



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

RELACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA CON LA SALUD  
ORAL EN MUJERES DE UNA CASA DE RETIRO 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:

GABRIELA JAIME GONZÁLEZ

TUTORA: Mtra. ERIKA HEREDIA PONCE



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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



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.

*Dedicada especialmente a Don Fausto.*

*Quien desde que inicie la carrera estuvo al pendiente de mí, por permitirme aprender a tu lado la importancia de trabajar arduamente y luchar por lo más quiero. Por ser ejemplo de vida para todos nosotros.*

*Me hubiera encantado poder gozar de tu presencia en este día tan importante, pero sé que compartes mi alegría donde estás.*

*A Dios. Por permitirme culminar satisfactoriamente una de las etapas más importantes de mi vida, por demostrarme su gran amor todos los días. Por permitirme gozar milagros y bendiciones a lo largo de mi estancia en el DF. Por su infinito y más bello amor.*

*A mi madre. Por ser más que eso, por ser mi mejor amiga, colega y compañera de vida, por todo el amor y apoyo incondicional, por ayudarme a crecer a lo largo de mi carrera profesional, gracias por estar conmigo en todo momento. Gracias por la paciencia que has tenido para enseñarme, por todo el amor que me das. Gracias mamá por ser mi persona favorita.*

*A mi padre. Por estar conmigo, apoyándome siempre, por ser un excelente maestro, el pilar más importante, ejemplo de fortaleza y sabiduría. Por los consejos que han sido de gran ayuda para mi vida y crecimiento profesional. Por motivarme a superarme y ser mejor persona día a día. Te amo.*

*A mis hermanos. Por estar siempre en los momentos importantes de mi vida, compartiendo alegrías y tristezas, triunfos y derrotas. A Dani por la enorme paciencia que me tienes, por ayudarme y apoyarme en todo momento. A Ricardo por llenar de alegría y dicha mi vida, por estar al pendiente de nosotras.*

*Gracias por la confianza y las palabras de aliento.*

***A mi tía Angélica. Por el cariño y apoyo incondicional que siempre he recibido de ti, por tus consejos y bendiciones que hicieron el camino más fácil.***

*Eres ejemplo de vida y fortaleza, de entrega y generosidad y hoy, más que nunca, agradezco a Dios el tenerte a mi lado. Por ser una bendición enorme en mi vida, gracias.*

***A mis abuelitos y familia. Por el apoyo y la motivación que siempre encuentro en ustedes, por todo el amor y muestras de afecto que he recibido aún estando tan lejos, por sus oraciones, por compartir a mi lado cada uno de mis anhelos y aspiraciones desde pequeña, gracias por estar en otro momento importante. Son sin duda alguna, lo más valioso que Dios me ha dado.***

***A mis mejores amigos. Diana, Esmeralda, Eugenia, Paola, Sassel, Armando, Daniel, Ricardo y Rogelio por ayudarme a enfrentar los obstáculos con alegría, por ayudarme y escucharme, gracias porque cada uno de ustedes ha aportado algo maravillosamente significativo a mi vida a lo largo de estos 5 años. Gracias por emocionarse conmigo y compartir esta alegría.***

***A la maestra Erika Heredia Ponce. Por su ayuda, comprensión, confianza y sobretodo paciencia, gracias por tener la virtud de guiarme en este proyecto.***

***A la Universidad Nacional Autónoma de México. Por darme el honor de pertenecer a ella y brindarme la oportunidad de prepararme para mi vida profesional.***

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	7
2. MARCO TEÓRICO .....	9
2.1 ENVEJECIMIENTO .....	9
2.2 ENVEJECIMIENTO Y GÉNERO.....	11
2.3 ENVEJECIMIENTO Y NIVEL SOCIOECONÓMICO.....	13
2.4 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DEL ENVEJECIMIENTO.....	15
2.5 SALUD GENERAL EN EL ADULTO MAYOR.....	16
2.6 ESTADO DE SALUD ORAL EN ADULTOS MAYORES.....	18
2.7 CALIDAD DE VIDA.....	20
2.8 CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON SALUD ORAL .....	22
3. ANTECEDENTES .....	25
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	28
5. JUSTIFICACIÓN .....	30
6. OBJETIVOS .....	31
6.1 GENERAL.....	31
6.2 ESPECÍFICOS.....	31
7. HIPÓTESIS .....	32
8. MATERIALES Y MÉTODOS .....	33
8.1 TIPO DE ESTUDIO .....	33
8.2 UNIVERSO DE ESTUDIO .....	33
8.3 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	33
8.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	34
8.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	34
8.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	34
8.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL Y ESCALA DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES.....	34
8.5.1 VARIABLES SOCIOECONÓMICAS .....	34
8.5.2 VARIABLES DENTALES .....	35
8.5.3 CALIDAD DE VIDA .....	37

8.6 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	38
8.7 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN .....	38
8.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	38
<b>9. RESULTADOS</b> .....	<b>39</b>
<b>10. DISCUSIÓN</b> .....	<b>51</b>
<b>11. CONCLUSIONES</b> .....	<b>60</b>
<b>12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>62</b>
<b>13. ANEXOS</b> .....	<b>67</b>
13.1 ÍNDICE CPOD (ANEXO 1) .....	67
13.2 ÍNDICE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS) (ANEXO 2) .....	71
13.3 ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITARIA (ANEXO 3) .....	73
13.4 GOHAI (ANEXO 4) .....	76



## 1. INTRODUCCIÓN

Envejecer es un paso natural en la vida humana, existen diversos factores que determinan el proceso de envejecimiento en la población; entre los más destacados se encuentran los factores culturales, psicosociales y económicos.

El deterioro de la salud física y mental está estrechamente relacionado con la percepción de salud, el gozar con un bienestar físico, mental y social no es igual para todas las personas o grupos y clases sociales.

En la mayoría de los países del mundo, la esperanza de vida de las mujeres es mayor, por lo que no debemos ignorar el desafío que representa este hecho para los sistemas de salud. En los últimos años este proceso ha tenido mayor impacto en los países desarrollados como consecuencia del incremento que existe en la longevidad de las personas.

Las condiciones económicas influyen en la salud general de los ancianos, condicionando también la salud oral.

El envejecimiento de la población y la salud bucodental es un reto para los servicios de salud; existe una tendencia a homogeneizar a las personas mayores ignorando su diversidad cultural, económica y social. De igual manera el envejecimiento se da de manera diferente entre hombres y mujeres, siendo este último un grupo con mayor vulnerabilidad debido a las circunstancias sociales en las que se encuentra; es aquí donde radica la importancia de estudiar el envejecimiento por género, evaluando si existe una influencia significativa en la salud oral con base a la calidad de vida sabiendo que la calidad de vida tiene diferentes perspectivas para cada estrato social.

Desafortunadamente vivimos en una sociedad donde ser mujer representa una desventaja social, por tanto, es muy común observar entre las adultas mayores

desigualdades en género; donde las perjudicadas son aquellas cuya circunstancia económica y social se encuentra desprovista.

Si bien es sabido que la salud oral juega un papel importante para la salud general del organismo, es importante conocer el deterioro que existe en el estado de salud oral, debido a que existe una relación directa con el estilo de vida, la cual repercute de manera significativa en la calidad de vida.

Las alteraciones bucales son frecuentes conforme avanza la edad, pero no debe suponerse que son producto del envejecimiento, ya que se puede contar con un óptimo estado de salud bucodental al llegar a la vejez, dependiendo el estilo de vida que se ha llevado.

De tal manera que el objetivo del presente estudio es determinar la relación que existe entre la calidad de vida y la salud oral en mujeres con un nivel socioeconómico alto, que habitan en una casa de retiro en la Ciudad de México.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso continuo, universal, declinante, heterogéneo e irreversible que determina una pérdida progresiva en la capacidad de adaptación.<sup>1,2</sup>

El envejecimiento humano se caracteriza por las siguientes determinantes: a) *Universal*. Afecta a todos los seres vivos, siendo la etapa final de su ciclo vital. b) *Progresivo*. Es un proceso acumulativo. c) *Dinámico*. Se encuentra en constante cambio y evolución. d) *Irreversible*. No se puede detener, ni revertirse. e) *Declinante*. Las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte. f) *Heterogéneo e individual*. El proceso del envejecimiento no sigue un patrón establecido, tiene una característica propia en cada individuo.<sup>1</sup>

En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a estrés, se revela la pérdida de reserva funcional.<sup>2</sup>

Lo anterior mencionado puede expresarse de dos maneras sobre el organismo: envejecimiento normal o primario y envejecimiento patológico o secundario. El primero se refiere a los cambios derivados del propio paso del tiempo, mientras que el segundo se caracteriza por la presencia de enfermedades o discapacidades, además de los cambios propios que conlleva el proceso de envejecimiento.<sup>1</sup>

Desde el punto de vista funcional se puede clasificar al adulto mayor en cuatro grupos: 1) *Autovalente*, aquella persona capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria.

2) *Autovalente con riesgo*, cuando existe un aumento de la susceptibilidad a la discapacidad; es decir, alguna patología crónica. 3) *Dependiente*, cuando existe alguna restricción física o funcional que limita el desempeño de las actividades diarias. 4) *Postrada o terminal*, aquella persona con restricción física y mental, incapaz de realizar actividades básicas.<sup>1</sup>

## 2.2 ENVEJECIMIENTO Y GÉNERO

El envejecimiento no es un proceso que se deba estudiar basado únicamente en la edad, se debe tener en cuenta que existen diversos factores, tanto colectivos como individuales por considerar; es decir, no es lo mismo envejecer siendo mujer que siendo hombre, como tampoco tiene las mismas características envejecer siendo miembro de un país desarrollado que de un no desarrollado.<sup>2</sup> Es necesario conocer las características del proceso de envejecimiento, siendo de interés el área de salud, ya que ésta es significativa en la percepción del bienestar en el adulto mayor, relacionando calidad de vida con factores sociales, económicos y personales.<sup>1</sup>

Mujeres y hombres desean llegar a la vejez contando con salud. Es importante hacer una diferenciación en género. Como se mencionó anteriormente, el proceso de envejecimiento varía dependiendo de diversos factores, entre ellos el nivel socioeconómico, el rol sexual, nivel cultural, entre otros. El envejecimiento femenino representa un objeto de estudio para muchos autores que pretenden determinar la percepción y adaptación que tienen las mujeres referente al envejecimiento, las cuales se interrelacionan con las condiciones de vida y experiencias vividas. Cada mujer ve el envejecimiento de una manera diferente dependiendo el rol social en el que se encuentre, teniendo así la posibilidad de ver el proceso de manera positiva y objetiva o bien con algunas limitaciones.

Un problema que afecta a algunas mujeres de edad madura, es ver el envejecimiento como un acontecimiento lejano, por lo que no llegan a aceptarlo con agrado y cuando alcanzan esta etapa les cuesta trabajo adaptarse a los cambios.

Si bien estos cambios son difíciles de asimilar, la actitud que la sociedad ha tomado respecto al tema de la vejez ha afectado el concepto que se tiene de esta etapa, interpretando y dando por hecho que el envejecer es sinónimo de condiciones de déficit y de algunas limitaciones.

Esta percepción negativa se ve reflejada en la ausencia de educación gerontológica que desgraciadamente impide ver esta etapa como un periodo que puede proporcionar satisfacciones en la vida senil. En lugar de preocuparse por el hecho de envejecer, deberían ver este proceso de manera integral, interpretando adecuadamente los cambios que están por acontecer.

Cuando una mujer cubre sus ciclos de manera integral, resulta difícil que pueda tener una respuesta negativa a la aceptación de llegar al envejecimiento. El problema de envejecer, radica básicamente en la problemática que existe a nivel familiar, generalmente en el núcleo social en el que se desenvuelven.

Wong menciona que debido a que las mujeres tienen una esperanza de vida más alta que los hombres, es mayor la cantidad de hombres que viven casados en comparación con las mujeres; a diferencia de esto, la cantidad de mujeres viudas es mayor para este grupo que para los hombres.<sup>3</sup>

## 2.3 ENVEJECIMIENTO Y NIVEL SOCIOECONÓMICO

Existe una diferencia muy marcada entre envejecer habiendo disfrutado de una buena educación, contando con acceso a la cultura y a los sistemas de salud y envejecer careciendo de estos servicios, viviendo con limitaciones y pobreza.

A partir de los años sesenta del siglo XX, las mujeres tienen una participación en el mundo laboral, accediendo a la disposición y administración de sus bienes; propiciando una transformación radical que modificó la posición de las mujeres en el mundo, y en consecuencia, lograron planear en gran medida lo que será su vida como mujeres adultas mayores, al disponer de un mayor nivel educativo, de salud y de recursos económicos, propiciando una vejez suficientemente confortable.<sup>5</sup>

Wong y Espinoza mencionan que existen bajos niveles de cobertura de seguridad social para apoyar la vejez, lo que implica que el papel del trabajo individual y los negocios familiares sean fuentes de apoyo económico importante para los adultos mayores en los países desarrollados.<sup>3</sup>

Es común encontrar mujeres laborando hasta una edad comprendida entre los 60-65 años, debido a que han tenido mayores oportunidades de adquirir una preparación profesional. Actualmente la mujer tiene mayor aportación en la economía familiar, esto tiene como consecuencia una vida con mayor estrés, si se considera, que además tiene la responsabilidad de atender de alguna forma a la familia, lo cual, es una tarea que a la mujer se le ha atribuido y que aunque hombres y mujeres concurren en la participación económica, se insiste en que son ellas las que tienen mayor carga en el cuidado del hogar y la atención a los hijos.

Es importante mencionar que una mujer profesionalista tiene mayores oportunidades a diferencia de aquellas que debido a situaciones adversas no cuentan con un estado socioeconómico favorable.

Podemos considerar que algunas de las mujeres mayores disfrutarán de pensiones de jubilación que les permitirán vivir los últimos años de su vida de manera placentera.

Zúñiga considera que el envejecimiento implica un incremento en el monto de los recursos destinados al cuidado de la población en edades avanzadas, lo que significa que se dispondrá de menores montos para invertir en otros ámbitos.<sup>6</sup>



## 2.4 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DEL ENVEJECIMIENTO

Uno de los hechos más significativos de este siglo, ha sido la progresiva longevidad de la población que, en el caso de las mujeres, sitúa su esperanza de vida en poco más de un lustro por encima de la de los hombres.<sup>4</sup>

El número de personas que en el mundo rebasa la edad de 60 años aumentó a 700 millones en la década del año 90 del siglo XX, mientras que para el año 2025 se estima que existirán alrededor de 1 200 millones de ancianos.<sup>5</sup>

El envejecimiento de la población es uno de los mayores retos para la sociedad mexicana, debido al incremento de la población en edades avanzadas, el cual inició a mediados de los noventa y continuará durante toda la primera mitad del siglo XXI, primero a un ritmo moderado y después en forma más acelerada, hasta alcanzar 28 por ciento de la población en el año 2050.<sup>6</sup>

La demografía mexicana del siglo XXI, al igual que en muchos otros países del mundo, se caracterizará por un acelerado envejecimiento demográfico que puede apreciarse en el gradual incremento previsto de la edad media en la población: de casi 27 años en 2000, a 37 años en 2030 y a poco menos de 43 años en 2050.<sup>7</sup>

El crecimiento demográfico de los adultos mayores continuará acelerándose, lo que exigirá cambios en todos los ámbitos de la vida social e institucional. El Consejo Nacional de Población, estima que dicho crecimiento aumentará de menos de 8 millones en 2002 a 22.2 millones en 2030 y a 36.2 millones en 2050.<sup>7</sup>

## 2.5 SALUD GENERAL EN EL ADULTO MAYOR

Para los adultos mayores, el contar con una protección social, les permite tener mayor acceso a servicios de salud debido a que trabajan para el gobierno, o en su defecto, existen mujeres cuyo cónyuge cuenta con dicho servicio y de esta manera pueden ser derechohabientes y obtener este beneficio de manera indirecta. Este tipo de personas que cuentan con mejores oportunidades, cuidan más su estado de salud general acudiendo a instituciones de gobierno que les proporcionan atención, y en muchas ocasiones cuentan con el capital suficiente para gozar de un servicio particular.

Lamentablemente, en personas con un nivel socioeconómico bajo, el acceso a los servicios de salud se ve disminuido en gran medida, repercutiendo así en su salud física, mental y emocional. La razón por la que el estilo de vida es desfavorable en la vejez en este tipo de personas, se debe en gran medida a las limitaciones que han tenido desde el nacimiento, teniendo restricciones culturales, en educación y en programas de salud mayormente.

Analizando dichos factores se puede saber si el estilo de vida será favorable en un futuro; es decir, si desde temprana edad se inculcaron hábitos benéficos para la salud general como dieta saludable, actividad física constante, abstinencia en el consumo de tabaco, alcohol o drogas, actividad sexual responsable, se verá reflejado a largo plazo.<sup>19,8</sup>

Todos estos elementos son importantes, ya que están íntimamente ligados al estilo de vida que llevarán en la última etapa de su vida.

La Unidad de Envejecimiento y Salud de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) señala en el programa “Mujer Salud y Desarrollo”, que existen diversos factores que se deben tomar en cuenta cuando se habla de salud en mujeres de mayor edad, entre ellos se encuentran el estilo de vida, el trabajo,

protección social, responsabilidades de atención a la familia, estado socioeconómico, estado civil, acceso a los servicios de salud, historia clínica, salud fisiológica y salud mental.<sup>9</sup>

Las enfermedades que afectan a las personas mayores son el Alzheimer, cataratas, diabetes tipo II, glaucoma, osteoporosis, enfermedad de Parkinson e incontinencia urinaria principalmente, de igual manera se encuentran cáncer y enfermedades cardiovasculares.<sup>3,10</sup>

Continuamente las personas mayores sufren enfermedades crónicas, éstas no significan inutilidad o incapacidad, las personas pueden continuar con sus actividades debiendo siempre estar bajo control médico.

## 2.6 ESTADO DE SALUD ORAL EN ADULTOS MAYORES

El estado de salud oral es importante, porque repercute en el estado de salud general de los individuos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera entre las principales enfermedades de la cavidad bucal, la caries dental y las enfermedades periodontales como las más prevalentes. Otras patologías como las anomalías craneofaciales y maloclusiones, tienen una frecuencia media, mientras que el cáncer bucal, las alteraciones de tejidos dentales, los traumatismos maxilofaciales y la fluorosis dental son de frecuencia variable.<sup>11</sup>

El Instituto Mexicano del Seguro Social sostiene que “un problema bucal se puede definir como toda aquella alteración de cualquier órgano o tejido, blando o duro, dentro de la cavidad bucal o en su periferia que limite la actividad mermando la nutrición, comunicación, expresión, aparezcan molestias o dolor; en pocas palabras, que deterioren la calidad de vida.”<sup>12</sup>

Sáenz destaca que, en los países altamente desarrollados, el edentulismo ha disminuido, siendo la caries radicular, el principal problema que enfrentan las personas mayores.<sup>13</sup>

Entre los cambios más característicos que se encuentran en boca, se encuentran: atrofias en la mucosa oral, disminución de secreción salival, cambios de tamaño y forma en los tejidos gingivales, cambios en la estructura dental debido al desgaste y a sustancias con contenidos químicos y colorantes, también puede presentarse anquilosis debido a la edad, o bien movilidad dental ocasionada por enfermedad periodontal; presencia de caries, principalmente caries radicular y lesiones orales de tipo viral. A nivel articular se puede presentar atrofia asociada a problemas masticatorios, entre otras.<sup>14</sup>

El estado de salud dental viene determinado por las enfermedades dentales y por el tratamiento que dichos pacientes han recibido a lo largo de su vida. Recordando, que la asistencia dental de los actuales ancianos ha estado mayoritariamente centrada en la extracción dental. Siendo ésta, la principal causa del bajo número de dientes remanentes.

Actualmente, un 90% de las personas mayores de 65 años están parcialmente edéntulas y el 34% lo está completamente.<sup>15</sup> Además, el estado de salud de los dientes remanentes es muy pobre, con importantes problemas de caries y de enfermedad periodontal. Así mismo, los cambios que sufren con el envejecimiento los dientes y sus estructuras de soporte, originan un aumento de los problemas dentales; de los cuales, son de mayor relevancia en el anciano la caries radicular, la enfermedad periodontal y prótesis dentales desajustadas debido a pérdida ósea.<sup>14</sup>

A nivel de salud bucal, también se presentan cambios sobre los tejidos orales y funciones, y cambios secundarios a factores extrínsecos, incrementándose la pérdida de dientes debido a la enfermedad periodontal, caries y lesiones de la mucosa oral. Otros factores generales como el uso de medicamentos, el alto costo de la atención en salud, el nivel educativo y la clase social pueden comprometer la salud del adulto mayor.<sup>16</sup>

## 2.7 CALIDAD DE VIDA

El interés por la calidad de vida ha permitido que numerosos autores centren su atención en este estudio. La palabra *Calidad de Vida*, según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 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. Espacio de tiempo que transcurre desde el nacimiento de un ser vivo hasta su muerte.<sup>17</sup>

El término calidad de vida se concibe actualmente como un constructo compuesto por una serie de dominios, siendo sujeto de numerosas definiciones, una de ellas es la dada por Felcey Perry, quienes la describen como: la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.<sup>29</sup>

El término “calidad de vida”, se refiere a una evaluación de todos los aspectos de nuestras vidas, lo que incluye por ejemplo, el lugar donde vivimos, el modo como nos comportamos, la satisfacción laboral, etc. La calidad de vida relacionada con la salud abarca sólo aquellos aspectos de nuestras vidas que están dominados o influenciados de modo significativo por la salud personal.<sup>18</sup>

En 1991, la OMS definió la calidad de vida como “la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto sociocultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”, los cuales están relacionados entre sí, de forma compleja, con la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales y las creencias religiosas.<sup>9</sup>

Los adultos mayores son un grupo vulnerable, debido a que la calidad de las oportunidades de las condiciones de vida empeora a medida que envejecen.

La calidad de vida se puede estudiar de manera subjetiva u objetiva; es decir, la primera haciendo referencia al concepto de bienestar con la vida, y de manera objetiva relacionada con aspectos sociales, físicos y psíquicos. La interacción de ambas determina la calidad de vida, por lo que, como menciona Fernández-Ballesteros, el concepto de calidad de vida debe incluir tanto las condiciones subjetivas relacionadas con la evaluación o apreciación del sujeto, como las objetivas, es decir, las condiciones materiales evaluadas independientemente del sujeto. De tal forma que para estudiar la calidad de vida, se debe considerar tanto la apreciación subjetiva que el sujeto hace de su vida, como la medición de sus condiciones objetivas.<sup>19</sup>

Para que exista un bienestar, debe haber un equilibrio donde se incorporen de manera integral la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y sus relaciones con el medio ambiente. De ahí que parece apropiada la propuesta que realiza la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la ha definido de manera incluyente: “La calidad de vida es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses”.<sup>20</sup>

## 2.8 CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD ORAL

La calidad de vida relacionada con la salud oral ha sido estudiada principalmente en los adultos mayores, probablemente debido al interés general por este grupo de edad, el cual ha presentado un acelerado crecimiento en las últimas décadas en la mayoría de los países.<sup>21</sup>

Las perspectivas varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar. Los estudios de investigación sobre salud, deben incluir el estado de salud bucal (SB) como un componente del estado general de salud.<sup>22</sup> La salud oral no puede separarse de la salud general. Se sabe que los desórdenes orales, tienen un profundo impacto en la calidad de vida del anciano, ya que influyen en su salud física y en el rol social.

La disminución de la tasa de natalidad y la mejora en las prestaciones de los servicios de salud, son algunas causas del progreso en la calidad de vida, sin embargo, el panorama bucodental varía según el país y los factores socioeconómicos, geográficos y culturales del mismo.

Algunos cambios durante el envejecimiento en la cavidad oral, se consideran normales, tales como el oscurecimiento y desgaste de los dientes. Otros cambios se presentan como consecuencia de algunas enfermedades, por ejemplo la periodontitis o la xerostomía, relacionada con el uso de algunos medicamentos.<sup>7</sup>

Montero menciona que algunos equipos vinculados a la Salud Pública Dental habían confeccionado una serie de cuestionarios encaminados a valorar el efecto que las condiciones orales producen en el bienestar físico, psicológico y social, teniendo como referentes cuestionarios de calidad de vida general.<sup>23</sup>



En las últimas tres décadas, diversos investigadores han elaborado instrumentos para valorar la calidad de vida relacionada con la salud bucal.

En la conferencia sobre medidas de salud oral y calidad de vida realizada en Chapel Hill, en 1996, se revisaron 11 de estos instrumentos, que pueden ser autoadministrados o aplicados por un entrevistador. Los más utilizados son el *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI), *Oral Health Related Quality-of-Life* (OHQoL), *Oral Impacts on Daily Performances* (OIDP), Perfil de Impacto de Salud Oral (*Oral Health Impact Profilek* [OHIP-14]), y *Osteoporosis Quality of Life Questionnaire* (OQLQ).<sup>24</sup>

En la población de adultos mayores los más empleados han sido el GOHAI y el OHIP-14.<sup>11</sup>

## **GOHAI**

Los trastornos bucales tienen un efecto significativo en el bienestar y la satisfacción con la vida de los individuos. El Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), ha sido diseñado para medir los problemas de salud bucal de los adultos mayores.<sup>25,26</sup> El instrumento muestra un alto nivel de consistencia interna y confiabilidad en todas las edades por lo que recientemente ha sido utilizado en adultos jóvenes y se ha recomendado que se cambie el nombre por el de General Oral Health Assessment Index (GOHAI).<sup>25</sup>

Se ha utilizado el Índice de Salud Oral Geriátrico del impacto de la salud oral en la calidad de vida de los adultos mayores, evidenciando que, una baja auto percepción de calidad de vida, se encuentra directamente relacionada con un pobre estado de salud bucal.<sup>27</sup>

El Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI) también está diseñado para estimar el grado de impacto psicosocial asociada a enfermedades orales, y está siendo probado como una medida de resultado para evaluar la efectividad del tratamiento dental. La medida, basada en una definición centrada en el

paciente de salud oral para adultos mayores, incluye artículos sobre ausencia de dolor, infección y la capacidad del paciente para continuar en sus funciones sociales. Esta definición de la salud centrada en el paciente, diverge de medidas epidemiológicas centrada en la enfermedad y la salud (presencia o ausencia de enfermedad) tradicionalmente utilizada en odontología.<sup>28</sup>

Este instrumento consiste en un cuestionario compacto de solo 12 preguntas, que aumenta las probabilidades de que sea contestado en forma completa. Para evaluar los problemas relacionados con la salud oral se propusieron tres dimensiones: 1) función física que influye en comer, hablar, deglutir; 2) función psicosocial incluyendo preocupación por su salud oral, insatisfacción con la apariencia, autoconciencia acerca de la salud oral y dificultad en el contacto social debido a problemas orales; 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 autopercepción de la salud oral.<sup>29</sup>

### 3. ANTECEDENTES

El estudio de la salud y el impacto que tiene la calidad de vida sobre esta es un tema que se ha estudiado a lo largo del tiempo. La vulnerabilidad económica, repercute en gran medida en el impacto que tiene la calidad de vida con la salud oral.<sup>30</sup>

En un estudio realizado por Wong y cols, se encontró que un poco más de la mitad de los ancianos vive en hogares nucleares y la propensión a vivir solos o en hogares extendidos es mayor para los de mayor edad y para las mujeres más que los hombres. Respecto a la evaluación de la salud, el deterioro es mayor para las personas de 60 años o más y tiende a ser mayor en el área rural que en la urbana.<sup>31</sup>

Garay menciona que debido a que la esperanza de vida es mayor para las mujeres que para los hombres, el envejecimiento se da de manera diferente dependiendo el género, ya que las mujeres se encuentran en un estado de vulnerabilidad mayor que el de los hombres, debido a que las oportunidades de trabajo se ven reducidas.<sup>32</sup> De igual manera un estudio realizado en una casa de descanso donde se tienen adultos mayores, tanto hombres como mujeres, se encontró con que el nivel socioeconómico es decisivo para contar con una buena calidad de vida, de igual manera en este estudio se comparó el estado de salud bucal que presentaban.<sup>33</sup>

En un estudio de incidencia de la caries radicular en una población de adultos mayores en Canadá, realizado por Locker D. encontró que el uso de prótesis parciales, el hábito del tabaco, la mala higiene y las lesiones periodontales incrementan el riesgo a desarrollar caries.<sup>34</sup> Todos estos factores influyen en gran medida en el estilo de vida que lleva cada individuo, en la vejez estos factores son determinantes para conocer la relación que tiene la calidad de vida con la salud oral.

En los últimos años, la salud oral ha empeorado en ancianos institucionalizados. El que no exista la facilidad de poder contar con una consulta odontológica, juega un papel muy importante en la salud oral, ya que existe un incremento en el riesgo a desarrollar enfermedad bucal.<sup>35</sup>

Tal como lo menciona Borges, las alteraciones del estado nutricional de los ancianos se pueden agravar debido a los problemas de salud bucal y a los problemas sociales, económicos y emocionales inherentes en esta etapa, es por esto, que se considera que existe un mayor riesgo a desarrollar alguna enfermedad, como se mencionaba anteriormente.<sup>36</sup>

Desgraciadamente, en México no se cuenta con información suficiente sobre el estado de salud oral en personas de la tercera edad, tal como lo menciona Velázquez en un estudio realizado, cuyo propósito fue estimar la prevalencia y severidad de caries dental, así como el estado de salud periodontal, encontró que existe un importante deterioro en la salud bucal. No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres, pero se observó que entre mayor sea la edad, menor el número de dientes obturados.<sup>37</sup>

De acuerdo con esto, Jiménez estudió la relación que existe entre la percepción que tiene cada individuo de su salud oral y el bienestar que presentan, en donde encontró que existe un deterioro que provoca un impacto grande en el bienestar de los ancianos.<sup>38</sup>

Según la literatura, estudios que hablan sobre la autopercepción muestran una relación con factores clínicos, tales como número de dientes cariados, perdidos y/o obturados; y factores subjetivos como: síntomas de dolor e incapacidad de comer o masticar. Y no se deben excluir los factores como: la clase social y sexo, que son importantes tomar en cuenta cuando hablamos de percepción de salud.<sup>39</sup>

Dado que la calidad de vida se encuentra íntimamente relacionada con la salud oral de los ancianos, diversas investigaciones de la OMS demuestran que las personas que participan en grupos sociales, mantienen una calidad de vida superior a los que se encuentran aislados.<sup>40</sup>

De igual manera lo considera Pszemirowe, quien menciona que el tener relaciones afectivas significativas prolonga la vida de los ancianos.<sup>40</sup>

En un estudio realizado por Scott, donde se midió la disparidad y desventaja que existe en dos grupos socioeconómicamente diferentes, se encontró que existe una diferencia significativa en el estado de salud oral en la población que presenta un nivel socioeconómico alto a diferencia de aquellos cuyo nivel es bajo.<sup>41</sup>

Por otra parte, Cohen estudió la calidad de vida relacionada con la salud oral en un grupo de África, donde encontró que las condiciones sociales, se encuentran claramente asociadas a la percepción negativa que han tenido adultos mayores a lo largo de su vida. Se estudió principalmente a mujeres con bajos recursos y con una educación pobre, encontrando que la calidad de vida es muy baja.<sup>42</sup>

## 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento es un proceso natural e inevitable; sin embargo, la forma como se envejece y el significado de este proceso, son características que se construyen socialmente y varían de una cultura a otra. En México existe diversidad cultural, siendo esta un factor determinante en el envejecimiento, ya que este no sólo varía dependiendo el género, sino que también se toman en cuenta aspectos socioeconómicos de la población. De forma similar, este proceso implica una serie de experiencias que son necesariamente diferenciadas, entre otros factores, por la condición de género, entendida como los roles y comportamientos culturalmente asumidos para hombres y mujeres.

La situación de vulnerabilidad social y económica de la población adulta mayor se explica, porque la mayoría ha dejado de estar inserta en el proceso laboral y/o no cuenta, necesariamente, con apoyos familiares, sociales o económicos suficientes, constantes y adecuados.

El envejecimiento ha ocasionado que las enfermedades crónicas y degenerativas vayan en aumento en los últimos años, con esto se ve afectada la salud general y la salud oral de los adultos mayores. Uno de los principales objetivos que aqueja al sector salud, es brindar mayor atención al adulto mayor, mejorando así la calidad de vida. En el ámbito odontológico, la problemática no es diferente, ya que existe una relación directa entre la calidad de vida y la salud oral.

Sería lógico suponer que las mujeres adultas con un nivel socioeconómico alto gozan de ciertos privilegios que las hace menos vulnerables a padecer enfermedades, y que su calidad de vida sería buena debido al acceso a los servicios de salud de los que han gozado a lo largo de su vida. Sin embargo se desconocen las razones por las que este grupo de la población presenta deterioro.

Por lo anteriormente expuesto, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe asociación entre el impacto psicosocial de la calidad de vida, con la salud oral en mujeres con un nivel socioeconómico alto, en una casa de retiro en la Ciudad de México?

## 5. JUSTIFICACIÓN

Si bien se sabe que el envejecimiento supone cambios con consecuencias estructurales, económicas y sociales, las mejoras en los servicios de salud y las innovaciones tecnológicas en procesos de diagnóstico y tratamiento, han permitido el incremento significativo en la esperanza de vida al nacer, a pesar de que todavía se observan diferencias por condición socioeconómica, de género y etnia.

Existe un crecimiento demográfico que ha permitido que la esperanza de vida aumente, dicho aumento ha propiciado que existan mejores y peores condiciones de vida, dependiendo del nivel socioeconómico en el que se encuentre, lo cual está relacionado con la calidad de vida de cada persona, que va a repercutir en gran medida en la salud general y la salud oral que presente en su envejecimiento.

Es de suma importancia conocer la relación que existe entre la salud oral y la calidad de vida, es por eso que, no sólo se deben estudiar los cambios que ocurren durante el envejecimiento, sino que, se deben conocer las repercusiones que estos cambios van a tener en la salud oral de las mujeres adultas.

Dado que el incremento de ancianos es mayor y las condiciones de salud no siempre son tan favorables, a través de este tipo de investigaciones se puede conocer la percepción de los sujetos en relación a la salud oral, y proponer e implementar estrategias para que las futuras generaciones tengan mejores condiciones de vida.



## **6. OBJETIVOS**

### **6.1 GENERAL**

- Determinar la relación de la calidad de vida con la salud oral en mujeres con un nivel socioeconómico alto de una casa de retiro en la Ciudad de México.

### **6.2 ESPECÍFICOS**

- Comparar la calidad de vida relacionada con la salud oral a través del GOHAI con el perfil sociodemográfico (grupos de edad, lugar de nacimiento, estado civil, nivel de escolaridad, fuente de ingreso, percepción de la salud) en mujeres con un nivel socioeconómico alto de una casa de retiro en la Ciudad de México.
- Comparar la calidad de vida relacionada con la salud oral a través del GOHAI con las variables dentales (higiene oral, estado de la dentición, enfermedad periodontal, uso de prótesis, edentulismo, entre otras) en mujeres con un nivel socioeconómico alto de una casa de retiro en la Ciudad de México.

## 7. HIPÓTESIS

Ha. Las mujeres residentes de la casa Mater perciben una buena calidad de vida relacionada con la salud oral.

Ho. Las mujeres residentes de la Casa Mater perciben una mala calidad de vida relacionada con la salud oral.

## 8. MATERIALES Y MÉTODOS

### 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 incluyó al total de las mujeres pertenecientes a la residencia Mater que desearon participar.

#### **Residentes de la “Casa Mater”**

La residencia Mater es un hogar para mujeres que se encuentran solas, ubicado en un terreno de más de 15,000m<sup>2</sup> por la zona del Pedregal, en la Ciudad de México, el cual se comenzó a visualizar desde 1964 por la Asociación de ex alumnas del Colegio del Sagrado Corazón de la Ciudad de México, sin embargo fue hasta 1981 que residencia Mater, abre sus puertas estando al frente de la Directiva *Elena White de la Peña*.

En residencia Mater no hay una edad fija para que las mujeres, ya sean solteras o viudas, puedan ser admitidas, ya que el requisito principal es que sean mujeres en soledad, las cuales deben acudir por su propia voluntad, hay una edad promedio que es de 84 años, la religión es católica, sin embargo, no es un requisito indispensable para ingresar.

Dentro de la residencia hay actividades recreativas, las cuales son muy variadas, por ejemplo, gimnasia, cine los sábados, conferencias, convivencias,

y un jueves del mes se hace una reunión entre todas en el patio de las sombrillas.

Las mujeres que allí habitan, tienen la libertad de salir sin ninguna restricción, así que ellas pueden salir a trabajar, tomar cursos, ir al cine, al teatro, o salir de vacaciones. Y no hay una hora límite de llegada.

## **8.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **8.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Residentes dentadas o desdentadas que desearon participar en el estudio.

### **8.4.2 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**

### **8.5.1 VARIABLES SOCIOECONÓMICAS**

- **Grupo de 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 y 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: sí, no.
- **Nivel de Escolaridad:** Grado máximo de estudios alcanzado. La información se registrará como: Analfabeta y educación primaria, educación media y superior.
- **Fuente de ingreso:** Percepción de ingresos económicos. La información se registrará como: pensión/hijos, no recibe ingresos.
- **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.

## 8.5.2 VARIABLES DENTALES

- **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.
- **Estado de la dentición:** Es el promedio de dientes cariados, perdidos y obturados. Se registrará de acuerdo al índice CPOD (Anexo1).
- **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.
- **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 2). Se registrará como buena/regular, deficiente.

- **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 3).
- **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 como sí, no.
- **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) con sí, no.
- **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.

### 8.5.3 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 (Anexo 4).

## **8.6 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Se revisó una base de datos que incluía entrevistas a las residentes. La base incluía datos sociodemográficos, y de utilización de los servicios de salud bucodental, y la autopercepción de salud bucal y la calidad de vida relacionada con la salud oral a través del 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.

## **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

En la tabla 1 se muestra el perfil sociodemográfico de la población, se revisó a un total de 92 mujeres de la residencia Mater, con un rango de edad de 60 a 90 años. El promedio de edad entre las mujeres fue de 81 años  $\pm$  6,838.

Se encontró que el 51,1% son solteras y/o divorciadas, aunque un gran porcentaje de ellas son viudas (44,6%). El 69,6% nacieron en una comunidad urbana, la mayoría en el Distrito Federal. El 100% saben leer y escribir donde el 25% tuvieron una escolaridad media o superior.

En cuanto al ingreso económico todas tienen como fuente de ingreso la pensión y/o ayuda de sus hijos, muchas de ellas cuentan con alguna herencia, renta o tienen algún trabajo actualmente.

**Tabla 1. Frecuencia y distribución del perfil sociodemográfico de las residentes de la Casa Mater.**

Variable	n= 92	%
<b>Grupo de edad</b>		
60-70 años	7	7,6
71-80 años	23	25,0
Más de 80 años	62	67,4
<b>Estado civil</b>		
Casado	4	4,3
Soltero/divorciado	47	51,1
Viudo	41	44,6
<b>Lugar de nacimiento</b>		
Urbano	64	69,6
Rural	28	30,4

Variable	n= 92	%
<b>Sabe leer y escribir</b>		
Si	92	100,0
No	0	0
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Analfabeta y educación primaria	23	75,0
Educación media y superior	69	25,0
<b>Fuente de ingreso</b>		
Si	92	100,0
No	0	0

La tabla 2, representa la percepción de salud que tienen las mujeres, donde el 71,7% la percibe como excelente/buena, y el 58,7% no ha recibido atención dental en el último año.

**Tabla 2. Percepción de la salud de las mujeres de la residencia Mater.**

Variable	n= 92	%
<b>Percepción de la salud</b>		
Excelente/buena	66	71,7
Regular/mala	26	28,3
<b>Atención dental en el último año</b>		
Si	38	41,3
No	54	58,7

En la tabla 3, se describe el estado de la dentición de la población, donde el promedio de dientes sanos fue de (7,34±5,54), CPOD (20,61±5,50), dientes cariados (1,99±3,79), dientes perdidos (10,26±7,95) y dientes obturados (8,36±5,34).

**Tabla 3. Medias y desviación estándar del estado de la dentición y CPOD en las mujeres de la residencia Mater.**

Estado de la dentición	Media	DE
Dientes sanos	7,34	5,54
CPOD	20,61	5,50
Dientes cariados	1,99	3,79
Dientes perdidos	10,26	7,95
Dientes obturados	8,36	5,34

En la tabla 4, se encontró una prevalencia de edentulismo del 13%. Así mismo la mayoría de ellas presenta una higiene oral buena o regular (80,4%). En cuanto al estado de salud periodontal el 47,8% estaba en condiciones de salud, el 13% presentaba sangrado y el 25% cálculo.

El 64,1% de ellas es portadora de prótesis removible, el 17,4% de las mujeres utiliza únicamente prótesis superior, el 2,2% inferior y el 13% ambas. Sin embargo entre las usuarias de prótesis el 17,4% no son funcionales.

El estado de la ATM es normal en la mayoría, únicamente un 39,1% de ellas presenta chasquidos y en menor porcentaje bloqueo autocorrectivo (3,3%), dislocación (2,2%) y dolor (1,1%).

Se observó una prevalencia de maloclusiones del 45,6%, sin embargo el mayor porcentaje (39,1%) fueron maloclusiones leves.

Únicamente dos casos presentaron lesiones relacionados principalmente por algún tipo de traumatismo provocado por una prótesis mal ajustada.

**Tabla 4. Frecuencia y distribución de las condiciones de salud oral en las mujeres de la residencia Mater.**

<b>Variable</b>	<b>n= 92</b>	<b>%</b>
<b>Edentulismo</b>		
Si	12	13,0
No	80	87,0
<b>Dientes funcionales</b>		
<20 dientes	52	65,0
>20 dientes	28	35,0
<b>Higiene oral</b>		
Buena/regular	74	80,4
Deficiente	6	6,5
<b>IPC</b>		
Sano	44	47,8
Sangrado	12	13,0
Cálculo	23	25,0
Bolsas periodontales <4mm	1	1,1
Bolsas periodontales >4mm	0	0
<b>Usuaría de prótesis removible</b>		
Si	59	64,1
No	33	35,9
<b>Usuaría de prótesis total</b>		
Superior	16	17,4
Inferior	2	2,2
Ambas	12	13,0
<b>Funcionalidad de las prótesis</b>		
Si	64	69,6
No	16	17,4

<b>Variable</b>	<b>n= 92</b>	<b>%</b>
<b>Estado de la ATM</b>		
Normal	50	54,3
Chasquido	36	39,1
Bloqueo autocorrectivo	3	3,3
Dislocación de la ATM	2	2,2
Dolor relacionado con la ATM	1	1,1
<b>Maloclusiones</b>		
Ninguna	49	53,3
Leve	36	39,1
Moderada	4	4,3
Severa	2	2,2
<b>Presencia de lesiones</b>		
Si	2	2,2
No	90	97,8

En la tabla 5, se muestra la frecuencia y distribución de cada una de las respuestas del GOHAI en la población. La mayoría de las mujeres que se estudiaron en la residencia Mater, se sienten cómodas con sus dientes y con las prótesis que actualmente portan, es muy pequeño el porcentaje de mujeres que han tenido problemas para comer o que se sienten a disgusto con sus dientes.

En referencia a la función física, se descubrió que el 56% de ellas no ha tenido nunca ningún problema al masticar ni al hablar con sus dientes o dentadura.

En cuanto a la función psicosocial más del 80% se siente a gusto con sus dientes o prótesis al hablar y al salir a la calle, la mayoría se siente a gusto al verse al espejo. Por último se midió el dolor y la incomodidad que pudieran presentar dichas mujeres, y la mayoría de ellas no reportó tener ningún problema en sus dientes debido al frío, al calor o a cosas dulces y sólo el 11%

de ellas ha tenido que utilizar algún medicamento para aliviar el dolor o las molestias en boca.

**Tabla 5. Frecuencia y distribución de las 12 preguntas del GOHAI para la residencia Mater.**

Dimensión	Pregunta	Siempre n (%)	Frecuentemente n (%)	A veces n (%)	Rara vez n (%)	Nunca n (%)
<b>Función física</b>	1	4 (4,3%)	4 (4,3%)	5 (5,4%)	8 (8,7%)	71 (77,2%)
	2	9 (9,8%)	8 (8,7%)	11 (12%)	8 (8,7%)	56 (60,9%)
	3	56 (60,9%)	5 (5,4%)	10 (10,9%)	4 (4,3%)	17 (18,5%)
	4	4 (4,3%)	3 (3,3%)	5 (5,4%)	4 (4,3%)	76 (82,6%)
<b>Función psicosocial</b>	6	2 (2,2%)	1 (1,1%)	6 (6,5%)	1 (1,1%)	82 (89,1%)
	7	41 (44,6%)	8 (8,7%)	9 (9,8%)	10 (10,9%)	24 (26,1%)
	9	8 (8,7%)	6 (6,5%)	15 (16,3%)	10 (10,9%)	53 (57,6%)
	10	3 (3,3%)	2 (2,2%)	10 (10,9%)	5 (5,4%)	72 (78,3%)
	11	4 (4,3%)	5 (5,4%)	5 (5,4%)	5 (5,4%)	73 (79%)
<b>Dolor e incomodidad</b>	5	6 (6,5%)	4 (4,3%)	10 (10,9%)	6 (6,5%)	66 (71%)
	8	2 (2,2%)	3 (3,3%)	11 (12%)	10 (10,9%)	66 (71%)
	12	1 (1,1%)	5 (5,4%)	3 (3,3%)	7 (7,6%)	76 (82%)

La tabla 6 muestra que la población tiene el (85,90±14,94%) de satisfacción del GOHAI de manera general. Al desglosar el índice por sus dimensiones se observa que estas mujeres tienen menos problemas en cuanto al dolor o la incomodidad y tienen menos satisfacción en la dimensión psicosocial y física.

**Tabla 6. Media y desviación estándar del porcentaje de satisfacción del GOHAI y sus dimensiones para la Casa Mater.**

	Media	DE
GOHAI	85,90	14,94
Dimensiones		
Función física	84,78	17,50
Función psicosocial	84,56	17,66
Dolor e incomodidad	89,63	15,09

En la tabla 7 se puede observar la asociación del GOHAI con las características sociodemográficas, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad donde las mujeres de menor edad presentaron el mejor promedio (56,28±6,99). De igual manera se encontró diferencia significativa en el nivel de escolaridad donde el mayor porcentaje fue para las mujeres con educación media y superior cuyo promedio fue de (55,00±6,41).

La percepción de salud también mostró diferencias significativas al asociarse con el GOHAI, donde las mujeres que perciben una salud excelente o buena tienen una mayor promedio (53,42±7,24).

**Tabla 7. Media (DE) del GOHAI de acuerdo a las características sociodemográficas en la residencia Mater.**

<b>GOHAI</b>	<b>MEDIA</b> 51,54	<b>DE</b> 8,96	<b>P</b>
<b>Grupo de edad</b>			
60-70 años	56,28	6,99	Kruskal-Wallis=12,91 p=0,002
71-80 años	46,39	10,12	
Más de 80 años	52,91	7,07	
<b>Estado civil</b>			
Casado	60,00	0,00	Kruskal-Wallis= 0,043 p= 0,97
Soltero/divorciado	51,20	9,72	
Viudo	51,44	8,57	
<b>Lugar de nacimiento</b>			
Urbano	51,12	9,23	U de Mann Whitney=851 p=0,70
Rural	52,5	8,40	
Rural	52,5	8,40	
<b>Sabe leer y escribir</b>			
Si	51,54	8,96	
No	0	0	
<b>Nivel de escolaridad</b>			
Analfabeta y educación primaria	50,39	9,42	U de Mann Whitney=536,00 p=0,019
Educación media y superior	55,00	6,41	
<b>Fuente de ingreso</b>			
Si	51,54	8,96	
No	0	0	



GOHAI	MEDIA	DE	P
	51,54	8,96	
<b>Percepción de salud</b>			
Excelente/buena	53,42	7,24	U de Mann Whitney=535,50 p= 0,005
Regular/mala	46,76	11,08	
<b>Ha recibido atención dental en el último año</b>			
Si	52,09	8,58	U de Mann Whitney= 907,50 p= 0,34
No	50,76	9,54	

Así mismo en la tabla 8 se presentan los datos en relación al GOHAI y las condiciones de salud oral. 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  $\geq 2$  dientes. Para los dientes sanos se estableció que el percentil 25 correspondería a un bajo número de dientes sanos con  $\leq 3$  dientes. El percentil 75 para dientes perdidos que correspondió a  $\geq 20$  dientes. El percentil 75 para dientes obturados que corresponde a  $\geq 11$  dientes. El punto de corte para los dientes funcionales fue de 20 dientes.

En cuanto a la relación del GOHAI con el estado de la dentición, las mujeres que tienen más de 20 dientes funcionales, presentan un mayor promedio del GOHAI ( $55,14 \pm 5,72$ ), de igual manera para aquellas que presentan  $< 20$  dientes perdidos ( $53,59 \pm 7,23$ ) y  $> 11$  dientes obturados ( $55,15 \pm 5,40$ ).

El edentulismo mostró una diferencia significativa donde mujeres que no presentan edentulismo obtuvieron el porcentaje más alto ( $52,35 \pm 8,37$ ).

La funcionalidad de las prótesis también fue significativo para la percepción de salud a través del GOHAI, ya que aquellas mujeres que utilizan prótesis funcionales mostraron un mayor índice ( $53,70 \pm 5,85$ ).

**Tabla 8. Media (DE) del GOHAI de acuerdo a las condiciones de salud oral en la Casa Mater.**

GOHAI	Media	DE	p
<b>Estado de la dentición</b>			
Dientes sanos			
> 3	53,24	7,42	U de Mann Whitney= 544,00 p= 0,30
≤ 3	50,00	10,32	
<b>Dientes funcionales</b>			
<20	49,96	9,68	U de Mann Whitney= 575,00 p= 0,006
≥20	55,14	5,72	
<b>Dientes cariados</b>			
<2	52,27	9,02	U de Mann Whitney= 641,00 p=0,62
≥ 2	52,52	6,91	
<b>Dientes perdidos</b>			
<20	53,59	7,23	U de Mann Whitney= 268,00 p= 0,013
≥ 20	46,50	10,96	
<b>Dientes obturados</b>			
<11	50,47	9,47	U de Mann Whitney= 538,00 p= 0,02
≥11	55,15	5,40	
<b>Edentulismo</b>			
Si	46,16	11,15	U de Mann Whitney= 277,50 p= 0,018
No	52,35	8,37	
<b>Higiene oral</b>			
Buena/regular	52,94	7,98	U de Mann Whitney= 120,00 p= 0,06
Deficiente	45,00	10,43	

GOHAI	Media	DE	p
<b>IPC</b>			
Sano	52,54	7,87	Kruskal-Wallis=4,57 p= 0,20
Sangrado	46,75	10,93	
Cálculo	55,13	6,66	
Bolsas periodontales <4mm	47,00	0	
Bolsas periodontales >4mm	0	0	
<b>Portador de prótesis removible</b>			
Si	51,77	8,06	U de Mann Whitney= 947,00 p= 0,82
No	51,12	10,51	
<b>Portadora de prótesis total</b>			
Superior	47,68	8,65	Kruskal-Wallis= 0,015 p= 0,99
Inferior	49,50	3,53	
Ambas	46,66	11,47	
<b>Funcionalidad de las prótesis</b>			
Si	53,70	5,85	U de Mann Whitney= 154,50 p< 0,001
No	40,00	11,84	
<b>Estado de la ATM</b>			
Normal	51,30	9,09	Kruskal-Wallis= 2,95 p= 0,56
Chasquido	52,58	8,24	
Bloqueo autocorrectivo	53,00	4,58	
Dislocación de la ATM	46,50	19,09	
Dolor relacionado con la ATM	32,00	0	
<b>Maloclusiones</b>			
Ninguna	51,69	8,82	Kruskal-Wallis= 3,10 p= 0,37
Leve	51,05	8,27	
Moderada	57,50	3,00	
Severa	40,50	26,16	

GOHAI	Media	DE	p
<b>Presencia de lesiones</b>			
Si	40,50	12,02	U de Mann Whitney= 27,00 p= 0,08
No	51,78	8,81	

## 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 sólo a las mujeres de la residencia Mater que desearon participar en el estudio.

Un factor recurrente es el del sentimiento de soledad con el que se vive en buena medida el proceso del envejecimiento y que amerita un mayor análisis para nosotros como personal de salud. La mayor parte de las mujeres que viven en la residencia son solteras y/o viudas, este puede ser el motivo principal por el cual decidieron pasar su vejez en este lugar, ya que la problemática para muchas era contar con un hogar demasiado grande, algunas no querían envejecer solas, querían una mejor atención y/o contar con apoyo para sobrellevar esta última etapa en sus vidas.

El 100% de las mujeres de la Casa Mater saben leer y escribir, pues contaron con estudios que van desde una educación básica y la mayoría de ellas hasta nivel licenciatura. Esto les permite tener una visión y una concepción diferente de la vida. Es bien sabido que el nivel de educación tiene una relación directa con tener mejores oportunidades de vida y una mejor calidad de vida.

Los problemas que se derivan del subdesarrollo y de las necesidades de la población crecen junto con la crisis social, por lo que la población no cuenta con la capacidad de prever. Es importante conocer la situación económica de la población a estudiar, ya que de ella dependen muchos factores en cuanto a la salud oral, dado que existe poco apoyo institucional en el contexto mexicano, las personas que cuentan con una solvencia económica, pueden gozar de estos servicios a diferencia de aquellos que no cuentan con este subsidio.

Este fenómeno está determinado por muchas causas, pero la principal debe ser la diferenciación de los roles sexuales que rigen la sociedad. La discriminación a la que se encuentran las mujeres en el campo laboral, económico, familiar y demás, produce un efecto acumulativo en la vejez, haciendo que esta sea más problemática. En este sentido, una vida marginada y desprovista, produce una vejez con problemas, aunque esto, en la clase media y alta se ve diferente que en la baja.<sup>43</sup>

En la actualidad, no se cuenta con la capacidad de concientizar a la población de prever para la vejez y sus implicaciones futuras. Es relativamente pequeño el sector de la población que, preocupados por su futuro, buscan estrategias que los ayuden a solventar sus gastos sin verse apretados o preocupados. Este es el caso de las mujeres pertenecientes a la residencia, debido a que tienen conocimiento sobre las ventajas que tiene contar con la capacidad económica y el subsidio familiar para sobrellevar su vejez de manera placentera.

La situación económica en la que se encuentran las residentes de la Casa Mater es favorable, debido a que muchas laboraron o laboran actualmente, o la condición económica ha sido buena por generaciones, esto les permite contar con una fuente de ingreso para poder solventar muchos de sus gastos. De igual manera, existen señoras que cuentan con herencias, que tienen acciones en empresas o son dueñas de algún negocio que les permite recibir ingresos de manera regular. Existen también algunas que, debido a la soledad en la que viven, decidieron rentar sus casas por tratarse de un lugar demasiado grande para vivir y mantener. Por estas razones, deciden formar parte de la residencia, donde además de sentirse a gusto, pueden gozar de atenciones y servicios con los que cuenta dicho lugar.

Wong menciona que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que los hombres, por tanto, es más alta la proporción de mujeres viudas.<sup>3</sup>

En este estudio se observó que el 44,6% presentan esta condición, por lo anterior, no es de asombrarse que muchas hayan enviudado jóvenes, por esto, buscaron un lugar donde se sientan cómodas, y encontraron en esta casa de retiro, una buena opción para atender sus necesidades, además de hallar la compañía que les hace falta y sentirse felices.

La percepción de salud que tienen las mujeres de este estudio fue excelente/buena, a pesar de que poco más de la mitad no ha recibido atención dental en el último año, esto puede deberse a las condiciones de vida y la importancia que tiene la salud oral para cada una de ellas. La percepción que tienen de su salud oral puede deberse a la ausencia de malestar y/o dolor dental, por lo que dicho bienestar puede verse reflejado en el desinterés o en la poca importancia que han tenido en el último año de recibir atención dental. Sin embargo esto no se generaliza a todos los ancianos, la salud oral es un tema complicado, ya que no todos tienen acceso a los servicios dentales, principalmente por el costo que este representa,<sup>2</sup> al no tener recursos, los ancianos se convierten en un grupo vulnerable que dejan de lado muchas de sus necesidades básicas entre ellas la salud.

En lo que respecta al estado de la dentición de la población, se encontró un CPOD de  $21,57 \pm 5,70$  dientes afectados,  $12,58 \pm 9,53$  dientes perdidos y  $7,27 \pm 5,72$  obturados, esto quiere decir que la mayoría de las mujeres han recibido atención dental a lo largo de su vida, por lo que cuentan con restauraciones y prótesis en su boca. Esto no quiere decir que su estado de salud oral sea el mejor, pero sí que han tenido la oportunidad de contar con asistencia odontológica y deja ver que la salud oral juega un papel importante, ya que cuidan sus dientes. En especial se observa que cuentan con dientes sanos y funcionales, pero también presentan pérdida dental; esto parece

corroborar, en cierta medida, la conjetura de que muchas han recibido atención dental temprana.

Cuando no se tienen los recursos económicos necesarios para abastecer las necesidades en el núcleo familiar y personal, la salud en general no es un tema prioritario, y esto no excluye a la salud oral, que generalmente es una preocupación que deciden dejar de lado, dado a que existen otros temas que requieren mayor atención y que resultan primordiales para resolver, como puede ser donde dormir, que comer, necesidades básicas de educación para los hijos, etcétera. En el caso de las personas con alto nivel socioeconómico, no es así, porque ellas tienen la oportunidad de acceso a los servicios de salud.<sup>49</sup>

El hecho de poder contar con el capital necesario para solventar necesidades, es una ventaja, ya que a diferencia de mujeres que no tienen un nivel socioeconómico alto, ellas si pueden cubrir los gastos para gozar de una buena salud tanto general como oral.<sup>47</sup> La cuestión a evaluar, es conocer que tan favorable ha sido para ellas el contar con estos servicios de salud, en el entendido que muchas de ellas “sobre utilizaron” estos servicios al tener una posición económica favorable y de alguna manera ver mermada su salud oral por cuestiones de tipo estético más que de tipo funcional. Donde en un principio lo que se buscaba era una rehabilitación de tipo estética más que funcional pero al final estos procesos terminaron por deteriorar órganos dentarios sanos o incluso, llegaron a perderlos por este hecho.

Desgraciadamente, hoy día, la mercadotecnia tiene mayor peso en el ámbito laboral, haciendo que el odontólogo tenga que vender su producto y hacerlo aún más llamativo, haciendo a veces tratamientos innecesarios.

Es por esto que al llevar a cabo el análisis de la salud oral en la que se encuentran las señoras, se encontró, que la mayoría cuenta con tratamientos



dentales variados. Y es aquí donde corroboramos que existe una diferenciación por estrato social, de manera que se hacen rehabilitaciones para ricos y prevención para pobres.<sup>16</sup>

Uno de los componentes más importantes para este grupo de edad, es la salud bucodental, tal como lo menciona Sánchez, sin embargo, a pesar de la amplia necesidad de salud oral, los servicios se limitan a tratamientos de prevención y de control, por lo que mujeres que no cuentan con una solvencia económica, no pueden tener acceso a rehabilitaciones completas, y la única alternativa son los servicios de atención bucodental privados; lamentablemente, es poca la gente que puede tener acceso a ellos, sin que esto perjudique su economía.<sup>44</sup>

Ejemplo de lo anterior, es que las señoras cuentan con un porcentaje alto de prótesis removible y de prótesis totales; siendo bajo el porcentaje de prótesis que no son funcionales (17,4%).

En cuanto a condiciones de salud oral, las mujeres presentaron un porcentaje relativamente bajo en edentulismo, esto quizá, porque algunos odontólogos a los que acudieron en su vida temprana pudieron dar un tratamiento oportuno sin necesidad de hacer tantas extracciones, la higiene oral se describió como buena o regular, lo cual se refleja en el porcentaje de salud periodontal (47,8%) y la poca presencia de sangrado y cálculo.

Si bien es sabido que la depresión en el adulto mayor puede contribuir a enfermedad periodontal, causar caries e incluso hacer que la evolución de esta sea rápidamente progresiva, debido al desinterés que provoca esta enfermedad induciendo una higiene bucal ineficiente,<sup>32</sup> no es el caso en las pertenecientes a esta residencia, ya que, a diferencia de aquellas que no cuentan con el conocimiento adecuado tienen menor deterioro en su estado de salud bucal.

Dado que las mujeres residentes de la Casa Mater cuentan con un ingreso económico, la salud oral se encuentra en estado favorable ya que para ellas es importante el contar con una dentición que les permita no solo funcionalidad si no que les brinde armonía tanto física como estética.

La calidad de vida juega un papel importante en la salud oral, ya que cuando el estilo de vida que lleva una persona es propicio, se ve reflejado en gran medida en el estado de la salud oral que presenta.

Existen estudios que relacionan la calidad de vida con la salud oral, los cuales se centran en el impacto que tiene el estado de salud sobre la capacidad del individuo de vivir plenamente.<sup>45</sup> Cada ser humano atraviesa el proceso de envejecimiento de manera diferente, por ende la calidad de vida del adulto mayor está en relación con el estilo de vida que ha llevado a lo largo de su vida y con la proyección que tiene a futuro para su vejez. Si el adulto mayor cuenta con los medios propicios, entonces el envejecimiento va a tomar otro sentido para él, de lo contrario se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social.

El GOHAI menciona que el puntaje máximo por alcanzar es de 60 puntos, aquellos sujetos que alcanzan este valor, perciben una excelente calidad de vida relacionada con la salud oral, mientras que las residentes de la Casa Mater tienen un promedio de  $51,54 \pm 8,96$ , no están muy alejadas de ese valor, por lo que su percepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral puede considerarse buena.

En un estudio realizado por Díaz, se encontró que la función psicosocial fue el componente reportado con mayor frecuencia, en especial la incomodidad de comer debido a problemas con sus dientes. Dentro de los resultados de este estudio se encontró que el 80% se sienten cómodas con sus dientes, sin embargo es importante mencionar que la población que estudio Díaz era de un estrato socioeconómico bajo.<sup>21</sup>

Otros puntos a discusión entre los autores con relación al GOHAI son la asistencia a los servicios de salud oral y las visitas al odontólogo, las cuales se han asociado significativamente con el GOHAI, donde los que reciben consulta dental dentro de los últimos 12 meses antes de la entrevista obtuvieron mayor puntuación.<sup>46</sup> Este dato no fue significativo para las residentes de la Casa Mater, ya que de manera general estas señoras se han preocupado a lo largo de su vida por mantener una buena salud, visitando a su dentista de manera regular.

Un estudio realizado en Londres, mide el impacto que tiene el nivel de educación relacionando la calidad de vida con la salud oral en personas mayores, donde se encontró que el estado de salud oral afecta la calidad de vida en una proporción considerable, donde el principal problema recaía en la alimentación.<sup>47</sup> A diferencia del estudio que se realizó en la residencia, el hecho de que estas mujeres cuenten con un nivel socioeconómico alto no ocasiona problemas en la alimentación, ya que cuentan con una dentadura funcional.

La literatura reporta que existe una estrecha relación entre la calidad de vida y la salud oral, tal como lo menciona Díaz. “Aunque los problemas dentarios o los desórdenes bucales de cualquier naturaleza ofrezcan poco riesgo para la vida, éstos influyen determinadamente en la calidad de vida de los individuos”.<sup>36</sup> A diferencia del estudio realizado en la Casa Mater, la población de estudio de Díaz considera el dolor y la ausencia de la gran mayoría de sus dientes como un impacto negativo en su calidad de vida. La diferencia es que el grupo de mujeres de la Casa Mater, a pesar de haber perdido algunos dientes, cuentan con tratamientos que les han permitido gozar de una buena funcionalidad.

Se debe hacer hincapié en que un estilo de vida saludable permitirá que una vez llegada la vejez se pueda contar con una buena calidad de vida, ejemplo de esto se encontró en el estudio realizado en Londres, donde se estudiaron a personas que tenían una buena percepción de su calidad de vida y otro grupo que percibía una pobre calidad de vida. Aunque este estudio centró su atención tanto en hombres como en mujeres adultos mayores, se encontró que la calidad de vida relacionada con la salud oral es deficiente en personas más jóvenes, y es en las mujeres donde se encuentra el mayor porcentaje, en el que las personas que tenían mayor cantidad de dientes naturales consideraban que tenían buena calidad de vida mientras que los que contaban con prótesis pensaban lo contrario.<sup>47</sup> Esta percepción es similar en las residentes de la Casa Mater ya que la estética juega un papel importante, para ellas el verse bien es tan importante como la función. Esto coincide con el estudio en la residencia, donde las mujeres más jóvenes presentaron el mejor promedio del GOHAI. Sin embargo, cabe aclarar que las mujeres mayores de 80 años presentaron el segundo mejor promedio. Esto puede ser el resultado de la percepción de salud que han tenido desde pequeñas, debido a que nacieron en una familia cuyas condiciones económicas fueron propicias para que el estilo de vida llevado desde su infancia se vea reflejado en su vejez.

De igual manera un estudio realizado por dentistas franceses en el que se evaluó a una población de adultos menores de 50 años, se encontró que una percepción baja de calidad de vida, ya que la perspectiva que tenían los pacientes era negativa debido al gran número de dientes cariados y de la pérdida dentaria, por lo que el autor señala que de acuerdo con la literatura, se sugiere que personas con un nivel de educación bajo se encuentran en desventaja y en una situación pobre de salud.<sup>48</sup>

Esta percepción que tienen se fundamenta con el estudio realizado en Londres donde anteriormente mencionaba que la percepción de la calidad de vida es menor en personas más jóvenes debido al compromiso estético y/o como se encuentra la salud oral.<sup>47</sup>

En un estudio realizado en personas mayores de 65 años, se encontró que la movilidad dentaria tiene un impacto grande en la población, donde la enfermedad periodontal tuvo relación directa con que dicha movilidad incrementará en la mayoría de los casos, ocasionando que se perdieran los órganos dentarios más rápido, este estudio, reporta que la pérdida de dientes anteriores tiene mayor impacto en más de la mitad de la población comparado con la pérdida de dientes posteriores.<sup>49</sup> A diferencia de las mujeres en la residencia Mater, a pesar de que se reportó presencia de cálculo y de sangrado en la mayoría, no se encontró enfermedad periodontal, lo cual explica porque perciben su estado de salud entre bueno/regular.

Existe una estrecha relación entre la calidad de vida y la salud oral de los individuos, debido a esta circunstancia se sabe que el estilo de vida que lleva una persona desde sus inicios, repercute en gran medida a lo largo de su vida, y dependiendo del estilo de vida que se ha llevado desde la niñez, se puede evaluar la calidad de vida de manera individual, este hecho tiene repercusiones a mediano y largo plazo. En este estudio se evaluó la relación de la calidad de vida con la salud oral en el envejecimiento femenino, en el cual se pudo corroborar la hipótesis de que las mujeres residentes de la Casa Mater perciben una buena calidad de vida relacionada con la salud oral. El contar con una excelente/buena calidad de vida les permite gozar de un estado de bienestar general, el cual se va a ver reflejado en gran medida en la salud oral.

## 11. CONCLUSIONES

De este estudio se desprenden las siguientes conclusiones:

1. Dentro del perfil sociodemográfico, se encontró que de las 92 mujeres que quisieron participar en el estudio, el promedio de edad fue de 81 años. El porcentaje de solteras y/o divorciadas fue 51,1%. El 69,6% nació en una comunidad urbana. El 100% sabe leer y escribir, y solo el 25% tuvo una escolaridad media o superior. Todas cuentan con alguna fuente de ingreso.
2. En cuanto a las variables dentales, se obtuvo la prevalencia de edentulismo, la cual fue de 13%. El 47,8% estaba en condiciones de salud periodontal, 13% presentó sangrado y 25% calculo. El 64,1% es portadora de prótesis removible y en menor porcentaje se encontraron prótesis totales. De las portadoras de prótesis únicamente el 17,4% no son funcionales. Las alteraciones de ATM y maloclusiones son escasas, teniendo que, el 39,1% presentó chasquidos y el 39,1% correspondió a maloclusiones leves. Por lo anterior mencionado, aunado a que no existe presencia de lesiones más que en 2 mujeres, la percepción de salud oral que tienen es buena/regular.
3. Al estudiar la frecuencia y distribución de las respuestas del GOHAI, se encontró que la función física y la función psicosocial es buena, ya que no reportan haber tenido problemas con la funcionalidad de sus prótesis, apelando que el 80% se encuentran cómodas con sus dientes y con las prótesis que actualmente portan. Únicamente el 11% ha presentado dolor.

La calidad de vida tiene una repercusión importante con la salud oral, al contar con una buena calidad de vida la salud oral va a ser excelente/buena. El nivel socioeconómico influye en el estilo de vida que lleva cada individuo el cual se

va a ver reflejado en la calidad de vida y en la percepción que tiene con su salud.

El índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI) es una herramienta de gran utilidad, la cual, permite identificar el impacto que tiene la salud oral en la calidad de vida de los adultos mayores, donde una baja auto percepción de calidad de vida, indica que existe un estado pobre de salud oral. Si una persona cuenta con una eficiente higiene oral, la calidad de vida por ende debe mejorar.

La facilidad de aplicación del GOHAI aunado a que posee un alto nivel de confiabilidad, permite detectar las necesidades de atención dental en los adultos mayores, lo cual lo convierte en el instrumento ideal para estudiar el impacto que tiene la calidad de vida en la salud oral en la población geriátrica.

## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- <sup>1</sup> Barraza A y Castillo M. El envejecimiento. La Serena. 2006; 5(4):12-16.
- <sup>2</sup> Hoyl M. Envejecimiento Biológico. [Internet] Disponible en: <http://elgotero.com/Archivos%20zip/Envejecimiento%20Biol%C3%B3gico.pdf>.
- <sup>3</sup> Wrong E y Palloni A. Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. 2007;49.
- <sup>4</sup> Recerca, Revista de pensament i anàlisi, núm. 9. 2009. issn: 1130-6149: 59-80.
- <sup>5</sup> Rev Cubana Salud Pública v.33 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2007.
- <sup>6</sup> Zúñiga E. Tendencias y características del envejecimiento demográfico en México. 2004: 31-41.
- <sup>7</sup> Zúñiga E y Gomes C. Pobreza, curso de vida y envejecimiento poblacional en México. 2002: 141-153.
- <sup>8</sup> Importancia de los buenos hábitos para los adultos mayores. [Internet] Disponible en: <http://www.demayores.com/2008/01/12/importancia-de-los-buenos-habitos-para-los-adultos-mayores/>.
- <sup>9</sup> Género y el envejecimiento. [Internet] Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/hdp/hdw/genderageingsp.PDF>.
- <sup>10</sup> Chilada C. Condiciones de vida de los ancianos. Comunicación en Salud. 1992.
- <sup>11</sup> UnivOdontol. 2010 Jul-Dic; 29(63): 83-92. ISSN 0120-4319.



---

<sup>12</sup> Diagnóstico y Manejo de los Problemas Bucales en el Adulto Mayor. Guía de Referencia Rápida. IMSS. IMSS-583-12 Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Documents/583GRR.pdf>.

<sup>13</sup> Anales en Gerontología, N.º 6 / 59-67, 2010 ISSN: 1659-0813.

<sup>14</sup> Garcillán M, Bratos E, Rioboo R. SALUD BUCODENTAL Y CALIDAD DE VIDA ORAL EN LOS MAYORES. Edwin Járizton Meneses Gómez. 2010; <http://eprints.ucm.es/12303/1/T32521.pdf>.

<sup>15</sup> Adamson P, Williams G. Salud de los adultos para la vida. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1992:163-73.

<sup>16</sup> Rev Clin Med Fam vol.5 (1) Albacete feb. 2012.

<sup>17</sup> Diccionario de la Lengua Española; 9º ed. Madrid: R. García-Pelayo; 2005. Espasa-Calpe.

<sup>18</sup> Velázquez O. Morbidity and mortality by ischemic heart disease and stroke in México.2005 Cardiol.Méx.v.77 n.1 México ene.-mar. 2007 ISSN 1405-9940.

<sup>19</sup> Dr. Casanova Sotolongo Pedro. Deterioro cognitivo en la tercera edad.Rev Cubana Med Gen Integr v.20 n.5-6 Ciudad de La Habana sep.-dic. 2004.

<sup>20</sup> S.S. García. El envejecimiento de la población y la salud bucodental: Un reto para los servicios de salud en México. Rev. Odontológica en México Sep. 2003;13(3).

<sup>21</sup> Díaz S, Arrieta K y Ramos K. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. Rev Clin Med Fam. 2012; 5 (1): 9-16.

<sup>22</sup> Jiménez J, Esquivel R, González A. La percepción de salud como medida de la calidad de vida en ancianos. 2003; 15 (1): 19-24.

- 
- <sup>23</sup> Montes S. J. Impacto de la salud oral en la calidad de vida del adulto mayor. Revista dental de Chile 2001; 92 : 29-32.
- <sup>24</sup> De la Fuente J, Sumano O, Sifuentes M, Aguilar A. Impact of Oral Health into the Quality of Life in Geriatric Patients Requiring Dental Care. Univ Odontol 2010 Jul-Dic; 29(63): 83-92. ISSN 0120-4319.
- <sup>25</sup> Esquivel R y Jiménez J. The effect of the use of dental prostheses on perceptions of oral health. 2012; 69(2): 69-75.
- <sup>26</sup> Misrachi C, Ponce M, Sepulveda H. Influence of Prosthodontic Rehabilitation on Elderly Patients Oral Health. Revista Dental de Chile. 2004; 95 (3): 3-10.
- <sup>27</sup> Medina S. E. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. RevBiomed 2006; 17:269-286.
- <sup>28</sup> Gary D. Measuring Oral Health and Quality of Life. Department of Dental Ecology. 1997.
- <sup>29</sup> Misrachi C, Ponce M, Sepulveda H. Usefulness of Quality of Life Related to Health Measurements. Revista Dental de Chile. 2005; 96 (2): 28-35.
- <sup>30</sup> Elena Gonzal- M. Isabel Pasarín. La salud de las personas mayores. GacSanit. 2004;18(supl.1).
- <sup>31</sup> Wong R, Espinoza M, Palloni A. Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. 2007. 49(4):436- 447.
- <sup>32</sup> Sagrario G. La vejez en México: una mirada general sobre la situación socioeconómica y familiar de los hombres y mujeres adultos mayores. 2008. ISSN 1405-1133.

- 
- <sup>33</sup> Esquivel HRI, Jiménez FJ. Percepción de la funcionalidad de la cavidad bucal para alimentarse en adultos mayores. *Rev. ADM* 2009; 65(1): 38-43.
- <sup>34</sup> Zúñiga E y Gomes C. Pobreza, curso de vida y envejecimiento poblacional en México. 2002.
- <sup>35</sup> Treviño S, Serrano M. Experiencias de envejecimiento en el México rural. *Salud Pública de México*. 2006. 48(1). 30-38.
- <sup>36</sup> Borges Yañez Aida. Relación entre el estado de salud bucal y el consumo de alimentos energéticos y nutrimento en ancianos de tres localidades en México. *Nutrición clínica* 2003;6 (1):9-16.
- <sup>37</sup> Irigoyen ME, Velázquez C. Caries dental y enfermedad periodontal en un grupo de personas de 60 o más años de edad de la Ciudad de México. *Medigraphic*.
- <sup>38</sup> Gonzales U, Grau J. La calidad de vida como problema de la bioética. *La Habana* 1997; 279-285.
- <sup>39</sup> Rocha S, Castellanos R. Autopercepcáo das condicoes de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(4):349-55.
- <sup>40</sup> Krzemien K. CALIDAD DE VIDA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA VEJEZ FEMENINA. *Publicación Científica 492, OPS, Washington*.
- <sup>41</sup> Scott L. Racial and Socioeconomic Disparities in Oral Disadvantage, a Measure of Oral Health-related Quality of Life. *Journal of Public Health Dentistry*. 2002; 62(3): 140-147.
- <sup>42</sup> Cohen F, Souza-Santos R, Bessa M. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. *Ciencia y Saúde colectiva*. 2011; 16(Supl.1): 1007-1015.

---

<sup>43</sup> Manrique R, Vásquez C. SALUD MENTAL, AUTONOMÍA FUNCIONAL Y PERCEPCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO: UN ESTUDIO EN ANCIANOS DE CLASE MEDIA DE LIMA. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2003; 25(3):453-466.

<sup>44</sup> Sánchez S. El envejecimiento de la población y la salud bucodental. Un reto para los servicios de salud en México. *Revista Odontológica Mexicana*. 2009; 13(3):134-135.

<sup>45</sup> Borrell C, García M. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Saint*. 2004;18(Supl1):2-6.

<sup>46</sup> Esquivel R, Jiménez J. Necesidades de atención odontológica en adultos mayores mediante la aplicación del GOHAI. *A ADM*. 2010; 18(3):127-132.

<sup>47</sup> Tsakos G, Sheiham A. The impact of educational level on oral health-related quality of life in older people in London. *Eur J Oral Sci*. 2009 Jun;117(3):286-92.

<sup>48</sup> Tubert-Jeannin S, Riordan PJ. Dental status and oral health quality of life in economically disadvantaged French adults. *Spec Care Dentist*. 2004 Sep-Oct;24(5):264-9.

<sup>49</sup> Srisilapanan P, Sheiman A. The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. *Gerodontology*. 2001 Dec;18(2):102-8.

---

## 13. ANEXOS

### 13.1 ÍNDICE CPOD (ANEXO 1)

#### 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. Las 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 oscuras, 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 parodontal.
- 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

- 
- 7- sellador está cariado, debe ser codificado con el código 1 (cariado).
- 8- 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.
- 9- Diente no erupcionado. Esta clasificación se restringe a dientes permanentes y se usa sólo para un espacio 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.
- 10-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.



---

### 13.2 ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS) (ANEXO2)

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								( ).( )( )
								<b>Total</b> ( ).( )( ) )

---

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

---

<i>VALOR</i>	<i>CRITERIO</i>
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.

---

### 13.3 ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITARIO (ANEXO 3)

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 sólo se registra una calificación (las más altas) para cada sextante. Los dos molares en cada sextante posterior se

---

aparean para la anotación y, de faltar uno, no se realiza una sustitución. Si 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 hay 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 sextante.

**Código 2.** Cálculos u otros factores retentivos de la placa tales como coronas mal adaptadas o bordes deficientes de obturaciones.

Nota. Si no hay profundidad de bolsas que lleguen o pasen al área coloreada de la sonda 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 frecuencia 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.

---

### 13.4 GOHAI (ANEXO 4)

- 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?