	7.28

Tabla 4. Variables dentales en mujeres adultas del "CAIS Villa Mujeres.

ESTADO DE LA DENTICION	n=78	%
Edentulismo		
Si	25	32.1
No	53	67.9
Dientes funcionales		
<20	45	84.9
>=20	53	15.01
Higiene Oral		
Bueno/Regular	19	
Deficiente	34	24.4
		43.6
IPC		
Sano	8	10.3
Sangrado	1	1.3
Calculo	26	33.3
Bolsas periodontales <4 mm	3	3.8
Bolsas periodontales >4mm	6	7.7
Usuaria de prótesis parcial removible		
Si	6	7.7
No	72	92.3
Usuaria de prótesis total (si)		
Superior	8	10.3
Inferior	0	0
Ambas	7	9.0
Funcionalidad de las prótesis		
Si	4	5.1
No	14	17.9
Estado de la ATM		
Normal	47	60.3
Chasquido	23	29.5
Bloqueo autocorrectivo	1	1.3
Dislocación de la ATM	6	7.7
Dolor relacionado con la ATM	1	1.3
Maloclusiones		
Ninguna	9	11.5
Leve	11	14.1
Moderada	7	9.0
Severa	7	9.0
Presencia de lesiones		
Si	10	12.8
No	68	87.2

Al evaluar el impacto que tiene la salud oral con la calidad de vida a través del GOHAI se observó que la mayor frecuencia para las respuestas fue siempre en sentido negativo. (Tabla 5).

Tabla 5.Frecuencia y distribución de las 12 preguntas del GOHAI para el CAIS "Villa Mujeres"

Dimensión	Pregunta	Siempre	Frecuentemente	A veces	Rara vez	Nunca
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Función física	1	10 (12.8)	10 (12.8)	6 (7.7)	4 (5.1)	48 (61.5)
	2	19 (24.4)	11 (14.1)	11 (14.1)	1 (1.3)	36 (46.2)
	3	50 (64.1)	3 (3.8)	11 (14.1)	10 (12.8)	4 (5.1)
	4	9 (11.5)	3 (3.8)	4 (5.1)	1 (1.3)	61 (78.2)
Función psicosocial	5	8 (10.3)	7(9.0)	11(14.1)	4(5.1)	48(61.5)
	6	4(5.1)	3(3.8)	6(7.7)	2(2,6)	63(80,8)
	7	54(69.2)	7(9.0)	8(10.3)	4(5,1)	5(6.4)
	8	0	7(9.0)	7(9.0)	0	70(89.7
	9	9(11.5)	12(15.4)	7(9.0)	2(2.6)	48(61.5)
Dolor e incomodidad	10	2(2.6)	3(3.8)	8(10.3)	3(3.8)	62(79.5)
	11	3(3.8)	3(3.8)	4(5.1)	3(3.8)	65(83.3)
	12	4 (5.1)	2 (2.6)	7 (9.0)	2 (2.6)	63 (80.8)

En la tabla 6 podemos observar el porcentaje de satisfacción del GOHAI con respecto a sus tres dimensiones (76,51±11,24), en la función física se observó un 46,67% de satisfacción, 36% en la función psicológica y 40% en dolor e incomodidad.

Tabla 6. Media y desviación estándar del porcentaje de satisfacción del GOHAI y sus dimensiones en el "CAIS Villa Mujeres".

		MEDIA (DE)
	GOHAI	46.67
Dimensiones	Función física	30.00
	Función psicosocial	36.00
	Dolor e incomodidad	40.00

Para poder relacionar el estado de la dentición con el GOHAI se estableció el percentil 75 de los componentes del CPO-D en los adultos mayores que participaron en el estudio, con la finalidad de poner un punto de corte para determinar alta experiencia de caries coronal, fue de ≥2 dientes. Para los dientes sanos se estableció que el percentil 25 correspondería a un bajo número de dientes sanos con ≤3 dientes. El percentil 75 para dientes perdidos que correspondió a ≥ 20 dientes. El percentil 75 para dientes obturados que corresponde a ≥11 dientes. El punto de corte para los dientes funcionales fue de 20 dientes.

En la tabla 7 y 8 podemos observar la comparación del GOHAI con las variables sociodemográficas y dentales respectivamente donde se encontraron diferencias estadísticas significativas en el grupo de edad con el valor de Kruskal Wallis=0.80 p=0.67, en el lugar de nacimiento U de Mann Whitney=545.50 p= 0.03,en el nivel de escolaridad U de Mann Whitney=194.00 p= 0.02, además de que se observaron diferencias estadísticas significativas en el estado de la dentición en edentulismo y estado de la ATM.

Tabla 7. Media (DE) del GOHAI de acuerdo a las características sociodemográficas en el "CAIS Villa Mujeres".

Variable	Media 45,91	DE 6,74	p
Edad 60-74 años 75-84 años 85 años y más	46.13 45.74 45.14	6.82 7.06 5.72	Kruskal Wallis=0.80 P=0.67
Estado civil Casado Soltero/divorciado Viudo	44.75 45.93 46.24	6.56 7.14 6.26	Kruskal Wallis=0.83 P=0.65
Lugar de nacimiento Urbano Rural	44.57 47.00	6.08 7.12	U de Mann Whitney=545.50 p= 0.03
Sabe leer y escribir Si No	44.77 46.91	7,24 5.50	U de Mann Whitney=505.00 p= 0.026
Escolaridad dicotómica Educación media y superior Analfabeta y educación primaria	41.60 46.54	6.83 6.54	U de Mann Whitney=194.00 p= 0.02
Fuente d ingresos Si No	43.84 46.32	7.82 6.49	U de Mann Whitney=333.50 p= 0.22
Percepción de salud Excelente/Buena Regular/Mala	46.70 45.19	6.07 7.30	U de Mann Whitney=676.00 P=0.45
Utilización de los servicios dentales Si No	46.86 45.3469	6.29 7.00	U de Mann Whitney=622.00 p= 0.35

Tabla 8 Media (DE) del GOHAI de acuerdo a las condiciones de salud oral en el "CAIS Villa Mujeres".

CAIS"VILLA MUJERES"			
VARIABLE	**GOHAI Media**	**(DE)**	**p**
Estado de la dentición			
Dientes sanos >3 ≤3	46.57 47.40	7.02 6.10*	U de Mann Whitney=37.50 p= 0.76
Dientes funcionales < 20 dientes >20 dientes	49.96 45,87	6.69 7.67	U de Mann Whitney=279.00 p=0.98
Dientes cariados <2 ≥2	46.27 47.70	6.95 6.41	U de Mann Whitney=287.50 p= 0.43
Dientes perdidos <20 ≥20	47.77 45.45	6.37 7.13	U de Mann Whitney=268.00 p= 0.18
Dientes obturados <11 ≥11	46.73 51.00	6.77 0	U de Mann Whitney=20.00 p=0.69
Edentulismo Si No	43.92 46.90	6.38 6.76	U de Mann Whitney=480.50 p= 0.04
Higiene oral de clases latentes Bueno/regular Deficiente	47.78 46.26	7.26 6.46	U de Mann Whitney=257.50 p= 0.21
IPC Sano Sangrado Calculo Bolsas periodontales <4mm) Bolsas periodontales >mm)	46.75 51.00 46.20 49.66 50.00	8.68 0 7.47 4.93 2.81	Kruskal Wallis=1.19 p= 0.75
Usuaria de prótesis removible Si No	42.00 46.23	8.50 6.54	U de Mann Whitney=144.50 p= 0.17
Usuaria de prótesis total Superior Inferior Ambas	40.50 0 46.66	7.92 0 11.47	Kruskal Wallis=3.25 p=0.07
Funcionalidad de las prótesis Si No	44.00 43.78	11.31 6.20	U de Mann Whitney=.0024 p= 0.66

Estado de la ATM			
Normal	45.29	7.21	Kruskal Wallis=7.09 p=0.13
Chasquido	47.08	5.18	
Bloqueo autocorrectivo	38.00	0	
Dislocación de la ATM	50.17	3.06	
Dolor relacionado con la ATM	30.00	0	
Maloclusiones			
Ninguna	47.44	7.03	Kruskal Wallis=0.35 p=0.95
Leve	46.27	6.98	
Moderada	48.57	9.60	
Severa	47.00	4.08	
Presencia de lesiones			
Si	43.30	6.60	U de Mann Whitney=254.00 p= 0.19
No	46.14	6.78	

10. DISCUSIÓN

Es importante señalar que los resultados de este estudio no pueden ser extrapolados al resto de la población, ya que la muestra contempló solamente a las mujeres del CAIS "Villa Mujeres" que desearon participar libremente en el estudio.

Las características sociodemográficas que presentan las mujeres del CAIS, resultan ser muy características. Algunas de ellas refieren estar solas, no tener familiares, que los hijos las abandonaron, o que vivían en condición de calle.

Las personas que se alojan en la calle son quienes por condiciones socioeconómicas precarias y en algunos casos de salud mental, se han visto obligadas a desarrollar su cotidianidad en la calle, entendida esta última como un espacio arquitectónico simbólico y social urbano, que no cumple los requerimientos mínimos necesarios para considerarse un lugar de habitación en condiciones aceptables para el bienestar y la calidad de vida de un ser humano.[25]

Muchas de las adultas mayores que residen en el CAIS "Villa Mujeres", presentan esta condición y terminan siendo asiladas en este lugar. Otra característica importante que describe a este grupo de mujeres es que no todas cuentan con documentación que avale su identidad, y por tal motivo no tienen acceso a ingresos o apoyos gubernamentales, además de que su capacidad a una participación social, se ve mermada.

Un poco más de la mitad de las mujeres residentes del CAIS es que (55%) nacieron en el interior de la república y en su juventud migraron de su lugar de origen buscando una mejor calidad de vida en la ciudad, de tal forma, que el apoyo familiar está lejos o no existe.

Es importante mencionar que el rol de las mujeres en la reproducción social les limita las oportunidades de emplearse remuneradamente, los logros educacionales y la adquisición de conocimientos prácticos cuando se insertan en el mercado laboral, lo hacen en puestos con bajas remuneraciones y poco valorados, provocando desventajas económicas y sociales que se traducen en desigualdades durante la vejez. Un aspecto a destacar en esta línea de argumentación son las dificultades existentes en las estructuras políticas y jurídicas, específicamente las leyes y tradiciones relativas al patrimonio, el crédito y la herencia, existen limitaciones, obreras, domésticas, que al paso de los años se quedan sin empleos, y sin una pensión porque durante su juventud nunca tuvieron trabajos que remuneraran en un sistema de pensión.[26]

Así pues dentro de los resultados obtenidos encontramos que el promedio de edad fue de 71 años, la mayoría solteras (48.7%) y la otra proporción viudas (32.1%), casi la mitad de la población sabían leer y escribir (61,5%) debido a que cursaron una educación básica (87,2%), sin embargo encontramos que el 87 % era analfabeta. El bajo ingreso socioeconómico va de la mano con la baja educación y esto de manera significativa limita a tener acceso a toda la información de su entorno sociocultural, así como del estado general de su salud oral.

En este contexto se ven afectadas principalmente las que viven en la pobreza, el bajo nivel de educación y apoyo a los adultos mayores, los hace reflejarse como extraños, poniéndolos al margen de nuestra sociedad y exponiéndolos ante riesgos, trayendo consigo sentimientos de soledad e inutilidad; la soledad es una de las facetas en la personalidad, que cambia considerablemente con la edad, ya que para el adulto mayor representa una enfermedad muy grave que lo deprime y desampara. Es importante discutir que si existen oportunidades para la educación y el aprendizaje se podrá ir mejorando la salud en todo su entorno.[27]

Un bajo nivel de ingresos económicos repercute en el estado de salud oral, esto lo podemos inferir al observar una prevalencia de edentulismo

del 32%con un valor significativo a la muestra de U de Mann Whitney=480.50 p= 0.04. Es sabido que uno de los principales problemas para la pérdida dental es la deficiente higiene oral, además de que culturalmente la población de escasos recursos no le toma importancia a este tema, ya que existen otros puntos mucho más importantes por resolver como puede ser el dónde dormir, el qué comer o otras necesidades prioritarias, dejando de lado la salud oral.

Se dice que las mujeres muestran mayor preocupación por su estado de salud y son ellas las que asisten al médico con mayor frecuencia en comparación con los hombres. Los CAIS, cuentan con servicios médicos y dentales, sin embargo, no todas las señoras reportan la asistencia a estos servicios (62%). algunas razones para no asistir a los servicios dentales son el poco o nulo interés, falta de autoestima, desánimo por la vida y el no contar con lo necesario para realizar la higiene oral. Sin embargo los sistemas de salud públicos en el área bucal limitan los tratamientos a un nivel preventivo y curativo, dejando sin atender el campo de la rehabilitación.

En la región latinoamericana los ricos no sólo concentran más recursos sino que reciben proporcionalmente más ingresos que los pobres y, como resultado, se observa que no sólo la pobreza sino también la brecha entre ricos y pobres se ha incrementado en las últimas décadas, Personas con más recursos y mejores condiciones de vida tienen menos posibilidades de enfermarse y, en contraste, personas con menos recursos y peores condiciones de vida tienen más posibilidades de enfermarse. Los sistemas de salud y las políticas públicas sociales influyen sustancialmente en este vínculo entre desigualdades sociales y salud. Si destinan más recursos y servicios a los pobres, se pueden compensar los efectos de la pobreza y disminuir las desigualdades sociales. Por otro lado, cuando los sistemas de salud y las políticas públicas disminuyen subsidios sociales y crean barreras económicas para el acceso a los servicios de salud, aumentan las desigualdades sociales.[28]

Es importante mencionar y de gran interés identificar que la salud es un derecho humano básico y pese a que los problemas bucales no representan causas de muerte inmediata para los individuos, sí menoscaban su calidad de vida porque prolongan estados de dolor y sufrimiento, limitaciones y desventajas sociales y funcionales, hasta el componente estético y el psicológico. Por ello, la práctica de la salud bucal asume una responsabilidad técnica, biológica y social, y al articularse desde la óptica social de la salud general se plantea el reto de la salud bucal colectiva como un campo de acción política, aún en construcción.[29]

Hablar de prótesis es un lujo, el bajo o nulo ingreso económico cierra la posibilidad a mejorar el estado de salud oral, cabe destacar que el (92,3%) no usa prótesis removible y la mayoría de estas mujeres solo utilizaban la dentadura total superior mientras que la otra parte (9,0%) solo utilizaba ambas dentaduras, (17%) y referían no tener funcionalidad de sus prótesis.

Hoy en día podemos conocer mucho sobre la salud de los adultos mayores a través de encuestas, registros e indicadores creados para este propósito, se dice que en este contexto la población de adultos mayores, principalmente los que viven en la pobreza, han recibido muy poca atención por parte de los prestadores de servicios y diseñadores de políticas públicas y es por eso que presentan un estado de salud oral deficiente o en el peor de los casos se forman gama de grupo, donde existen paradigmas de marginación social, basados en sexo, clases, raza, edades, preferencias y de esta manera se imposibilita a este grupo a recibir algún tipo de servicio. [30]

En cuanto al estado de la dentición existen diversos problemas que repercuten en el estado de salud oral, tales como la presencia de problemas periodontales que de manera importante se presentaron como: calculo (33,3%), sangrando (1,3%) y bolsa mayores a 4mm (7 %).

La Da Silva y Castellanos Fernández en el 2001 realizaron un estudio en pacientes finlandeses de nivel socioeconómico bajo donde registraron la presencia de bolsas periodontales profundas en el 34,7% de los examinados, datos muy superiores a los nuestros. [31] Esto va de la mano con lo que reporta la literatura ya que se sabe que las personas con menos acceso a los servicios de salud presentan una salud oral deficiente.

La Calidad de Vida relacionada con salud oral ha sido estudiada principalmente en los adultos mayores, probablemente debido al interés general por este grupo de edad que ha presentado un acelerado crecimiento en las últimas décadas en la mayoría de los países, debido a que con el envejecimiento se generan una serie de cambios en el estado social, percepción sensorial y en las funciones cognitivas y motoras de los individuos, las que no habían sido analizadas anteriormente a profundidad. [32]

De tal forma que en este estudio encontramos que la media del GOHAI fue de 45 esto de acuerdo al puntaje máximo que es de 60, el valor encontrado no es tan favorable.

Sin embargo otros autores han observado con respecto al impacto de la salud oral, sobre la percepción de la calidad de vida, y han reportado mayores puntuaciones en la dimensión que evaluaba la función psicosocial, al no sentirse cómodos al comer delante de otras personas por problemas con sus dientes, comparada con la función física y la sensibilidad al dolor. Así mismo, estas dimensiones o dominios se han evaluado en otros estudios, los cuales se mostraron más comprometidos los aspectos funcionales y psicosociales sobre la salud bucal sin embargo en nuestro estudio la mayor frecuencia para las respuestas fue siempre en sentido negativo ya que no les importaba porque ellas percibían un estado de salud regular, generando un impacto negativo en su calidad de vida, confirmando la importancia de la salud bucal como factor determinante para la consecuencia del bienestar general.[33]

En este sentido, un estudio realizado en población similar a la nuestra, realizó una encuesta para determinar la percepción de la funcionalidad de la cavidad bucal, obtuvo un índice CPOD de 24.30 para los hombres y 24.25 para las mujeres; el promedio de dientes perdidos para el grupo fue de 18.28 por persona, 20.9% eran edéntulas (27 hombres y 43 mujeres). El CPOD se incrementó de acuerdo a la edad en los hombres. El estado de salud bucal de la población se caracterizó por un alto porcentaje de dientes perdidos y en general malas condiciones de salud bucal que afectan la percepción de la función de alimentación.[34]

En este estudio se pudo observar que la mayor frecuencia en las respuestas fue siempre en sentido negativo, además cabe mencionar de manera significativa que la característica que se presentó en la percepción de salud oral fue 52% lo que nos hace confirmar que la calidad de vida de estas mujeres se ve afectada por el estado de salud oral.

En una zona rural de la provincia de Alberta en Canadá, se revisó a una población de sujetos dentados y desdentados que tenían altos niveles de necesidad de tratamiento; de los sujetos dentados, 41.8 % tenía caries coronal, en promedio 0.88 % por persona; en todos había cálculo y/o bolsas periodontales. En la evaluación el 76.4% se calificó a sí mismo con una buena y/o excelente salud. Aunque 40.6% había ido al dentista en el último año, 70.1% acudió al dentista sólo cuando experimentaron dolor o problemas.[35]

Diferentes autores han demostrado que el bajo nivel económico, acompañado de un bajo nivel de educación son factores predisponentes para el desarrollo de enfermedades bucales. Tal es el caso de Mc Grath y col, quienes reportaron que los grupos de nivel socioeconómico más alto declaran que su salud oral tiene un gran impacto en su calidad de vida, especialmente para mejorarla. Esto puede deberse, también, a que el paciente de alto nivel socioeconómico está más preocupado de su

salud bucal y su aspecto ante la sociedad, así mismo tienen mayor acceso a la atención dental que el paciente de bajo nivel socioeconómico. La salud oral tiene gran importancia en las relaciones sociales de las personas en especial cuando estas se rigen por un estrato socioeconómico alto, muchos de ellos argumentando que por perder una pieza dental entran en depresión, no obstante para otros, generalmente los de bajo nivel socioeconómico, la perdida de dientes es una realidad inevitable y atribuible a causas naturales del paso de los años.[24]
Al contario de nosotros donde el 83% de estas mujeres no tenia de donde percibir ingresos.

Un estudio realizado en Londres se evaluó las desigualdades socioeconómicas con relación a la educación de un grupo de personas para determinar que tanto afecta el nivel socioeconómico en un grupo de personas mayores, arrojó que el 30% usa dentaduras totales y , con una educación media/baja, el 50 % de ellos no contaba con pensión como resultado se dio que la educación afecta de manera importante en la calidad de vida de estas personas, al contrario de nuestros resultados en donde el 87,2%de estas mujeres eran analfabetas con una educación básica, usaban prótesis totales, solo utilizaban la prótesis superior el 10,3% y el otro tanto usaba ambas dentaduras 9,0%ya la mayoría de estas mujeres no les era funcionales su prótesis.[36]

En otro estudio se realizo un diagnóstico de salud bucal, en donde el 75%de los participantes presentaban menos de 19dientes, el 59,1% y el 48,3% presentaban prótesis y restauraciones desadaptadas, respectivamente, el 80,0% presentaba cálculo dental, el 23,3%restos radiculares, el 72,5% caries dental y el 75%problemas de articulación temporo-mandibular. Los motivos de consulta más presentes fueron los de origen traumático y periodontal, en 85% y 77,5%respectivamente en comparación con nuestro estudio donde de manera significativa se encontraron datos que de acuerdo al GOHAI el estado de la ATM se encuentra Kruskal Wallis=7.09 p=0.13, además que más de la mitad no

presentó ninguna alteración, solo un 29,5% presento chasquido y el resto presentó bloqueo autocorrectivo, dislocación, o dolor relacionado con la ATM.[37]

En este estudio, las maloclusiones el 14,1% presentó alguna maloclusión de tipo leve. El 12,8% de las mujeres presentó algún tipo de lesión en boca, sin embargo estuvo relacionada con algún tipo de traumatismo principalmente por las prótesis mal ajustadas y de acuerdo al GOHAI no fueron significas.

11. CONCLUSIONES

De este estudio se desprenden las siguientes conclusiones:

1.-Dentro del perfil Sociodemográfico encontramos un grupo de 78 mujeres que quisieron participar en el estudio que se realizó en el CAIS VILLA MUJERES, el promedio de edad fue de 71 años. El porcentaje de solteras 48.7%, y de las divorciadas fue de 9,0%. El 61,5% sabía leer y escribir, el 87,2 eran analfabetas y solo tenían la escolaridad primaria, la mayoría de estas mujeres no cuentan con ninguna fuente de ingresos.

2.-En cuanto a las variables dentales encontramos que la prevalencia de edentulismo fue de 32,1%, el 7,7% estaba en condiciones de salud periodontal, el 1,3 % presentó sangrado y el 33,3 %cálculo. El 7,7% es portadora de prótesis removible y en menor porcentaje encontramos que el 9,0% usaban prótesis totales donde solo usaban ambas dentaduras, de las portadoras de prótesis el 17,9% refirió que no eran funcionales.

Las alteraciones de ATM y maloclusiones son escasas en el estado de la ATM, más de la mitad no presento ninguna alteración, solo un 29,5% presentó chasquido y el resto presentó bloqueo autocorrectivo, dislocación, o dolor relacionado con la ATM.

En cuanto a las maloclusiones el 14,1% presentó alguna maloclusión de tipo leve. El 12,8% de las mujeres presentó algún tipo de lesión en boca, sin embargo estas lesiones estuvieron relacionadas con algún tipo de traumatismo principalmente por las prótesis mal ajustadas.

3.-Al estudiar la frecuencia y distribución de las respuestas del GOHAI observamos un porcentaje de satisfacción con respecto a sus tres dimensiones (76,51±11,24), en la función física se observó un 46,67% de satisfacción, 36% en la función psicológica el 40% ha presentado en dolor e incomodidad con sus prótesis.

La calidad de vida oral percibida a través del índice GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index), indica una baja autopercepción de salud entre las mujeres del “CAIS VILLA MUJERES”.

El GOHAI es un buen indicador para medir la calidad relacionada con la salud bucodental.

Es indudable que si la atención de salud tiene por objeto aumentar la capacidad funcional y el bienestar de la población, debe por ende integrar los datos sobre mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud bucodental en las historias clínicas, junto con el diagnóstico, el tratamiento y la atención de salud adecuados, es por eso, que este tipo de investigaciones pueden servir como un referente para brindar un espacio de mayor atención a este tipo de poblaciones.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍCAS

[1] Perspectivas del envejecimiento en México. Disponible en: http://envejecimiento.sociales.unam.mx/index.php?op=envejecimiento

[2] Osawa J. Estomatología geriátrica. 1ª. ed. México. Editorial Trillas, 1994. pp. 57, 94, 97.

[3]Ramos, Meza, Maldonado, Ortega, Hernández. Aportes para una Conceptualización de la Vejez. Revista de Educación y Desarrollo 11.Octubre-diciembre de 2009, pp 50-55.

[4] Salgado de Snyder VN, Wong R. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. Salud Pública en México, 2007; vol. 49, Suppl 4 S515-521

[5] Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática (INEGI). Disponible en: http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/español.

[6] Morales F, Temas prácticos en geriatría y gerontología Tomo III, 1 era edición, Editorial Universidad Estatal a Distancia, Costa Rica 2007. Pp. 75-110.

[7] Gift HC, Atckinson KH, Dayton M. Conceptualizing oral health and oral health-related quality of life. Soc Sci Med 1997; 5: 601-608.

[8] Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assesment Index. J Dent Educ 1990; 54:680-687.

[9] Gutiérrez RLM. La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento, en La situación demográfica en México. 2004:53-70. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/publicaniones/2004/sdm26.pdf

[10] Rice P. Desarrollo Humano, estudio del ciclo vital, editorial Pretence,2 da edición,1996.

[11] Crispían S, et al. La influencia de las enfermedades sistémicas en la salud bucal en adultos mayores. J Am Dent Assoc, Septiembre 2007, vol 138, no suppl 1, 7S-14S.

[12] Castrejón R. Salud Bucal en los Adultos Mayores y su Impacto en la Calidad de Vida. Instituto de Geriatría. 2007:258-270. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/26.pdf.

[13] Gonzales U, Grau J. La calidad de vida como problema de la bioética, Acosta JR ed. La Habana 1997;pp. 279-285.

[14] Montero Martín Javier. Calidad de vida oral en población general. Editorial de la Universidad de Granada, España, 2006, pp. 25-27

[15] Diccionario de la Lengua Española; 9° ed. Madrid: R. García-Pelayo; 2005.Espasa-Calpe.

[16] World Health Organization. Study protocol for the World Health Organization Project to Develop a Quality of Life Assesment instrument (WHOQOL). Qual Life Res. 1993; 2:153-159.

[17] Gift HC, Atckinson KH, Dayton M. Conceptualizing oral health and oral health-related quality of life. Soc Sci Med 1997; 5: 601-608.

[18] Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assesment Index. J Dent Educ 1990; 54:680-687.

[19] Gonzales U, Grau J. La calidad de vida como problema de la bioética, Acosta JR ed. La Habana 1997; 279-285.

[20]Romero YM. La salud bucal en el marco de las políticas públicas en Venezuela. ODOUS Científica. Vol. VI, No 2, Julio - Diciembre 2005. Pp 58-69.

[21] Sánchez S, Juárez T, Reyes H, de la Fuente-Hernández J, Solórzano F, García-Peña C. Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de

los ancianos para desempeñar sus actividades habituales. Salud Pública. 2007:49.

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

[23] World Health Organization. Study protocol for the World Health Organization Project to Develop a Quality of Life Assesment instrument (WHOQOL). Qual Life Res. 1993; 2:153-159.

[24] McGrath C. A study of the impact of oral health on the quality of life of older people in the UK- findings from a national survey. Gerodontology 1998.

[25] Rodas T, Moffatt A. Los habitantes de la calle. Charla 20, los chicos de la calle. Tomado 19 de marzo del 2009.disponible en:www.moffatt.com.ar

[26] Freixas A, Luque B. El ciclo vital: las vidas de las mujeres mayores a la luz de los cambios sociales. Revista de Pensament i anàlisi, Núm. 9. 2009. ISSN: 1130-6149 - pp. 59-80.

[27] Estébanez P. Desigualdad y salud. Medicina Humanitaria. Ed. Díaz de Santos, 2005, pp.709-723disponible en: http://books.google.com.mx/books=desigualdades++salud+oral+anciano.

[28] Huenchuan S, Soza Z. Red de apoyo y calidad de vida de personas mayores, *serie Notas de población*, Nº 77 (LC/G.2213-P), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía(CELADE) - División de Población de la CEPAL,2003.

[29]Mora M, Villalobos D, Araya G, Ozols A. Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. Revista MHSalud®.2004;1(1) Disponibleen:http://www.una.ac.cr/mhsalud/documents/ARTICULOMONICAMORA_017.pdf.

[30] Romero YM. La salud bucal en el marco de las políticas públicas en Venezuela. ODOUS Científica. Vol. VI, No 2, Julio - Diciembre 2005. pp. 58-69.

[31]Silva SRC, Castellanos Fernández RA. Self-perception of oral health status by the elderly. Rev Saúde Pública. 2001; 35(4):349-55.

[32] Duran AL y col. La salud del adulto mayor temas y debates. IMSS 2004, México, pp.157-189.

[33]Bortoletto A, Oliveira T. A cross-sectional study of oral health-related quality of life of Piracicaba's elderly population. Rev Odonto Ciênc. 2010; 25: 126-31.

[34] Jiménez FJ, Esquivel HR. Percepción de la funcionalidad dela cavidad bucal para alimentarse en adultos mayores. Rev. ADM2009; 65(1): 38-43.

[35] Westover W. Results of a Seniors' Oral Health Survey in Rural Alberta. Probe 1999; 33(2):57-62.

[36] Tsakos G, Marcenes W, Sheiham A. Cross-cultural differences in oral impacts on daily performance between Greek and British older adults. Community Dent Health 2001; 18:209–213.

[37] Cárdenas S, Vergara K, Ramos K. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. Rev.CLÍN MED FAM 2012; 5 (1):916.

13. ANEXOS

13.1. GOHAI (ANEXO 1)

Las preguntas que se realizan en este índice son las siguientes:

1.- ¿Limitó la clase o cantidad de alimentos debido a problemas con sus dientes o prótesis dentales?

2.- ¿Pudo tragar cómodamente?

3.- ¿Sus dientes o prótesis dentales le impidieron hablar del modo que usted quería?

4.- ¿Pudo comer lo que usted quería sin sentir molestias?

5.- ¿Evitó estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes o prótesis dentales?

6.- ¿Se sintió satisfecho o contento con la apariencia de sus dientes, encías o prótesis dentales?

7.- ¿Se preocupó o intranquilizó por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?

8.- ¿Se sintió nervioso o consiente debido a problemas con sus dientes, encía o prótesis dentales?

9.- ¿Se sintió incómodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?

10.- ¿Evitó reírse o sonreír debido a que sus dientes o prótesis dentales eran antiestéticas?

11.- ¿Ha tenido dolor o molestias alrededor de la boca?

12.- ¿Sintió sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces?

13.2 ÍNDICE CPOD (ANEXO 2)

ESTADO DE LA IDENTACIÓN

C	*Raíz*	**SITUACIÓN**
0	0	Satisfactoria
1	1	Cariado
2	2	Obturado, con caries
3	3	Obturado, sin caries
4	--	Perdido, como resultado de la caries
5	--	Perdido, por cualquier otro motivo
6	--	Fisura obturada
7	7	Soporte de puente, corona especial o funda/implante
8	8	Diente sin brotar (corona) o raíz cubierta
10	--	Traumatismo (fractura)
9	9	No registrado

Los criterios para el diagnóstico y codificación son:

0- Diente sano. Un diente sano es considerado sano si no muestra evidencia de caries clínica tratada o sin tratar. La etapas de la caries que preceden a la cavitación, así como otras condiciones similares a las primeras etapas de la caries, se excluyen, porque no pueden diagnosticarse con precisión. Así los dientes con los siguientes defectos, en ausencia de otros criterios positivos, deben ser codificados como sanos:

- Manchas blancas o blanquecinas;
- Decoloración o manchas rugosas;
- Cavidades pigmentados o / surcos y fisuras del esmalte, pero no presentan una base reblandecida perceptible, esmalte socavado, o reblandecimiento de las paredes;
- Áreas obscuras, brillantes, duras y fisuras del esmalte de un diente con fluorosis moderada a severa.

En caso de lesiones dudosas se registrará el diente como sano.

1- Diente cariado. Se considera que la caries está presente cuando una lesión en un surco, o fisura o sobre una superficie lisa (vestibular, lingual) presenta tejido reblandecido perceptible en la base, esmalte socavado o una pared reblandecida. También deben ser incluidos en esta categoría los dientes con restauración temporal. En las caries proximales el examinador debe asegurarse de que la sonda penetre en la lesión. Cuando exista alguna duda, no debe registrarse la caries como presente.

2- Diente obturado con caries. Un diente es catalogado como obturado con caries cuando contiene una o más restauraciones permanentes y una o más áreas cariadas. No se hace distinción alguna entre caries primaria y secundaria, (esto es, aunque una

lesión cariosa esté o no asociada físicamente con la(s) restauración (es).

3- Diente obturado sin caries. Los dientes son considerados como obturados sin caries cuando están presentes una o más restauraciones definitivas y cuando no hay caries secundarias (recurrentes) u otras áreas del diente con caries primaria. Se consideran también en esta categoría los dientes con corona colocada debido a caries previa. Un diente al cual se le ha colocado una corona por otras razones, no relacionadas a caries, por ejemplo, por trauma o por soporte de prótesis, se codifica como soporte de prótesis o corona especial, con el número 7.

4- Diente perdido debido a caries. Esta categoría es usada tanto para dientes temporales como permanentes, extraídos por caries. Para la dentición temporal este código debe ser aplicado sólo en sujetos, que están en una edad en la que la exfoliación normal no explica su ausencia.

En algunos grupos de edad, puede ser difícil distinguir entre dientes no erupcionados (código 8) y dientes extraídos. El conocimiento básico de la cronología de la erupción dentaria, el estado del diente contralateral correspondiente, la apariencia de la cresta alveolar en el área del espacio dentario en cuestión, y el estado de caries de otros dientes en relación a la caries dental, pueden proporcionar pistas útiles para hacer un diagnóstico diferencial entre los dientes no erupcionados y los extraídos. Se debe enfatizar que el código 4 no deber ser usado para los dientes considerados ausentes por cualquier otra razón que no sea caries.

5- Diente permanente perdido por otras razones. Este código se usa para dientes permanentes considerados como ausentes por razones congénitas o extraídos por razones ortodónticas, o debido

a un trauma, etc. Esta clasificación también se usa para dientes permanentes considerados como extraídos debido a enfermedad periodontal.

6- Fisura obturada. Se usa este código para dientes en los que un sellador de fisura ha sido colocado en la superficie oclusal, o para dientes en los que la fisura oclusal ha sido preparada para resina. Si un diente con sellador está cariado, debe ser codificado con el código 1 (cariado).

7- Soporte de puente o corona especial. Se usa este código para indicar que un diente forma parte de una prótesis fija, es decir es un soporte de prótesis. Este código también puede usarse para coronas colocadas por otras razones que no sean caries. Los dientes faltantes sustituidos por un puente se codifican con los códigos 4 ó 5, como otros dientes perdidos.

8- Diente no erupcionado. Esta clasificación se restringe a dientes permanentes y se usa sólo para un especio dental con un diente permanente no erupcionado pero sin presencia del diente temporal. Desde luego, los dientes clasificados como no erupcionados se excluyen de todas las estadísticas relacionadas con caries.

9- Dientes excluidos. Se usa este código para cualquier diente que no pueda ser examinado.

Índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPO-D). Los datos sobre el índice CPO-D se calculan de la siguiente manera:

1. Componente cariado, incluye todos los dientes clasificados con el código 1 y/o 2.

2. Componente perdido, comprende los dientes con el código 4 en individuos menores de 30 años de edad

y los dientes codificados 4 y 5 para individuos de 30 años y mayores.

3. Componente obturado, incluye solo los dientes con código 3.

La base para los cálculos de CPO.D es 32 dientes, incluyendo terceros molares.

13.3 ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS) (ANEXO3)

Greene y Vermillion crearon el índice de higiene oral simplificado. Este permite valorar de manera cuantitativa los diferentes grados de higiene bucal. Para ello se miden dos aspectos:

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

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

IHOS

DIENTE	**16v**	**11v**	**26v**	**36L**	**31v**	**46L**	**TOTAL**	**PROMEDIO**
Placa								( ).( )( )
Cálculo								( ).( )( )
								Total ( ).( )( )

Se asignan valores de acuerdo con los puntajes de los residuos y cálculo.

VALOR	*CRITERIO*
0	No hay presencia de restos o manchas.
1	Restos blandos y/o cálculo que cubren no más de un tercio de la superficie dental examinada o presencia de manchas extrínsecas sin restos a pesar del área cubierta.
2	Restos blandos y/o cálculo que cubren más de un tercio pero no más de dos tercios de la superficie dental expuesta.
3	Restos blandos y/o cálculo que cubren más de dos tercios de la superficie dental expuesta.

Los datos de cada persona o de una comunidad pueden obtenerse al calcular las medias del índice, y los resultados se valoran según la siguiente escala:

0.0-1.2 Buena higiene bucal.

1.3-3.0 Higiene bucal regular.

3.1-6.0 Mala higiene bucal.

ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITARIO (ANEXO 4)

Conocido por sus siglas en inglés (COMMUNITY PERIODONTAL INDEX OF TREATMENT NEEDS: CPITN), y también como Índice Periodontal de la Comunidad (IPC) como aparece en el Manual de Encuestas de la OMS.

Fue desarrollado por un grupo de trabajo a petición de la FDI/OMS, en 1979, como método de encuesta para investigar condiciones periodontales. Finalmente fue analizado y descrito en 1982 por Ainamo y colaboradores.

Para su realización se diseñó la Sonda de la OMS, la cual tiene como características ser de poco peso, con una punta esférica de 0.5 mm, con una banda negra de 2 mm, ubicada entre los 3.5-5.5 mm, y anillos a 8.5 y 11.5 mm de la punta esférica. Sus ventajas son simplicidad, rapidez en el examen y uniformidad internacional. Registra las condiciones periodontales más comunes y tratables: sangramiento e inflamación gingival, bolsa periodontal y cálculos. Nos da necesidades de tratamiento en las poblaciones.

Divide la boca en seis sextantes definidos por los dientes:

17-14, 13-23, 24,27

37-34, 33-43, 44,47

Un sextante sólo se debe examinar si hay dos o más dientes presentes que no están indicados para extracción. Los dientes que se consideran para la obtención del Índice son:

En los adultos de 20 años o más:

17 16 11 26 27

47 46 31 36 37

Los molares se examinan en pares, y solo se registra una calificación (la más altas) solo se registra una calificación para cada sextante. Los dos molares en cada sextante posterior se aparean para la anotación y, de faltar uno, no se realiza una sustitución. Sí no existe en el sextante los dientes índices que ameriten el examen, se examinan el resto de los dientes presentes en ese sextante y se anota la puntuación más alta como la correspondiente al sextante.

En el caso de las personas menores de 20 años, sólo se examinan seis dientes índices:

16 11 26

46 31 36

PUNTAJE CRITERIOS

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

Código 1. Sangrado observado durante o después del sondaje.

Nota: Si no se observan bolsas patológicas o cálculos pero aparece sangrado

después del sondaje suave, se registra el código 1 para el sextantes

Código 2. Cálculos u otros factores retentivos de la placa tales como coronas

Mal adaptadas o bordes deficientes de obturaciones.

Nota. Si no hay profundidad de bolsas que lleguen o pasen al área coloreada de la sonda INTPC pero es detectado cálculo supra o infragingival u otros factores retentivos de placa, se asigna el código 2.

Código 3. Bolsas patológicas de 4 ó 5, o sea cuando el margen gingival se encuentra en el área negra de la sonda.

Nota: si la bolsa más profunda encontrada en el diente o dientes designados en un sextante es de 4 ó 5 mm se registra el código 3, no hay necesidad para examinar cálculos o sangrado gingival.

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

Código X. Cuando solamente hay un diente presente o ninguno en un sextante (se excluyen los 3ros molares al menos que estos funcionen en lugar de los segundos molares. A esta modificación se realiza a fin de evitar la puntuación de alteraciones asociadas al proceso de exfoliación y erupción dentaria. Los segundos molares tienen alta frecuencias de falsas bolsas (no inflamatorias, asociadas a falsas bolsas).

A partir de los valores obtenidos se sacan los porcentajes y los promedios de sanos y afectados en la población para cada una de las condiciones o criterios. Algunos investigadores no recomiendan la obtención de promedios pues refieren que se pierde información necesaria para la planificación de tratamientos, lo cual es uno de los objetivos de su aplicación.