



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

*SATISFACCIÓN DEL ADULTO MAYOR EN RELACIÓN A LA
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PROPORCIONADA EN LA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, UNAM.*

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

REYNA BLANCO MICHEL

TUTOR: Mtra. LEONOR OCHOA GARCÍA

ASESOR: Mtro. SAÚL DUFOO OLVERA



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.

Agradezco a Dios, ser maravilloso que me dio fuerza y fe por acompañarme todos los días.

A mi Madre, por ser mi mejor amiga, mi aliada, si hay algo que se hacer bien es por ti y cuando llega la recompensa por un esfuerzo no puedo dejar de recordar tu complicidad, tu ejemplo. Que esta sea la recompensa a tantos años de entrega, desvelos y apoyo. Te quiero con todo mi corazón.

A mi Padre, por ser mi sigiloso guardián y compañero, gracias por darme la oportunidad de hacer realidad este sueño, por alentarme a hacer lo que quiero y ser como soy. Te adoro.

A mi esposa Carolina, gracias por tu infinita paciencia, por tu tierna compañía y tu inagotable apoyo, apenas tienes una idea de todo lo que significas para mí, inseparables, hemos compartido tanto que mis logros son los tuyos, esta tesina también es tuya. Siempre juntos. Te amo.

A mis hermanos, gracias por hacerme feliz, por compartir tantas cosas, porque siempre están ahí cuando los necesito, aprecio mucho su interés y atenciones, gracias con cariño.

A mi hermana, tú te diste cuenta el trabajo que me costó esta tesina, espero que te sirva de ejemplo, el día que hagas la tuya, gracias por tu cariño y apoyo, cuando llegue tu turno tú también contarás con mi apoyo. Te quiero.

A mis abuelos, porque he aprendido y heredado su fuerza y entrega, gracias por su cariño, por contagiarme su fascinación por la vida, sin ustedes la familia no sería igual. Los quiero.

A mis suegros, símbolos importantes en mi vida, son ejemplo de lucha, tenacidad, fuerza e ingenio, porque desde la distancia están conmigo. Los aprecio mucho.

A mi cuñada Sandy, por regalarme momentos simpáticos y agradables, ejemplo de amistad, gracias por tu invaluable apoyo.

A mi tutora y asesor de tesina, muchas gracias por su apoyo y enseñanza. Por guiarme y hacer posible este trabajo. Sin ustedes no hubiera sido posible. Gracias.

Por esto y más Gracias.



ÍNDICE

I.INTRODUCCIÓN	5
II.ANTECEDENTES	7
III.MARCO TEÓRICO	9
1. ADULTO MAYOR.....	9
1.1 Características psicosociales del adulto mayor.....	11
1.2 Características fisiológicas en el adulto mayor.....	15
1.3 Características bucales en el adulto mayor.....	18
2. SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN ODONTOLOGÍA.....	21
2.1 Evaluación de la satisfacción.....	22
2.1.1 Estructura, proceso y resultado de la experiencia del paciente en la consulta odontológica.....	23
2.2 Satisfacción de la atención Odontológica en el adulto mayor.....	25
2.3 Importancia de medir la satisfacción en la atención odontológica.....	26
3. EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMO DETERMINANTE DE LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCION ODONTOLÓGICA.....	27
3.1 El proceso de comunicación en el desarrollo de la satisfacción de la atención odontológica.....	29
4. RELACIÓN ENTRE EL ODONTÓLOGO Y EL ADULTO MAYOR.....	30
5. CALIDAD EN SALUD.....	32
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	34
V. JUSTIFICACIÓN	36



VI. OBJETIVOS	38
6.1 Objetivo general.....	38
6.2 Objetivos específicos.....	38
VII. MATERIAL Y MÉTODO	39
7.1 Tipo de estudio.....	39
7.2 Población de estudio.....	39
7.3 Criterios de selección.....	39
7.3.1 Criterios de inclusión.....	39
7.3.2 Criterios de exclusión.....	39
7.3.3 Criterios de eliminación.....	40
7.4 Tamaño de muestra.....	40
7.5 Metodología.....	40
7.5.1 Variables.....	41
7.5.2 Operacionalización de variables.....	42
7.6 Recursos.....	45
7.6.1 Recursos humanos.....	45
7.6.2 Recursos materiales.....	45
7.6.3 Recursos financieros.....	45
7.7 Análisis estadístico.....	45
7.8 Consideraciones éticas.....	46
VIII. RESULTADOS	47
IX. DISCUSIÓN	63
X. CONCLUSIONES	66



XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
XII. ANEXO.....	78
12.1 Encuesta.	



I.INTRODUCCIÓN

Alcanzar los niveles de satisfacción de los servicios es un reto de la mayoría de las instituciones afines al sector salud, entre ellas las que proporcionan servicios odontológicos. Dichas instituciones dependen de forma ineludible de los usuarios, por lo que la satisfacción del paciente representa un punto importante para la evaluación del servicio odontológico.

Por su parte la prestación de servicios de salud no se puede comparar con otros servicios que ofrecen distintas entidades ya que no es un servicio físico, es intangible, se fundamenta en relaciones humanas y sólo deja sensaciones agradables (positivas) o desagradables (negativas) que se interpretan en opiniones de satisfacción o insatisfacción.

Cabe destacar que la satisfacción depende no solo de la calidad de los servicios sino también de las expectativas y percepciones. Por lo tanto si las expectativas son bajas o si el acceso es limitado a cualquiera de los servicios, el paciente puede sentirse satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes. Por otro lado en cuanto a la percepción puede que la atención sea excelente y sin embargo el paciente no la perciba de tal modo.

Así mismo las dificultades como las barreras de la comunicación por el lenguaje, el bajo nivel económico o de escolaridad, la desconfianza por parte del paciente adulto mayor y la poca capacidad de interactuar de parte del odontólogo hacia estos grupos, son factores que pueden determinar los bajos niveles de satisfacción por parte de pacientes.

En ese mismo sentido se debe considerar la orientación de los servicios hacia las necesidades de los pacientes, con el propósito de proponer



perspectivas actuales y desarrolladas con base al contexto económico y cultural.

Es importante destacar la satisfacción del paciente, puesto que es un concepto multidimensional, en el que se evalúan de manera individual distintos aspectos relacionados con el cuidado de la salud para llegar a hacer una evaluación global de la misma. Algunas dimensiones de la satisfacción asociadas al cuidado dental han sido identificadas y son relacionadas a aspectos asociados al diagnóstico y tratamiento, relaciones interpersonales, accesibilidad, disponibilidad, costos, eficacia, resultados, facilidades y actitudes acerca de la atención en general.

En este contexto se plantea que la satisfacción del usuario es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad. Dado que la satisfacción del usuario influye de tal manera en su comportamiento y se convierte así en una meta valiosa para todo programa. Por lo tanto la satisfacción del paciente es consecuencia de una buena calidad en la prestación de servicios de salud.



II. ANTECEDENTES

La satisfacción es uno de los resultados de proceso de la consulta odontológica que son susceptibles de ser medidos y que se incluye como una de las dimensiones de la calidad, por lo que su valoración es imprescindible en todos los programas de evaluación de la calidad en las instituciones sanitarias.¹

Así mismo una de las herramientas utilizadas para la medición de la satisfacción son los cuestionarios, son instrumentos de medida que se utilizan con bastante frecuencia en el ámbito de las ciencias de la salud con una gran variedad de finalidades: conocer el estado general de los pacientes, salud auto percibida, satisfacción de pacientes o de profesionales, entre otros.²

Suele ser frecuente combinarlos con los datos proporcionados por otras fuentes, como es el caso de los indicadores de satisfacción de un centro determinado, donde se valoran tanto los datos proporcionados por encuestas de satisfacción de paciente y profesionales, con otros como el número y clasificación de quejas y reclamaciones de los diferentes servicios de dicho centro sanitario.^{1,2}

Hay gran número de cuestionarios de salud publicados, por lo que la elección del cuestionario debe permitirnos medir realmente las variables planteadas. En el presente estudio se utilizó el cuestionario de satisfacción del paciente de la universidad de Barcelona de forma modificada, descrito en el trabajo de titulación *“Estudio de la satisfacción del paciente en odontología mediante cuestionarios de salud: adaptación al español del cuestionario” dental satisfaction questionnaire*³, en 2012, así como también en el estudio *“Encuesta de satisfacción a los pacientes que acuden al servicio de primeras visitas y de Integrada de Adultos de la*



Clínica Odontológica Universitaria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona.”, realizado por López en 2002⁴.

Los resultados de dicho estudio arrojaron que de los pacientes recibidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona, el 55% habían acudido al servicio de primeras visitas y el resto al de Integrada de adultos. Más de la mitad acudieron para una revisión y 'arreglar' la boca y tan sólo el 6% lo hicieron por dolor. El porcentaje de pacientes satisfechos con el trato recibido es superior al 90% y tan solo existió un porcentaje del 10% insatisfecho con el tiempo de espera y el costo del tratamiento.

El cuestionario original de la Universidad de Barcelona está compuesto por 10 preguntas, 9 cerradas y 1 abierta, y a lo que el paciente contesta una de las cuatro opciones: “sí está totalmente de acuerdo, de acuerdo, totalmente en desacuerdo y en desacuerdo”.



III.MARCO TEÓRICO

1. Adulto mayor.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) el adulto mayor (AM) es definido como la persona mayor de 60 años y a partir de 1982 se introduce el concepto de funcionalidad en este grupo etario, definiendo el estado de salud entre los envejecidos no en términos déficit, si no de mantenimiento de capacidad funcional.⁵

Duque (2013) menciona que en México como en muchos otros países, se experimenta una transición demográfica importante caracterizada por un aumento de la esperanza de vida y un significativo proceso de envejecimiento.⁶

En ese contexto se sabe que es antiguo el interés del ser humano por prolongar la existencia de la vida en la cantidad de años que sea posible, asociado además al creciente desarrollo de la ciencia y la tecnología, se sustenta la tendencia actual que considera que es importante vivir durante más años, sin embargo es esencial comprender que el tiempo que se desea prolongar la vida debe transcurrir con la mejor calidad de vida posible.⁷

Por otra parte los resultados del censo de la Comisión Nacional de Población (CONAPO) 2010 refieren que en México hay 10 millones de adultos mayores (AM) de 60 años o más, que representan 9% del total de la población; la tasa de crecimiento anual es de 3.8%, lo cual expresa que en 2018 habrá 14 millones de adultos mayores. El impacto se traduce en que, ahora hay más individuos mayores de 60 años que niños menores de



4 años y las proyecciones señalan que el fenómeno del envejecimiento demográfico es irreversible ⁸. Así mismo la Comisión Nacional de Población (CONAPO) informó que en 2014 la cantidad de personas de 60 años y más fue de 11.7% millones, lo que representa el 9.7% de la población total y conforme a las proyecciones de la población que estima, para 2025 y 2050 el total de adultos mayores aumentara a 17.2 y 32.4 millones, respectivamente.⁹

Así mismo, el aumento progresivo de esta población revela una situación biosocial nueva en la historia y requiere de un amplio conocimiento del proceso de envejecimiento, de su alteración en diferentes condiciones ambientales, de las particularidades del envejecimiento en hombres y mujeres, del control genético de la evolución y de la influencia de los estilos de vida para obtener una alta calidad de vida en el desarrollo del envejecimiento.^{10,11}

Por otra parte Alvarado y Cols. (2014) mencionan que el envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del periodo vital desde el curso de la concepción hasta la muerte. Así mismo el envejecimiento es un proceso complejo, donde se experimentan cambios de las condiciones físicas, psicológicas y sociales; por lo cual el adulto mayor se establece en un espacio ideal para brindar herramientas de intervención que permitan entender el fenómeno de envejecimiento y de la misma forma proporcionar alternativas que promuevan la calidad de vida del adulto mayor y así implementar niveles de cuidado que permitan un mayor conocimiento y, en consecuencia, una mejor atención.¹²

Cabe agregar que esto es resultado en gran parte del incremento de las expectativas de vida como una de las consecuencias de los adelantos



experimentados en el ámbito científico y tecnológico, que repercuten positivamente en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades propias de la tercera edad. Tras este aumento de la población geriátrica, también se produce un incremento de las necesidades de la atención médica y odontológica, determinado por las características propias del envejecimiento que generan en muchos casos diferentes grados de invalidez física o mental. ^{8,13}

Con referencia en lo anterior, el reto social que el proceso de transición demográfica representa para las naciones, se debe a las grandes necesidades que genera desde el punto de vista económico, biomédico y social. Su repercusión sobre el sistema de salud reside en que son los adultos mayores los principales consumidores de medicamentos y servicios de salud. A nivel público representan un considerable aumento de los gastos para la seguridad y la asistencia social. Así mismo la manera que el envejecimiento transforma sustancial y progresivamente la situación de salud individual, también influye sobre la estructura y la dinámica de la familia como célula básica de la sociedad. Además, este aumento en la esperanza de vida representa también un reto para la salud de los AM en términos de enfermedades no transmisibles, las cuales son generadoras de discapacidad. ^{7,11,13}

1.1 Características psicosociales del Adulto Mayor

El envejecimiento se manifiesta gradualmente sobre las funciones psicológicas con el paso del tiempo; estas comprenden la forma en la que percibimos la realidad, las relaciones con uno mismo y con los demás, donde la combinación de estos componentes en una personalidad única y



total, determinan la forma de actuar desde su estructura y a partir de sus elementos cognoscitivos y afectivos. ^{14,15}

Por otra parte existe una alta prevalencia de alteraciones en la forma de pensar, sentir y actuar que modifican o alteran la vida del adulto mayor. Durante el desarrollo del envejecimiento el proceso perceptivo se ve deteriorado por la alteración de los órganos sensoriales, lo cual compromete la respuesta perceptiva motriz haciéndola más lenta y afectándose también la eficacia de recibir la información del entorno. ^{12,14}

Cabe agregar que durante esta etapa se producen cambios como el reforzamiento o acentuación de la personalidad debido a la limitación de sus actividades laborales y sociales, es frecuente en ellos el retraimiento y la tendencia de acentuar el pasado, con pocas motivaciones hacia el futuro y la dependencia generada por las características fisiológicas genera inseguridad ¹⁶. La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento íntegro de la percepción, atención, habilidad visoespacial, orientación, lenguaje y cálculo, algunos de los cuales sufren un grado de deterioro variable con el envejecimiento. ¹⁷

Con respecto al orden intelectual durante el proceso natural de envejecimiento, comienza a distorsionarse la atención, así como fallos en la concentración, específicamente la memoria y se dificulta o atenúa la velocidad de reacción. ¹⁴

Cabe mencionar que las manifestaciones psicoafectivas más frecuentes en los ancianos dada la incidencia de los factores biopsicosociales son: depresión, ansiedad y estrés; así, al menos la mitad de los individuos



mayores de 60 años, tienen alguna alteración psíquica en la que predomina la ansiedad y la depresión. ¹⁸

De hecho, tanto la ansiedad como la depresión pueden ser consideradas como indicadores o síntomas que reflejan la calidad de vida, si se modifica la percepción y significado que el adulto mayor tiene de su vida.

Naranjo y Cols.(2015) mencionan que entre las características del envejecimiento psicológico están:

1.-Tiempo de reacción: La disminución de la efectividad de funciones sensoriales y motoras, justifica que realizar una acción requiera más tiempo en su ejecución. Sin embargo cuando el adulto mayor puede prepararse con tiempo suficiente las tareas pueden realizarse con eficacia, se deteriora cuando las condiciones no se ofrecen y cuando la tarea exigen series rápidas de movimientos diferentes uno de otros. ^{17,19}

2.-Memoria: Con la edad también decrece la capacidad para recordar nueva información, hacer inferencias a partir de esta, acceder a conocimientos de la memoria remota, e integrarla con nueva información. En términos generales, se afecta más la memoria a largo plazo que la memoria a corto plazo. ^{17,20}

3.-Lenguaje: El envejecimiento no altera potencialmente la capacidad para denominar objetos, de la misma manera parece no existir un impacto sobre las aptitudes para definir y reconocer correctamente entre las alternativas o corregir frases sintácticamente. Sin embargo, los adultos mayores tienden a producir definiciones más largas, utilizando explicaciones y descripciones con demasiadas palabras, en comparación



a los jóvenes. Así mismo, los procesos automáticos sin esfuerzo consciente no se ven alterados; mientras los procesamientos que requieren esfuerzo en su ejecución declinan con la edad. Los adultos mayores tienen una mayor dificultad tanto para procesar las estructuras sintácticas complejas como para poder hacer inferencias en la comprensión, tanto de una frase individual como en un discurso narrativo.²⁰

4.-Habilidades espaciales: Esta característica se refiere al control del espacio corporal y extra-corporal, así como de las diferentes partes del cuerpo, conocimiento ambiental, la cognición espacial y las habilidades viso-constructivas. Así mismo, se observa una disminución en el rendimiento de pruebas de reconocimiento facial y aprendizaje espacial. El adulto mayor presenta un descenso en la cognición del espacio y se ha reconocido también una progresión en la capacidad para la codificación y recuerdo de la localización espacial, y la memoria de localización táctil.²⁰

5.- Afectividad: En este ámbito, el adulto mayor está expuesto a la influencia de la pérdida de seres queridos y sufre con frecuencia a causa de su entorno, exclusión y descalificación. Al mismo tiempo la reducción de las relaciones interpersonales es tal, que se puede hablar de una muerte social, anticipada varios años de la muerte biológica, el anciano ante tal situación se vuelve frágil, se encuentra en una crisis permanente, en consecuencia es posible que existan intentos o suicidios que al parecer no están relacionados a una depresión imperante, desde el punto de vista psiquiátrico, sino que son una secuela de abandono externo, de la pérdida lazos afectivos y contacto social.^{17,21}



6.-Motivaciones: Cuando se trata de necesidades básicas, como hambre, sed, homeostasis, resultan las mismas que aquellas del sujeto más joven, sin embargo se desarrollan ciertas motivaciones, pueden ser modificadas por la fisiología, la expresión cultural y por el nivel intelectual del adulto mayor, como resultado se obtiene una reducción de la tendencia a explorar nuevas cosas y el adulto mayor presenta una amplia exigencia de controlarlo todo, esto último como problema de confirmación personal.¹⁷

Por otra parte García y Cols. (2015) mencionan una conceptualización del envejecimiento con éxito por medio de un modelo que considera tres mecanismos que regulan el proceso adaptativo del envejecimiento. El modelo SOC propuesto por Baltes y Freund, describe los mecanismos como condiciones de regulación del desarrollo que se modifican en intensidad según sean las circunstancias sociales y personales del adulto mayor. En este sentido, el primer mecanismo es la Selección permite a la persona adaptarse ante la gran cantidad de estímulos del contexto y la limitación de recursos que posee. El segundo es la Optimización, se refiere a la mejora continua de los conocimientos, habilidades y demás características y virtudes humanas. Finalmente, la Compensación que contrarresta las pérdidas y deterioros propios del envejecimiento, para así mantener un buen funcionamiento.²¹

1.2 Características fisiológicas en el adulto mayor

La vejez no es una enfermedad; es un proceso multifactorial que se define como la pérdida progresiva de las funciones, conducidas por un incremento de la morbilidad y la disminución de la fertilidad. Sin embargo, a veces la vejez se percibe desde el punto de vista clínico como una



colección de enfermedades. La confusión acerca de la naturaleza exacta de la relación entre el envejecimiento y las enfermedades es una cuestión que temporalmente, ha impedido la necesaria evolución hacia la comprensión del proceso del envejecimiento.²²

Por otro lado, sentidos como la vista y el oído, sufren déficit dentro del proceso de envejecimiento, sin que esto quiera decir que la mayoría de los adultos mayores sean sordos o ciegos, ni que estos órganos se deterioren de forma genérica en todos los adultos mayores.¹⁴

Así mismo ocurren cambios bioquímicos que afectan las capacidades de adaptación, recuperación y defensa del organismo. Observamos también problemas de salud física con mayor frecuencia enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc.) con tendencia a la disfunción y la discapacidad, como alteraciones en la locomoción; enfermedades descompensadas por estilos de vida inadecuados, como las adicciones y la polifarmacia; afecciones por infecciones; procesos neoplásicos y degenerativos.^{14, 23}

Por otra parte los factores de riesgo modificables tales como tabaquismo, sedentarismo, malnutrición o falta de acceso a los servicios de salud, contribuyen sustancialmente, al deterioro global asociado al envejecimiento. Los factores antes mencionados influyen negativamente en la calidad de vida de los ancianos y por ende del disfrute de un envejecimiento activo y saludable, definido por la Organización Panamericana de Salud (OPS), como el proceso para «la optimización de las oportunidades para la salud, la participación y la seguridad, e incrementar así la calidad de vida de las personas de edad.²²

Los cambios que se producen por el envejecimiento de las personas, no se deben únicamente al proceso biológico normal, sino a una combinación



de factores interrelacionados, como marginación social, la pobreza, el nivel educativo, sexo, etnicidad y ruralidad.

Cabe mencionar, que el aumento en la esperanza de vida representa también un reto para la salud de los adultos mayores en términos de enfermedades no transmisibles, las cuales son generadoras de discapacidad. La creciente prevalencia de las enfermedades crónicas, constituye un reto particular, pues compromete la funcionalidad, genera discapacidad, eventualmente conduce a la dependencia y representa además un incremento significativo en el costo de la atención a la salud. Se debe reconocer, por tanto, la importancia del estado funcional de los adultos mayores, ya que determina en gran medida la relación entre el envejecimiento con o sin buena calidad de vida.⁸

Con referencia a lo anterior el perfil mundial de las enfermedades de mayor prevalencia en los adultos mayores está cambiando; se presencia una transición de las enfermedades infecciosas hacia las enfermedades no transmisibles y crónicas (enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y cáncer.) que en su mayor parte se pueden prevenir o retrasar mediante estrategias de promoción de la salud y de prevención de enfermedades. Mientras que la carga de las enfermedades genera rápidamente un predominio de padecimientos crónicos, los sistemas de salud siguen orientados principalmente al tratamiento de problemas agudos y episódicos. No obstante, las enfermedades crónicas requieren un monitoreo constante para minimizar la aparición de discapacidades asociadas y sus efectos adversos en la calidad de vida.²³



1.3 Características bucales en el adulto mayor

En el envejecimiento se generan una serie de cambios que a nivel de salud bucodental que también repercuten sobre los tejidos orales y las funciones, así como cambios secundarios a factores extrínsecos.^{8,15}

Con respecto a la incidencia de los problemas bucodentales de mayor frecuencia en los adultos mayores, los motivos de consulta más reportados fueron aquéllos de origen traumático, endodóntico y periodontal, etiologías que generan dolor. Sin embargo cabe destacar que, la pérdida parcial o total de los dientes no son propios de la edad, sino un indicativo de mal estado de salud bucodental del paciente.^{15,24}

Por otra parte, dentro de los principales cambios apreciados en las estructuras de la cavidad bucal están los dientes, que adquieren un color amarillento volviéndose más frágiles o quebradizos y menos permeables. Esto es consecuente de la disminución del contenido de agua y materia orgánica del esmalte, éste es un tejido mineralizado que tiene un constante intercambio iónico con los líquidos bucales que le rodean. Los cambios que se observan clínicamente en la apariencia de las coronas dentarias se relacionan básicamente, con el proceso de atrición y con el de abrasión del esmalte dentario.²⁴

Así mismo, el incremento en la pérdida de dientes es debido en muchos casos a la enfermedad periodontal, caries y lesiones de la mucosa oral. Dentro de la enfermedad periodontal, el ligamento se ensancha en los ancianos, posiblemente debido a una inflamación crónica del mismo. En cuanto al periodonto, éste se conforma por un conjunto de estructuras que



rodean al diente. Presenta un surco entre el diente y la encía que va de 0 a 1.5mm, por donde corre un fluido llamado fluido crevicular, conformado por inmunoglobulinas y otros químicos bacteriostáticos, que junto con un cepillado adecuado, logra controlar las bacterias en esta zona. No obstante, en los pacientes con algunas patologías sistémicas como la diabetes mellitus esta capacidad se ve perdida, por lo que es muy fácil que el paciente desarrolle la enfermedad periodontal.²⁴

En cuanto a los factores de riesgo de esta enfermedad se encuentran: la xerostomía, el tabaquismo, las dietas inadecuadas, las enfermedades demenciales y las que impiden la higiene bucal adecuada. La segunda causa de pérdida de los dientes en los adultos mayores es la enfermedad periodontal.²⁴

Por otro lado, la falta de dientes y ausencia de prótesis dental tienen una relación directa con la salud, debido a que al realizar inadecuadamente la función masticatoria, sobre todo de alimentos de consistencia dura, se producen trastornos musculares, óseos, articulares y nutricionales.^{8,15,24}

Es importante recordar que el músculo masetero llega a comprimir los alimentos con una fuerza de 200 Kg/cm² y la pérdida de los dientes desequilibra la distribución de las fuerzas de compresión a lo largo de los tejidos de soporte y provocan trastornos en los dientes restantes. El tono muscular orofacial se ve disminuido. El exceso y desequilibrio de las fuerzas oclusales también provoca que el cemento radicular muchas veces aumente de volumen en la zona apical del diente.²⁴

Por otra parte, las facies característica de muchos ancianos, se producen por la pérdida de los dientes, ya que éstos tienen un importante



componente morfológico y estético, representado por los caninos que aportan hasta un 90% de estética y molares 5%, en los 2/3 inferiores de la cara. Al perder los dientes, el soporte de la musculatura facial, el músculo y hueso se pierde, lo cual condiciona el aspecto "típico" en el rostro del anciano. Las glándulas salivales pierden cerca de un 30% del parénquima, sin embargo, no hay una pérdida en la cantidad de saliva producida. La articulación temporomandibular presenta en muchos casos un aplanamiento del cóndilo mandibular, sin embargo, en algunos pacientes se presenta una patología dolorosa de origen articular y en muchos otros no. Una de las principales patologías del anciano y la primera causa de pérdida de dientes es la caries dental. De ellas, las de mayor prevalencia: la caries aguda radicular, seguida de la coronal, se llama así por la distribución anatómica con respecto al diente.¹⁰

Aunque existe un incremento del cáncer bucal entre las poblaciones más jóvenes, los pacientes que desarrollan esta enfermedad son significativamente mayores y la edad avanzada tiene una repercusión particular sobre la supervivencia. Las lesiones pre malignas y el cáncer bucal en estadios iniciales pueden ser sutiles y asintomáticos, y esto dificulta su diagnóstico precoz en poblaciones que no reciben una atención estomatológica sistemática y aunque se ha investigado que las neoplasias bucales tienen relativamente peor pronóstico que las localizadas en otros órganos, estudios recientes no lo han podido demostrar.¹⁰

La mayoría de las neoplasias bucales son carcinomas de células escamosas y se localizan con más frecuencia (en orden de frecuencia) en los bordes laterales de la lengua, en los labios y en el suelo de la boca, estas son las localizaciones con mayor tasa de supervivencia,



mientras que la más baja tasa está en las localizadas en la lengua y la encía. Pueden encontrarse otros tipos histológicos (melanomas, linfomas, carcinomas basales, lesiones metastásicas, etc.) pero estas son más frecuentes entre adultos en edades más tempranas de la vida.¹⁰

2. Satisfacción de la atención en odontología

La satisfacción supone una valoración subjetiva del éxito alcanzado por un sistema. Corbella y col., la definen como “medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario”. Por ello, la satisfacción se puede considerar como un indicador subjetivo, porque está enfocado más hacia percepciones y actitudes de la persona que hacia criterios concretos y objetivos.²⁵

La satisfacción por parte de los usuarios es un buen predictor del cumplimiento de un adecuado servicio. Toda esta información recaudada ha demostrado que la opinión del paciente puede utilizarse sistemáticamente para mejorar la organización de los servicios, por esa razón es importante conocer si se alcanzó las expectativas de los pacientes y una forma de alcanzar este conocimiento es en parte, a través de los análisis de satisfacción.²⁵

Los intentos de mejoramiento se afectan a nivel de macro gestión, con ajustes de costos y eficiencia, basados en las pautas del libre mercado, en donde rara vez es considerado el sentir del demandante del servicio respecto de sus necesidades, expectativas y aprensiones como consumidor, quien al no sentir satisfacción puede tener actitudes



negativas haciendo el trabajo para las personas que intervienen en el área de los servicios difícil y desmoralizante.²⁶

Actualmente, los sistemas de salud se enfrentan a problemas, tales como complejidad de sus servicios, limitación de los recursos, rápida innovación y difusión de la tecnología, así como aumento de las expectativas de los usuarios. Para la resolución de estas dificultades se necesita la incorporación de sistemas de gestión de calidad.²⁷

2.1 Evaluación de la satisfacción

Es de suma importancia la orientación de los servicios hacia las necesidades de los pacientes, con el fin de ofrecer nuevos enfoques y soluciones a los entornos sociales y tecnológicos.²⁵

La gestión de un modelo de atención en salud debe responder a las necesidades de la población, y entre otros componentes, al incremento de la calidad en la prestación de los servicios, así como a la satisfacción de los intereses del personal y del usuario.²⁷

Destacar que todos los conceptos de calidad tienen como fin la satisfacción del receptor del servicio asistencial. Por tanto, si satisfacer las expectativas de los receptores es tan importante como se ha dicho, entonces es necesario recopilar suficiente información de los pacientes sobre las necesidades e intereses que determinen el nivel de calidad requerido, por lo cual cuando se realiza la anamnesis del paciente que va a recibir rehabilitación protésica es preciso conocer su mayor preocupación con el tratamiento que va a recibir, aspecto importante para garantizar una calidad adecuada.²⁸



La percepción y expectativas de un servicio cambian de generación en generación, aspectos que hacen necesario conocer las tendencias, intereses y necesidades de los usuarios de servicios médicos, específicamente los odontológicos, con el propósito de identificar las oportunidades de mejora que se presentan en el proceso de atención.²⁹

2.1.1 Estructura, proceso y resultado de la experiencia del paciente en la consulta odontológica

Hablar de satisfacción, es entrar en el ámbito de la subjetividad del paciente, puesto que durante la atención no solo se realizan técnicas, procedimientos, sino que además, se establecen relaciones interpersonales sobre todo en aquellos con características semejantes.²⁷

La medición de los niveles de satisfacción de los usuarios es una parte fundamental para evaluar la calidad de los servicios de salud bucal. Los resultados de estos estudios tienen la finalidad de orientar la dirección hacia donde deben encaminarse los esfuerzos y las acciones para el mejoramiento continuo en los servicios públicos de salud. La importancia de conocer el nivel de satisfacción e intentar elevarlo, estriba en que un paciente satisfecho se apegue mejor a los tratamientos y cuidados indicados por el estomatólogo, y esto hace que mejore su condición de salud.²²

La evaluación y el mejoramiento de los servicios de salud implican un proceso de identificación y satisfacción de las expectativas de los usuarios. Cómo este observa la calidad de la atención recibida depende



fundamentalmente de la diferencia entre lo que espera y lo que percibe. Puede darse el caso de que la calidad de la atención en salud sea excelente, pero el usuario no la considere así.³⁰

La satisfacción de los usuarios se expresa como el bienestar de los pacientes frente al nivel técnico de la atención, las características de la interacción social con el personal de salud y las condiciones del espacio en el que se brinda la atención. Así, la calidad de la atención se favorece extraordinariamente cuando los proveedores que la brindan están satisfechos con su nivel de preparación científica, las condiciones de trabajo y el logro de sus aspiraciones en el campo profesional.³⁰

Para caracterizar la calidad de un servicio asistencial es necesario que todo el equipo de salud inmerso en la actividad esté organizado, capacitado y motivado para esta labor, lo cual permitirá evaluar y mejorar permanentemente el proceso asistencial y lograr la satisfacción del paciente. A tales efectos, se utiliza la metodología establecida por el modelo que propone el programa nacional cubano para la evaluación de la calidad en los servicios estomatológicos, consistente en evaluar estructura, proceso y resultados.²⁸

Estructura: evalúa todo lo referido al capital humano, a los recursos materiales y financieros, por ejemplo: cantidad y calificación del personal, equipos e instrumentos disponibles, recursos financieros, instalaciones y otros recursos materiales, documentos, normas y reglamentos existentes, así como la organización establecida.²⁸

Proceso: conjunto de actividades que se realizan en la atención y se desarrollan para asegurar la ejecución del propio proceso, o sea, las



acciones ejecutadas por el personal de salud y las que pueden desplegar los propios pacientes.²⁸

Resultado: es la consecuencia que tiene el proceso de atención con el subsiguiente cambio en el estado de salud. Por otra parte, incluye el análisis del nivel de impacto, el cumplimiento de indicadores y de los gastos efectuados, así como la satisfacción de los pacientes, trabajadores y directivos; también permite identificar nuevos problemas que llevan a un perfeccionamiento continuo.²⁸

2.2 Satisfacción de la atención odontológica en el adulto mayor

La satisfacción del paciente es un concepto multidimensional, en el que se evalúan de manera individual distintos aspectos relacionados con el cuidado de la salud para llegar a hacer una evaluación global de la misma. Algunas dimensiones de la satisfacción asociadas al cuidado dental han sido identificadas y son relacionadas a aspectos asociados al diagnóstico y tratamiento, relaciones interpersonales, accesibilidad/ disponibilidad, costos, eficacia/ resultados, facilidades y actitudes acerca de la atención en general. ¹

La satisfacción es mucho más que una aspiración humana, constituye, sobre todo, un instrumento y una función para lograr la excelencia. No se puede construir excelencia de la calidad en la atención en instituciones sanitarias si no se garantiza la satisfacción. Por otra parte, la gestión de un modelo de atención en salud que responda a las necesidades de la población requiere, entre otros componentes, del incremento de la calidad



en la prestación de los servicios, así como de la satisfacción de los intereses del personal y del usuario. ³⁰

Por estas razones los objetivos de los servicios no pueden limitarse a alcanzar el alivio del paciente, sino el buscar incrementar su entusiasmo y confianza en las instituciones de salud. El conocimiento científico y técnico pueden generar productos o servicios de alta calidad, pero es la aceptación del consumidor la que, finalmente, valida integralmente el proceso de atención. ³¹

2.3 Importancia de medir la satisfacción en la atención odontológica

La satisfacción del paciente con los servicios de salud es considerada como una medida importante de resultado para evaluar la calidad de la atención en salud y está definida como el grado de concordancia (conformidad o discrepancia) entre las expectativas y la percepción final del servicio recibido. La satisfacción está relacionada con el uso de los servicios y los cambios en el estado de salud de las personas atendidas. Existen instituciones que han implementado sistemas de evaluación de la satisfacción del paciente de forma obligatoria. ³²

Una forma de medir la satisfacción de la persona atendida es utilizando encuestas de opinión, las cuales permiten ver las percepciones sobre la atención prestada y así detectar aspectos susceptibles de mejoras, insuficiencias o disconformidades. Se debe establecer un sistema de comunicación con el paciente, para poder interpretar sus señales sobre la calidad de los servicios. Verificar los niveles de satisfacción del paciente



como paso final, constituye también el primero para reiniciar todo este proceso dinámico, con el objetivo de alcanzar el nivel óptimo en la satisfacción de este. La búsqueda de la calidad es la búsqueda de la satisfacción del paciente.³²

3. Educación para la salud como determinante de la satisfacción de la atención odontológica

En todas las unidades del Sistema Nacional de Salud, los profesionales realizan acciones de educación para la salud; sin embargo, no siempre estas se ejecutan para lograr la satisfacción en la atención necesaria para garantizar la modificación de las actitudes y conductas de la población.¹⁵

La educación para la salud constituye no solo una parte indispensable de la práctica dental preventiva, sino el medio para disminuir el costo de la ignorancia en beneficio de los pacientes y toda la sociedad. El bajo nivel de información sobre los principios de educación para la salud bucodental indican claramente que es preciso incorporar a todo este grupo de estudio a los servicios sanitarios que brinda el Sistema Nacional de Salud a través de las actividades de prevención y promoción, a fin de que las generaciones futuras lleguen a los 60 años, conscientes de que las enfermedades no son procesos inevitables del envejecimiento, por lo que en la medida en que se perciban más acciones y beneficios, habrá más resultados positivos en la conducta saludable de toda la población.²⁴

En La práctica profesional de la promoción de la salud (PS) obtuvo su primer reconocimiento internacional con la carta de Ottawa de 1986. Esta definía la PS como "el proceso que proporciona a las personas los medios



necesarios para ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud, mejorando así su salud".³³

Según la Organización Mundial de la Salud, la educación para la salud (EpS) puede definirse desde dos vertientes. Por un lado, la EpS consiste en proporcionar a la población los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para la promoción y protección de la salud. Por otro, la EpS contribuye a capacitar a los individuos para que participen activamente en definir sus necesidades y elaborar propuestas para conseguir unas determinadas metas en salud.³³

Entre las herramientas necesarias para realizar la promoción se encuentran:

1. La información: ofrece los elementos para concientizar a los decisores y otros actores sociales, en relación con hechos y factores que influyen en el estado de salud de la comunidad.
2. Comunicación en salud: es un proceso en el que se realizan y transmiten mensajes, basado en investigaciones sobre el usuario, para promover la salud de los individuos y comunidades.
3. Educación para la salud: facilita el aprendizaje a partir de experiencias, que contribuyen al logro de conocimientos.¹⁵

Estas herramientas están estrechamente relacionadas entre sí, y se complementan unas con otras. No funcionan de manera aislada, y sí con un carácter sistemático, donde cada una contribuye a la promoción de salud.



Contribuir y trabajar para que las personas, familias, grupos, colectivos y comunidades, asuman y elijan estilos o condiciones de vida saludables, o modifiquen los comportamientos de riesgo, es más humano y económico que incrementar los servicios de salud para darles tratamiento y rehabilitación.¹⁵

3.1 El proceso de comunicación en el desarrollo de la satisfacción de la atención odontológica

De acuerdo con DeFleur, 2005, la comunicación humana es un proceso por el cual una fuente o emisor (individuo) inicia un mensaje utilizando símbolos verbales y no verbales y señales contextuales para expresar significados y lo transmite, de tal manera que los entendimientos similares o paralelos sean construidos por el potencial de los receptores.³⁴

En ese contexto, la comunicación que se establece entre el paciente por una parte, y el profesional por otra, en el marco de los servicios, no es espontánea, está predeterminada por los respectivos papeles que asumen ambos interlocutores en esa singular relación. Es por ello, que el estomatólogo es responsable de dirigir el proceso de comunicación en su relación con el hombre, objeto de su trabajo, dado que su preparación técnica debe capacitarlo para esta tarea primordial.³⁶

Cardoso, 2011 en su estudio *“Finalidad del proceso de comunicación de las actividades en grupo en la Estrategia Salud de la Familia”*, menciona que la promoción de la salud por medio del proceso de comunicación reduce sentimientos de angustia y amenaza de clientes que enfrentan



situaciones diferentes o mismo comunes en su contexto biopsicosocial, en el momento en que hay el acceso a las informaciones sobre las acciones de autocuidado y el ofrecimiento de soporte emocional y motivacional por medio de las acciones educativas y orientadoras.³⁵

Esas acciones asumen como centralidad en el proceso de comunicación observado un hacer profesional impregnado por la atención a las necesidades o alteraciones orgánicas de los clientes. Esto fortalece el modelo epidemiológico de salud por el alcance de las metas ministeriales de cobertura poblacional y, concomitantemente, revela distorsiones entre lo verbalizado por los enfermeros y lo observado por los investigadores.³⁵

Mismo así, la educación construida por la articulación de trabajadores y clientes en la Estrategia Salud de la Familia representa un método para aprender las diferencias culturales y sociales de los individuos y familias. Esas diferencias se configuran en potencialidades para adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades, por parte de los enfermeros, para el enfrentamiento resolutivo de los procesos de enfermarse de los clientes.³⁵

4. Relación entre el odontólogo y el adulto mayor

En un mundo globalizado, en el que la comunicación humana se ha transformado de una comunicación distante dificultosa hacia una interconexión total, las relaciones interpersonales presenciales han tenido escasa atención frente a la abrumadora presencia de la tecnología; en parte por la falta de un mayor énfasis en la formación de identidad, responsabilidad social y solidaridad en la formación curricular. Es así como en la relación odontólogo-paciente, la manifestación del componente



actitudinal en la formación de odontólogos requiere el desarrollo de las capacidades comunicativas y la empatía.^{37,38}

Esta relación se establece en un marco intencional de buena fe entre ambas partes, e involucra la confianza y la veracidad al proporcionar información sobre el padecimiento del paciente. La honestidad profesional que esto implica establece el equilibrio en la relación y promueve una mayor colaboración al aclarar los derechos y las responsabilidades de odontólogos y pacientes; el conocimiento y la participación del paciente sobre su enfermedad, así como de los riesgos y beneficios.³⁸

Las características identificadas tradicionalmente en la relación odontólogo-paciente, desde el modelo paternalista de atención a la salud, incluye: asimetría de saberes y capacidades, subordinación del actuar del paciente al saber profesional del odontólogo, y concepción del paciente como un sujeto ignorante y ausente de la responsabilidad de su enfermedad. Con la introducción del enfoque bioético a la práctica del odontólogo, se promueve que la relación con el paciente debe aspirar a realizar una atención odontológica con calidad, para lo cual, se distinguen cuatro momentos en el encuentro clínico: el pre-paciente, reunión de datos clínicos, adaptación entre odontólogo y paciente, y la "relación plena".³⁷

Establecida la comunicación, se genera la confianza y adaptación al quehacer del odontólogo, lo que se muestra en el momento de adaptación odontólogo- paciente al establecer el diagnóstico y determinar la estrategia terapéutica, la cual puede ser realizada por el propio odontólogo, o bien, ser referido a un especialista. Llegando al acuerdo, se formaliza plenamente la relación odontólogo-paciente.^{37,38}



Dado el vínculo entre el modelo de atención médica con la práctica odontológica, los modelos de relación odontólogo-paciente que prevalecen en la odontología son: el modelo paternalista, el modelo informativo, el modelo interpretativo y el modelo deliberativo. En el primero, basta el asentimiento del paciente para realizar el tratamiento; a diferencia de los otros modelos, en los cuales se establece como documento indispensable, el consentimiento válidamente informado, no obstante, la diferencia entre estos modelos radica en el papel activo que se asigna al paciente en la toma de decisión: en el modelo informativo sólo se brinda información relevante a su problema de salud; en el modelo interpretativo, el consentimiento se apoya en el diálogo y, en el modelo deliberativo, la decisión se sustenta en el diálogo y la deliberación del paciente.^{37,38,39}

5. Calidad en salud

La Organización Mundial de la Salud define la calidad como una condición compleja, donde los diferentes componentes y agentes productores de servicios de salud brindan su aporte significativo a un resultado que está por obtenerse y que se puede perfeccionar, para dar mayor satisfacción a los que necesitan de esos servicios. La calidad permite asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, con mínimo riesgo y máxima satisfacción.³⁰

Por su parte Granados (2011) menciona que la calidad es un atributo esencial de la atención médica que resulta fundamental para lograr los objetivos nacionales de salud y el futuro sostenible del sistema de salud. En México existen antecedentes de iniciativas para mejorar la



calidad de los servicios que datan de 1956; sin embargo, fue hasta el año 2001 cuando gran parte de los esfuerzos fueron canalizados en una estrategia nacional, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.⁴⁰

Por su parte, el Dr. Avedis Donabedian formuló hace más de 40 años las nuevas bases sobre las cuales debía analizarse y comprenderse la calidad en el campo de la salud y las identificó como las dimensiones de la calidad en la asistencia médica y tanto la denominación como su contenido han permanecido vigentes hasta hoy día.³⁰

En México, la opinión de los usuarios de los servicios de salud sobre la calidad de los mismos ha sido estudiada principalmente por medio de las encuestas nacionales de salud, de encuestas en regiones específicas y evaluaciones de programas nacionales. El seguimiento de los resultados con indicadores similares a través del tiempo es fundamental para evaluar los cambios en la provisión de los servicios y garantizar una atención ambulatoria de calidad, en un sistema de salud.²²

Las instituciones de salud del país tienen hoy más que nunca la responsabilidad de establecer las herramientas que propicien la evaluación de la atención de los servicios de salud, respondiendo efectivamente a las metas de salud y al reto de la competitividad.⁴¹



IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Alcanzar los niveles de satisfacción de los servicios es un reto de la mayoría de las instituciones afines al sector salud, entre ellas las que proporcionan servicios odontológicos. Dichas instituciones dependen de forma ineludible de los usuarios, por lo que la satisfacción del paciente representa un punto importante para la evaluación del servicio odontológico.

Por otra parte la prestación de servicios de salud no se puede equiparar con otros servicios que ofrecen distintas entidades ya que no es un servicio físico, es intangible, se fundamenta en relaciones humanas y sólo deja sensaciones agradables (positivas) o desagradables (negativas) que se interpretan en opiniones de satisfacción o insatisfacción.

Ante el compromiso de ofrecer servicios de calidad que proporcionen satisfacción del paciente en la atención odontológica, particularmente con la creciente población de adultos mayores, en una institución educativa, líder formadora de recursos humanos en el área dental, como lo es la Facultad de Odontología de la UNAM; es indispensable desde el punto de vista educativo, odontológico y administrativo, que los profesionales de la salud conozcan los estándares de calidad y con ello se obtenga una percepción acertada y elevada de la satisfacción de la calidad en la consulta odontológica.

Por lo que considero importante medir el grado de satisfacción del paciente en relación a la atención dental, para que los resultados obtenidos puedan proveer información y de esta manera entender o predecir el comportamiento del paciente, lo cual permitirá no sólo el desarrollo de una relación más estrecha con el paciente sino que también



REYNA BLANCO MICHEL



contribuirá a identificar, analizar y a evaluar los problemas o situaciones que generen insatisfacción del proceso de atención dental y promover las medidas preventivas o correctivas necesarias a fin de mejorar la calidad y eficacia con que se prestan los servicios.

Por lo anterior, el presente trabajo tiene como propósito hacer un estudio con respecto a la satisfacción en relación a la atención odontológica, proporcionada en la clínica de Prostodoncia Total, ciclo escolar 2015-2016, en la Facultad de Odontología, UNAM. Dada la importancia que la satisfacción del usuario influye de tal manera en su comportamiento y se convierte así en una meta valiosa para todo programa. Por lo tanto la satisfacción del paciente es consecuencia de una buena calidad en la prestación de servicios de salud.



V. JUSTIFICACIÓN

En México es progresivo el aumento de la población del adulto mayor, esto ha provocado un incremento de las necesidades de atención estomatológica, sumando además los cambios emocionales y los cambios fisiológicos propios del envejecimiento, haciendo así más complejo el cuidado del paciente.

Así mismo la falta de acciones enfocadas a lograr la satisfacción de la atención proporcionada tanto por instituciones de salud públicas, privadas y educativas en esta creciente población hace de la calidad de la atención un gran reto para cualquier trabajador de la salud. En este contexto se plantea que la satisfacción del usuario es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad.

De acuerdo con INEGI, en 2014 el total de personas de 60 años y más fue de 11.7% millones, lo que representa el 9.7% de la población total. Ante esto una visión integral invita a reflexionar sobre los desafíos de la población que transita o transitará por esta etapa de vida. De acuerdo a las proyecciones de población que estima CONAPO, para 2025 y 2050 el monto de adultos mayores aumentará a 17.2 y 32.4 millones, respectivamente ^{8,9}. Un enfoque de derechos obliga a mejorar la capacidad institucional (gobierno y familias) para combatir la pobreza y la desigualdad en la que viven muchos adultos mayores; mejorar la atención e infraestructura de la salud integral.

Debido a lo anterior considero pertinente realizar un estudio de la satisfacción en la atención odontológica proporcionada en la Clínica de Prostodoncia de la Facultad de Odontología, con una muestra representativa para conocer el nivel de satisfacción que percibe la



REYNA BLANCO MICHEL



población de adultos mayores atendidos a nivel licenciatura durante el mes de marzo del año en curso.



VI. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general:

Evaluar el nivel de satisfacción que perciben los adultos mayores en relación a la atención odontológica proporcionada en la Clínica de Prosthodontia Total de la Facultad de Odontología, UNAM; en el mes de marzo del 2016.

6.2 Objetivos específicos:

- Identificar los criterios que determinan la satisfacción en la atención odontológica del adulto mayor.
- Comparar la percepción de la eficacia de los procedimientos clínicos; relación odontólogo-paciente, accesibilidad y ambiente de atención del servicio odontológico del adulto mayor.
- Conocer la satisfacción de la atención odontológica por género y edad.



VII. MATERIAL Y MÉTODO

7.1 Tipo de estudio.

Transversal descriptivo.

7.2 Población de estudio.

- Adultos mayores que asisten a la clínica de Prostodoncia Total, en el mes de marzo de 2016.
- Sin distinción de sexo.
- En ambos turnos (matutino y vespertino).

7.3 Criterios de selección

7.3.1 Criterios de inclusión

- Adultos mayores que asisten a la clínica de Prostodoncia Total.
- Edad de 60 años a más.

7.3.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que no cumplan con la edad fijada para el adulto mayor.
- Pacientes que tengan discapacidades cognoscitivas o motrices severas.
- Pacientes que no asistan a la clínica de Prostodoncia Total.



7.3.3 Criterios de eliminación

- Pacientes que no contestaron por completo el cuestionario.

7.4 Tamaño de muestra

Con base a los criterios de selección, se obtuvo una muestra de 100 pacientes.

7.5 Metodología

Se diseñó un cuestionario con 10 preguntas modificadas del cuestionario de la Universidad de Barcelona, del estudio descrito en *“Encuesta de satisfacción a los pacientes que acuden al servicio de primeras visitas y de Integrada de Adultos de la Clínica Odontológica Universitaria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona.”*⁴, orientadas a identificar la percepción de la satisfacción en relación a la atención odontológica proporcionada en la clínica de Prostodoncia Total hacia el paciente adulto mayor.

Se solicitó la autorización del Mtro. Víctor Moreno Maldonado, coordinador de Prostodoncia Total, para realizar dicha encuesta en la clínica de Prostodoncia.

El cuestionario fue aplicado el mes de Marzo de 2016 en la clínica de Prostodoncia Total, a 100 adultos mayores que asisten como pacientes, el cuestionario se realizó dentro de la clínica, informando previamente al adulto mayor que todos los datos son anónimos, se les pregunto su edad,



género y las preguntas inherentes a la encuesta. Una vez recopilados los datos, se realizó una base con los mismos en Excel y se introdujeron en el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para obtener las frecuencias y los valores correlacionales de los resultados. Se agradeció a los pacientes y doctores responsables de la clínica de Prostdoncia Total.

7.5.1 Variables

- 1. Género:** grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico.⁴²
- 2. Edad:** cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana.⁴³
- 3. Estructura:** evalúa todo lo referido al capital humano, a los recursos materiales y financieros, por ejemplo: cantidad y calificación del personal, equipos e instrumentos disponibles, recursos financieros, instalaciones y otros recursos materiales, documentos, normas y reglamentos existentes, así como la organización establecida.²⁸
- 4. Proceso:** conjunto de actividades que se realizan en la atención y se desarrollan para asegurar la ejecución del propio proceso, o sea, las acciones ejecutadas por el personal de salud y las que pueden desplegar los propios pacientes.²⁸



5. Resultado: es la consecuencia que tiene el proceso de atención con el subsiguiente cambio en el estado de salud. Por otra parte, incluye el análisis del nivel de impacto, el cumplimiento de indicadores y de los gastos efectuados, así como la satisfacción de los pacientes, trabajadores y directivos; también permite identificar nuevos problemas que llevan a un perfeccionamiento continuo. ²⁸

6. Relación odontólogo – paciente: relación que promueve una mayor colaboración al aclarar los derechos y las responsabilidades de odontólogos y pacientes; el conocimiento y la participación del paciente sobre su enfermedad, así como de los riesgos y beneficios. ³⁷

7. Accesibilidad: de fácil comprensión, inteligible.⁴⁴

8. Ambiente de atención: conjunto de condiciones o circunstancias físicas, sociales y económicas de un lugar.⁴⁵

7.5.2 Operacionalización de variables

1. Género.

- Masculino(1)
- Femenino(2)

2. Grupo de edad.

- 60 a 70 años(1)
- 71 a 80 años(2)
- 81 años en adelante(3)

3. Proceso.

¿Cree que el tiempo que le han dedicado es el adecuado?



- Totalmente de acuerdo(1)
- De acuerdo(2)
- Totalmente en desacuerdo(3)
- En desacuerdo(4)

¿El tiempo que le han asignado entre cita y cita se adapta a su disponibilidad?

- Totalmente de acuerdo(1)
- De acuerdo(2)
- Totalmente en desacuerdo(3)
- En desacuerdo(4)

¿Le han explicado en qué consistiría su tratamiento?

- Totalmente de acuerdo(1)
- De acuerdo(2)
- Totalmente en desacuerdo(3)
- En desacuerdo(4)

¿La hora en que usted es atendido a coincidido con la hora en que le programaron su cita?

- Totalmente de acuerdo(1)
- De acuerdo(2)
- Totalmente en desacuerdo(3)
- En desacuerdo(4)

4. Estructura.

¿Podría mejorarse la clínica de Prostodoncia Total?

- Totalmente de acuerdo(1)
- De acuerdo(2)
- Totalmente en desacuerdo(3)
- En desacuerdo(4)

¿Cree correcta la relación entre calidad y precio?



- Totalmente de acuerdo(1)
- De acuerdo(2)
- Totalmente en desacuerdo(3)
- En desacuerdo(4)

5. Resultado.

¿Le ha parecido correcto el trato recibido?

- Totalmente de acuerdo(1)
- De acuerdo(2)
- Totalmente en desacuerdo(3)
- En desacuerdo(4)

6. Relación odontólogo – paciente.

¿Le han aclarado todas las dudas que tenía?

- Totalmente de acuerdo(1)
- De acuerdo(2)
- Totalmente en desacuerdo(3)
- En desacuerdo(4)

7. Accesibilidad.

¿Le parece buena la organización de la clínica de Prostodoncia Total?

- Totalmente de acuerdo(1)
- De acuerdo(2)
- Totalmente en desacuerdo(3)
- En desacuerdo(4)

8. Ambiente de atención.

¿Encuentra la clínica de Prostodoncia Total confortable?

- Totalmente de acuerdo(1)
- De acuerdo(2)
- Totalmente en desacuerdo(3)
- En desacuerdo(4)



7.6 Recursos

7.6.1 Recursos humanos

- Tutora de tesis.
- Asesor de tesis.
- Pasante de la carrera de cirujano dentista.
- Adultos mayores que asisten como pacientes a la clínica de Prostdoncia Total

7.6.2 Recursos materiales

- Libros
- Artículos
- Computadora personal
- Centro de computo de la Facultad de Odontología
- Encuestas
- Programa S.P.S.S versión 22.0

7.6.3 Recursos financieros

A cargo del pasante.

7.7 Análisis estadístico

La información recolectada fue capturada y procesada mediante el paquete estadísticos SPSS (Statistical Package for the Social Sciencies).



El análisis descriptivo consistió en la obtención de frecuencias y proporciones representado por medio de tablas y gráficas.

7.8 Consideraciones éticas

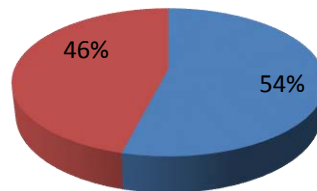
El presente estudio no implica ninguna intervención, sin embargo, se solicitó el consentimiento de cada paciente y no se obtuvieron datos personales para la construcción de la base de datos. La información se manejó de forma anónima y solo se utilizó para el propósito de este trabajo.

VIII. RESULTADOS

En la gráfica 1, se muestra la distribución de la población total (100 pacientes, adultos mayores) por género, en donde el 54% de los adultos mayores fueron de género femenino y el 46% de género masculino.

Gráfica1. Género de a muestra representativa.

■ FEMENINO ■ MASCULINO

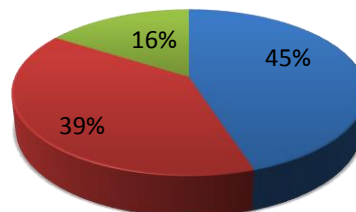


Fuente directa.

En cuanto a la distribución de los grupos de edad, la siguiente gráfica muestra que el mayor porcentaje (45%) que conforma la población total encuestada (100 adultos mayores), se encuentra entre los 60 y 70 años de edad.

Gráfica 2. Distribución de grupo de edad.

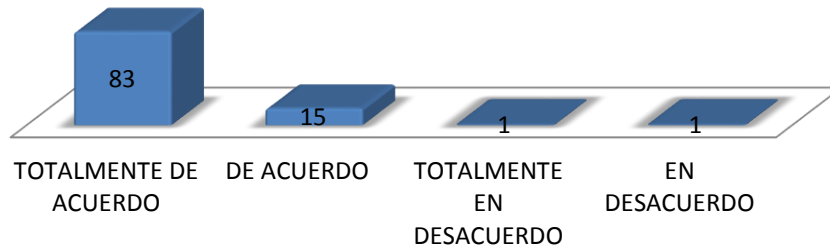
■ 60 A 70 AÑOS ■ 71 A 80 AÑOS ■ 81 AÑOS EN ADELANTE



Fuente directa

En la gráfica 3, se muestran los resultados de la primera pregunta del cuestionario, acerca del trato recibido, donde se identifica que del total de pacientes (100), el 83% de los pacientes se encuentra totalmente de acuerdo, el 15% se encuentra de acuerdo, el 1% se encuentra en desacuerdo y el 1% restante totalmente desacuerdo con el trato recibido en la clínica de Prostdoncia Total.

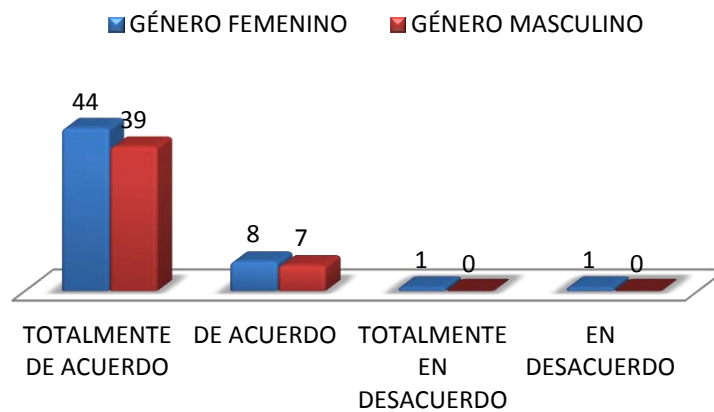
Gráfica 3. ¿Le ha parecido correcto el trato recibido en la clínica de Prostdoncia Total?



Fuente directa.

En cuanto a la distribución por género de la misma pregunta, los datos recabados muestran que es mayor el porcentaje (44%) de las mujeres que está totalmente de acuerdo con el trato recibido.

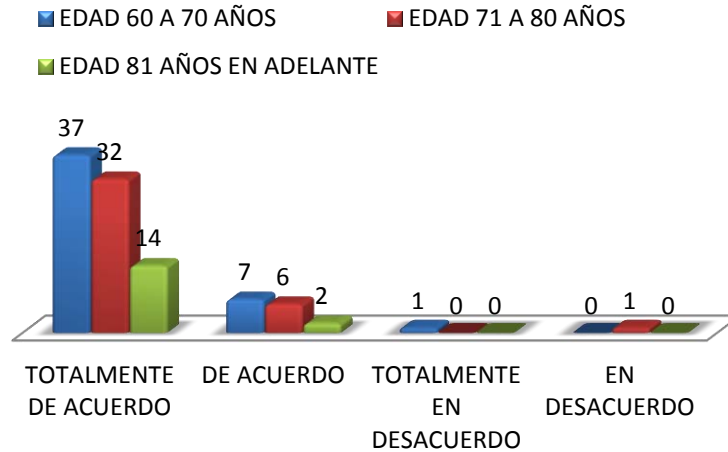
Gráfica 3.1 ¿Le ha parecido correcto el trato recibido en la clínica de Prostdoncia Total?, en relación al género.



Fuente directa.

Con relación a los grupos de edad el mayor porcentaje (37%) se observó en el grupo de 60 a 70 años que manifestaron estar totalmente de acuerdo con el trato recibido.

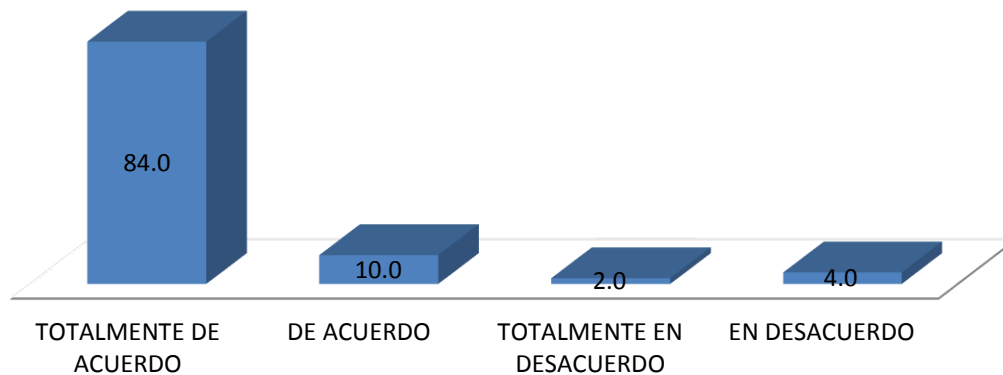
Grafica 3.2 ¿Le ha parecido correcto el trato recibido en la clínica de Prostodoncia Total?, en relación al grupo de edad.



Fuente directa.

Con base a los datos recabados de la pregunta ¿Le han aclarado todas sus dudas?, en la siguiente gráfica se muestra que el 84% de los pacientes de la clínica de Prostodoncia están totalmente de acuerdo, el 10% está de acuerdo, el 2% está totalmente en desacuerdo y el 4% está en desacuerdo.

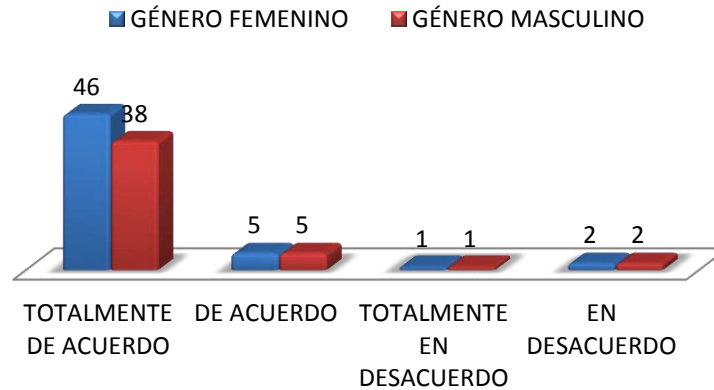
Gráfica 4. ¿Le han aclarado todas las dudas que tenía?



Fuente directa

En relación al género, el mayor porcentaje (46%) de mujeres refirió estar totalmente de acuerdo con la pregunta planteada contrario al menor porcentaje (2%), que refirieron estar totalmente en desacuerdo en ambos géneros respectivamente.

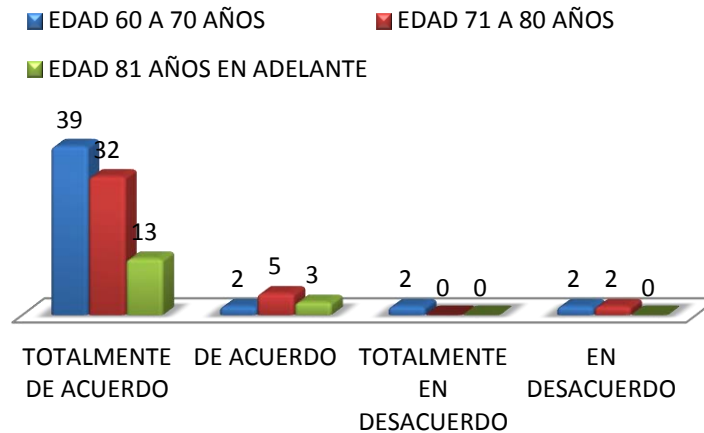
Grafica 4.1 ¿Le han aclarado todas las dudas que tenía?, en relación al género.



Fuente directa.

Con respecto a los grupos de edad la siguiente gráfica muestra los pacientes de 60 a 70 años contestaron estar totalmente de acuerdo.

Grafica 4.2 ¿Le han aclarado todas las dudas que tenía?, en relación al grupo de edad.

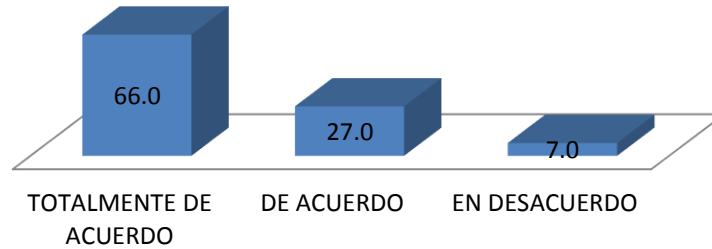


Fuente directa.



Con relación a la organización de la clínica, el 66% de los pacientes está totalmente de acuerdo con ella, el 27% está de acuerdo y únicamente el 7% está en desacuerdo.

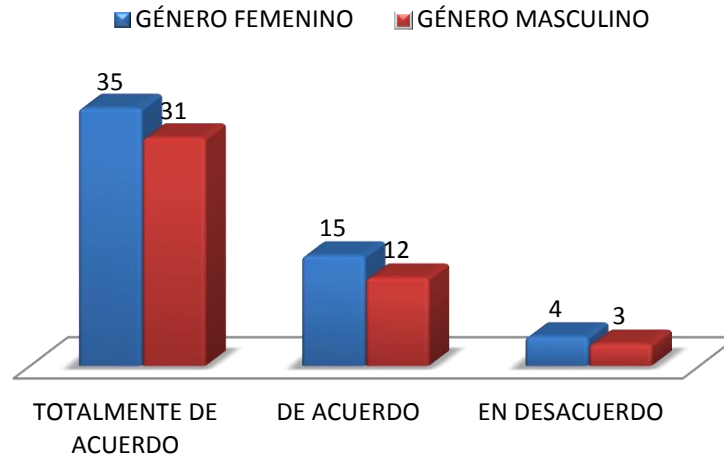
Gráfica 5. ¿Le parece buena la organización de la clínica de Prostdoncia Total?



Fuente directa.

En cuanto a la percepción que se tiene con relación al género, siguen siendo las mujeres quienes refirieron estar totalmente de acuerdo con un mayor porcentaje (35%).

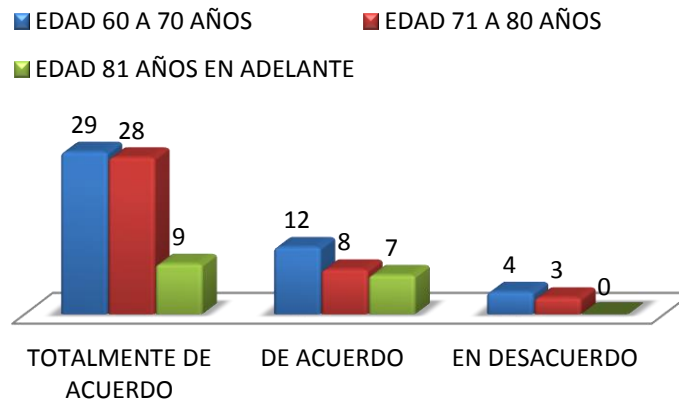
Grafica 5.1 ¿Le parece buena la organización de la clínica de Prostdoncia Total?, en relación al género.



Fuente directa.

Con respecto a la organización de la clínica de Prostodoncia Total, el grupo de edad que refirió estar totalmente de acuerdo fueron los pacientes de 60 a 70 años (29%), seguido de grupo de 71 a 80 años.

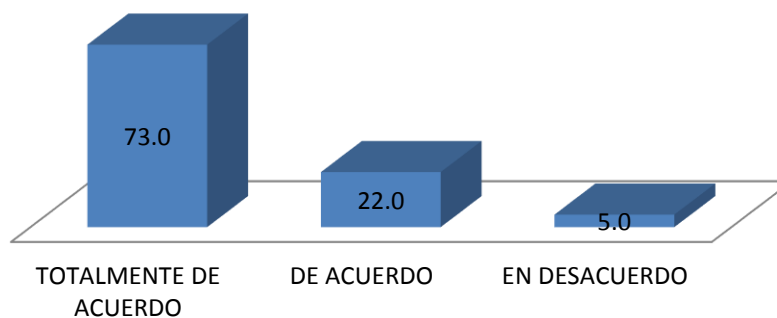
Gráfica 5.2 ¿Le parece buena la organización de la clínica de Prostodoncia Total?, en relación al grupo de edad.



Fuente directa.

En cuanto a la pregunta ¿Encuentra la clínica de Prostodoncia confortable?, se puede observar que el mayor porcentaje 73% de los pacientes está totalmente de acuerdo, el 22% está de acuerdo y sólo el 5% está en desacuerdo.

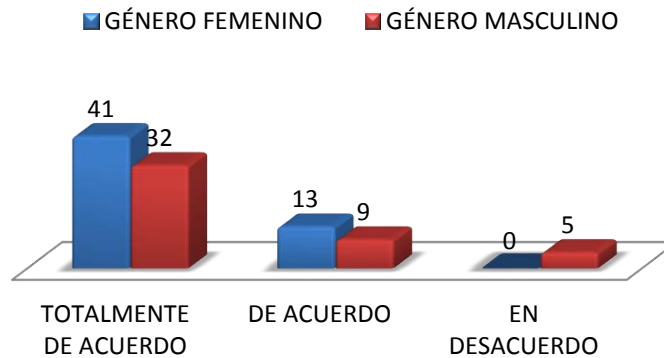
Gráfica 6. ¿Encuentra la clínica de Prostodoncia Total confortable?



Fuente directa.

En la distribución de los resultados por género, el mayor porcentaje (41%) de la población total (100), las mujeres refirieron estar totalmente de acuerdo con la pregunta planteada, así como el menor porcentaje del género masculino refirió estar en desacuerdo (5%).

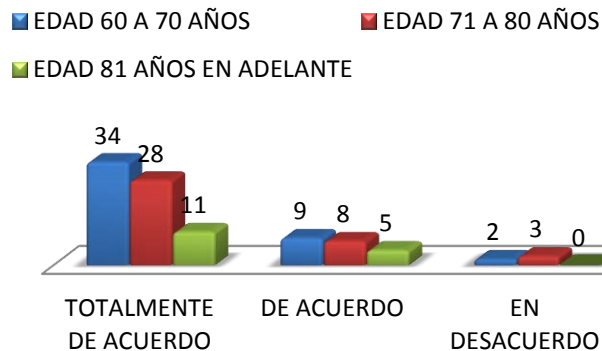
Gráfica 6.1 ¿Encuentra la clínica de Prostodoncia Total confortable?, con relación al género.



Fuente directa.

Con relación a los grupos de edad, el mayor porcentaje de los adultos mayores de 60 a 70 años considera estar totalmente de acuerdo, contrario al menor porcentaje representado por los adultos mayores de 81 años en adelante.

Gráfica 6.2 ¿Encuentra la clínica de Prostodoncia Total confortable?, con relación al grupo de edad

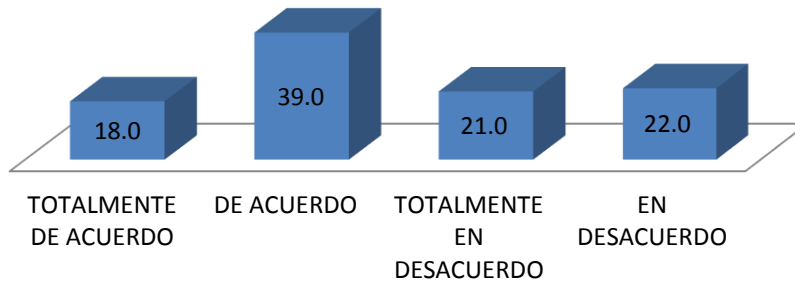


Fuente directa.



Respecto a la pregunta 5 ¿Podría mejorarse la clínica de Prostodoncia Total? en la siguiente gráfica se puede observar que el 18% de los pacientes está totalmente de acuerdo en que puede mejorarse la clínica, el 39% está de acuerdo, el 21% está totalmente en desacuerdo y el 22% está en desacuerdo.

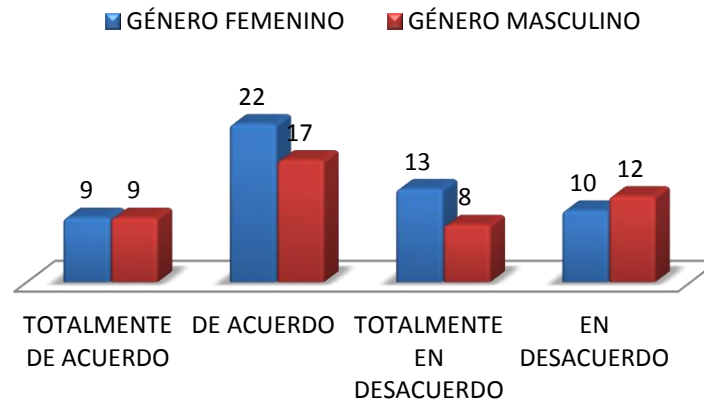
Gráfica 7. ¿Podría mejorarse la clínica de Prostodoncia Total?



Fuente directa.

Con respecto a los resultados obtenidos en la misma pregunta con relación al género las mujeres manifestaron estar de acuerdo en un mayor porcentaje (22%), sin embargo su porcentaje en cuanto a estar en desacuerdo es mayor que el del género masculino.

Gráfica 7. 1 ¿Podría mejorarse la clínica de Prostodoncia Total?, en relación al género.

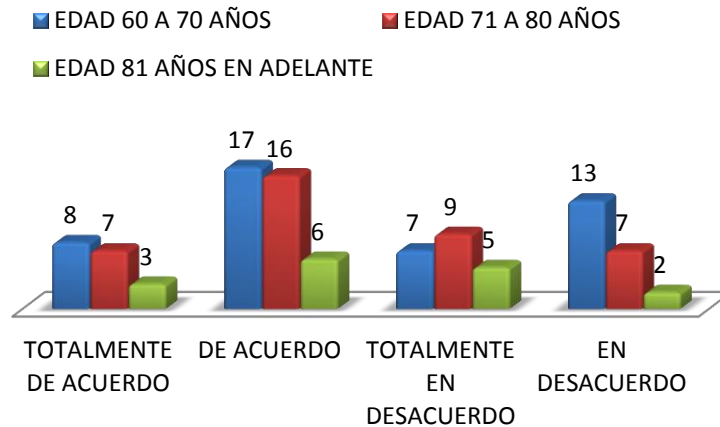


Fuente directa.



En la distribución de porcentajes de acuerdo grupo de edad, los pacientes de 60 a 70 años refirieron estar de acuerdo que la clínica de Prostdoncia Total puede mejorarse, mientras que el menor porcentaje (2%) de los pacientes de 81 años en adelante considera estar en desacuerdo.

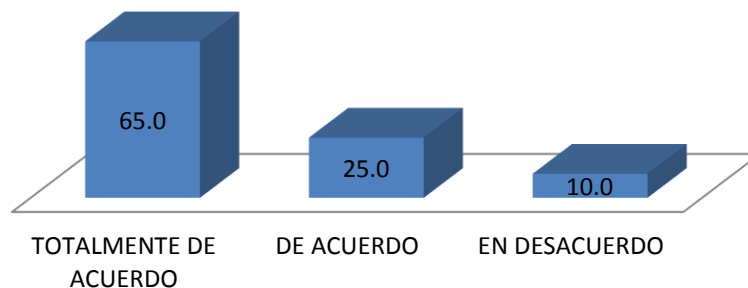
Gráfica 7.2 ¿Podría mejorarse la clínica de Prostdoncia Total?, en relación al grupo de edad.



Fuente directa.

En cuanto al tiempo dedicado a su tratamiento el 65 % de los pacientes está totalmente de acuerdo, el 25% está de acuerdo y el 10% está en desacuerdo.

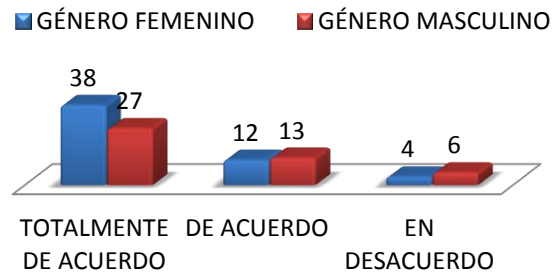
Gráfica 8. ¿Cree que el tiempo que le han dedicado es el adecuado?



Fuente directa.

Con relación a los datos obtenidos, en la siguiente gráfica se muestra que el género femenino refirió estar totalmente de acuerdo con el tiempo que le han dedicado en su tratamiento (38%), por otro lado el mayor porcentaje que refirió estar en desacuerdo fueron del género masculino.

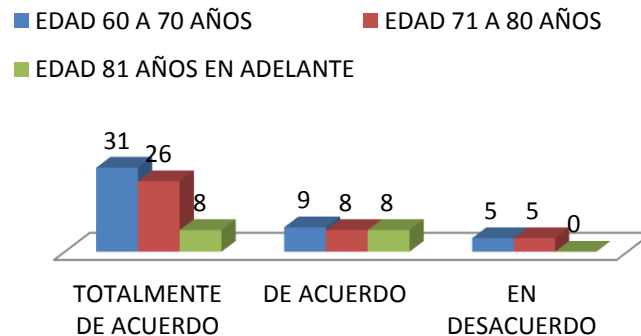
Gráfica 8.1 ¿Cree que el tiempo que le han dedicado es el adecuado?, con relación al género.



Fuente directa.

El grupo de edad que manifestó estar totalmente de acuerdo con mayor porcentaje (31%), fueron los pacientes de 60 a 70 años de edad; contrario a los de menor porcentaje que refirieron estar totalmente en desacuerdo en donde se encuentra en el mismo porcentaje (5%) a los grupos de edad de 60 a 70 años y de 71 a 80 años.

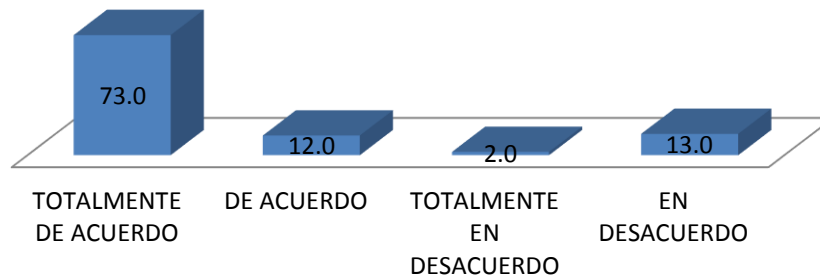
Gráfica 8.2 ¿Cree que el tiempo que le han dedicado es el adecuado?, con relación al grupo de edad.



Fuente directa

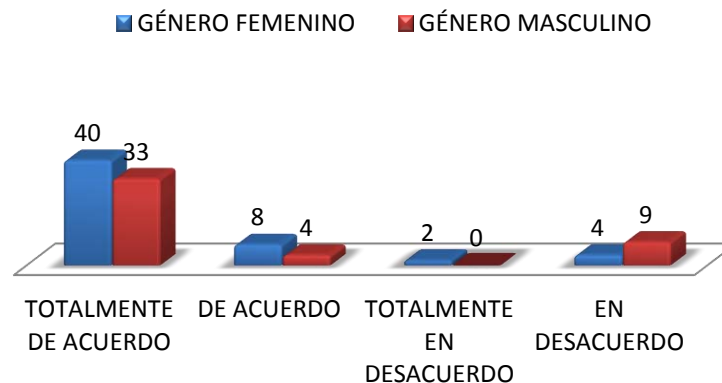
Con relación a la adaptabilidad de las citas los datos recabados muestran que el 73% de los pacientes está totalmente de acuerdo, el 12% está de acuerdo, el 2% está totalmente en desacuerdo y el 13% está en desacuerdo.

Gráfica 9. ¿El tiempo que le han asignado entre cita y cita se adapta a su disponibilidad?



De acuerdo con los datos recabados, en la siguiente gráfica se muestra que el género femenino refiere estar totalmente de acuerdo con un porcentaje mayor (40%), de forma contraria mayor porcentaje del género masculino que manifiesta estar totalmente en desacuerdo (2%).

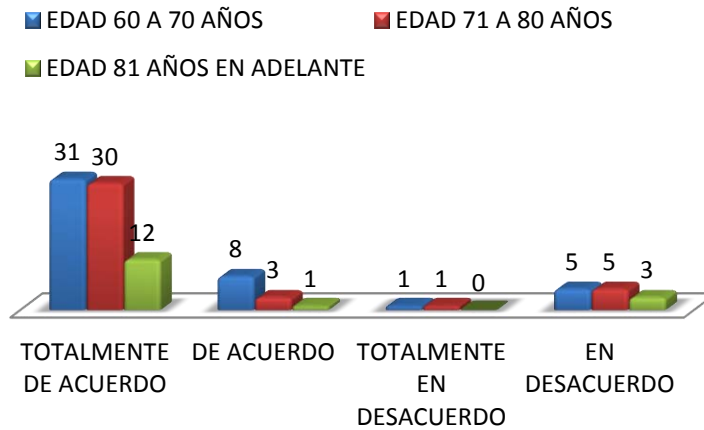
Gráfica 9.1 ¿El tiempo que le han asignado entre cita y cita se adapta a su disponibilidad?, con relación al género.



Fuente directa.

En cuanto a la relación con los grupos de edad, del total de la población (100), los pacientes de 60 a 70 años de edad refirieron estar totalmente de acuerdo con la adaptabilidad de su cita; en cuanto al mayor porcentaje que considera estar en desacuerdo se encuentra el grupo de edad de 81 años en adelante.

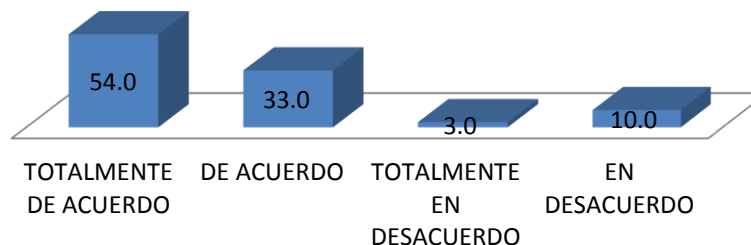
Gráfica 9.2 ¿El tiempo que le han asignado entre cita y cita se adapta a su disponibilidad?, con relación al grupo de edad.



Fuente directa.

Con respecto a la relación calidad-precio, la siguiente gráfica muestra que el 54% de los pacientes está totalmente de acuerdo, el 33% está de acuerdo, el 3% está totalmente en desacuerdo y el 10% está en desacuerdo.

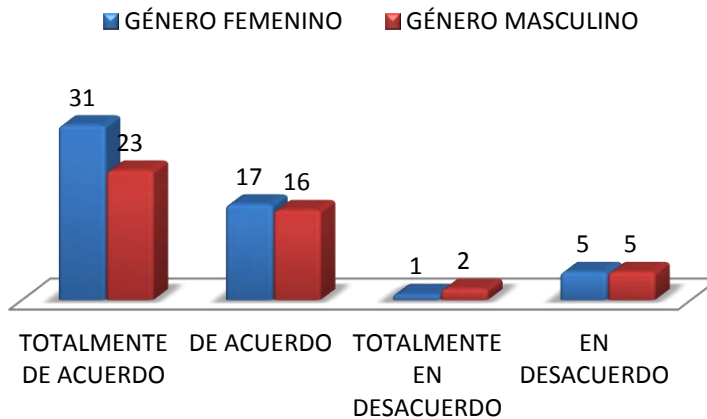
Gráfica 10. ¿Cree correcta la relación entre calidad y precio?



Fuente directa.

En la siguiente gráfica se muestra la relación calidad –precio con respecto a la percepción del género, en donde se identifica que el mayor porcentaje (31%) que considera estar totalmente de acuerdo está constituido por mujeres, de forma opuesta al mayor porcentaje que considera estar totalmente en desacuerdo (2%) constituido por el género masculino.

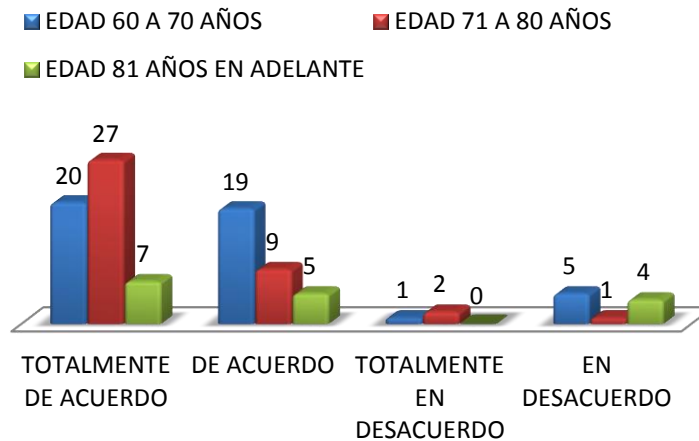
Gráfica 10.1 ¿Cree correcta la relación entre calidad y precio?, con relación al género.



Fuente directa.

En cuanto a la percepción de la relación calidad-precio, el grupo de edad que refirió estar totalmente de acuerdo con mayor porcentaje (27%) son los pacientes de 71 a 80 años.

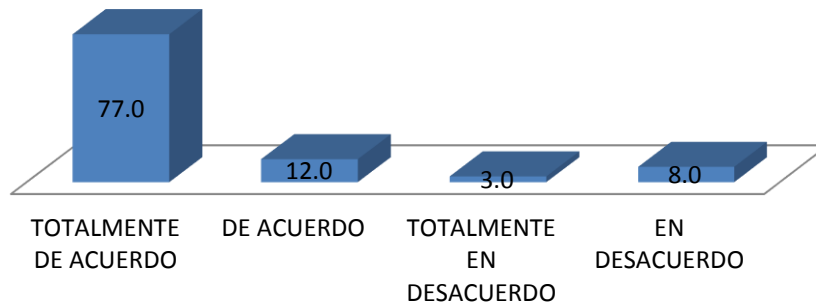
Gráfica 10.2. ¿Cree correcta la relación entre calidad y precio?, con relación al grupo de edad.



Fuente directa

En cuanto a la pregunta 9, ¿Le han explicado en qué consistiría su tratamiento?, los datos recabados muestran que el 77% está totalmente de acuerdo, el 12% está de acuerdo, el 3% está totalmente en desacuerdo y el 8% está en desacuerdo.

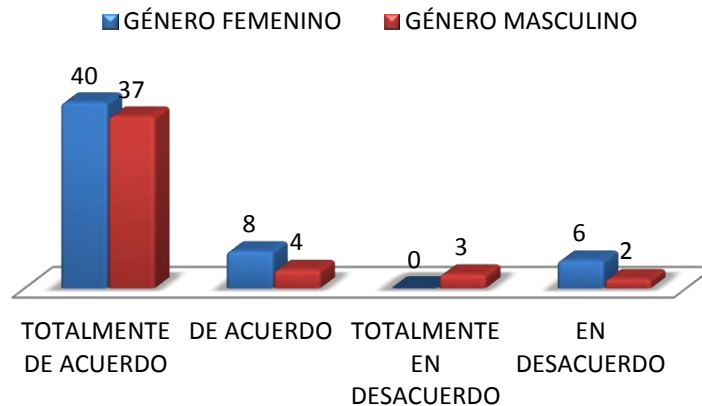
Gráfica 11. ¿Le han explicado en qué consistiría su tratamiento?



Fuente directa.

En la siguiente gráfica se muestra los resultados obtenidos de la pregunta anteriormente planteada, en donde el mayor porcentaje (40%) considera estar totalmente de acuerdo, lo constituye el género femenino, contrario a mayor porcentaje (3%) que refirió estar totalmente en desacuerdo.

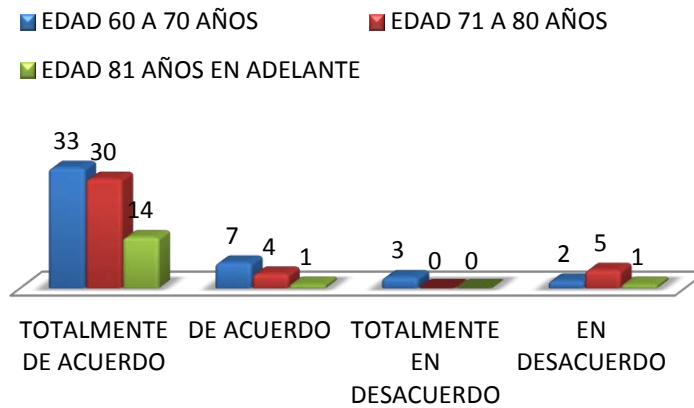
Gráfica 11.1. ¿Le han explicado en qué consistiría su tratamiento?, con relación al género.



Fuente directa.

Con respecto a la distribución de los porcentajes de acuerdo al grupo de edad, el mayor porcentaje (33%) de los pacientes de 60 a 70 años consideró estar totalmente de acuerdo en que le había explicado en qué consistiría su tratamiento en la clínica de Prostodoncia Total.

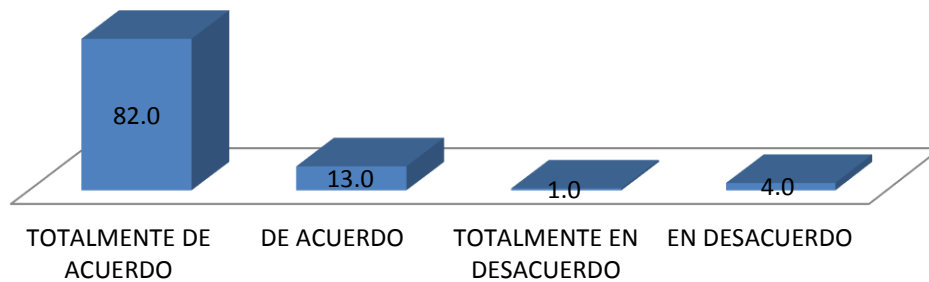
Gráfica 11.2. ¿Le han explicado en qué consistiría su tratamiento?, con relación al grupo de edad.



Fuente directa.

En la siguiente gráfica se muestra la concordancia de la hora de cita programada y a hora de atención, identificando que el 82% de los pacientes está totalmente de acuerdo, el 13% está de acuerdo, y sólo el 1% está totalmente desacuerdo, así como el 4 % está en desacuerdo.

12.- ¿La hora en que usted es atendido ha coincidido con la hora en que le programaron su cita?

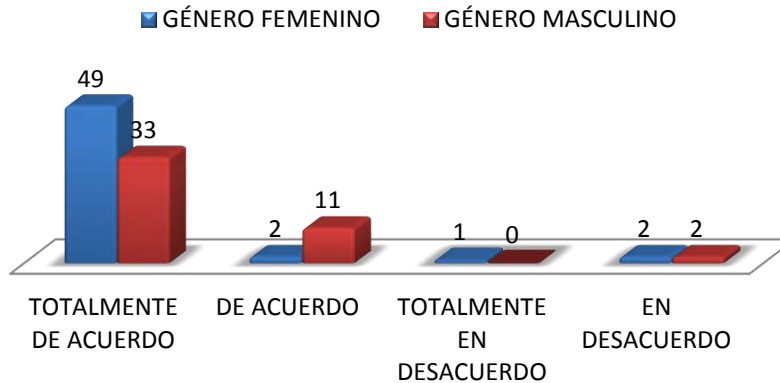


Fuente directa

Con respecto a la pregunta 10 del cuestionario aplicado, el género que mayor porcentaje (49%) consideró estar totalmente de acuerdo fue el femenino.

Gráfica 12.1 ¿La hora en que usted es atendido ha coincidido con la hora en que le programaron su cita?, con relación al género.

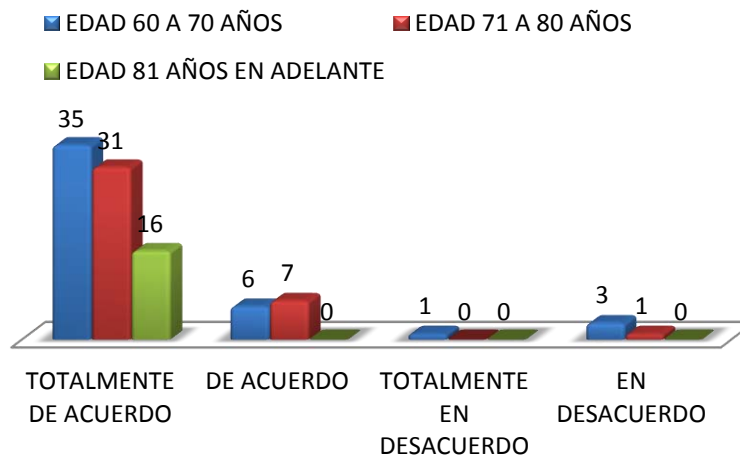
Fuente directa.



Fuente directa

En cuanto a la pregunta anteriormente planteada, el grupo de edad que considera estar totalmente de acuerdo con mayor porcentaje (35%), es el de los pacientes de 60 a 70 años.

Gráfica 12.2 ¿La hora en que usted es atendido ha coincidido con la hora en que le programaron su cita?, con relación al grupo de edad.



Fuente directa



IX.DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede identificar que los pacientes con mayor porcentaje (54%) de asistencia en relación al género son mujeres, y el mayor porcentaje (45%) del grupo de edad que acude a la clínica de Prostdoncia Total se encuentra entre los 60 y 70 años, esto coincide con los datos proporcionados por INEGI 2012, en donde se plasma la rápida transición demográfica a este grupo de edad y donde el mayor porcentaje está constituido por mujeres. ⁹

Los aspectos identificados en la estructura de la satisfacción²⁸ están dados por las preguntas que se enfocan primero en la percepción de la organización de la clínica de Prostdoncia Total, donde se obtuvieron como resultados que el mayor porcentaje (66%) de los pacientes refiere estar de acuerdo con la organización de la clínica, con respecto al género el 35% de las mujeres considera estar totalmente de acuerdo así como el 31% de los hombres, así mismo en relación al grupo de edad que considera estar totalmente de acuerdo en el porcentaje más alto (29%) se encuentran los paciente de 60 a 70 años.

Segundo en la confortabilidad de la clínica, en donde el mayor porcentaje (73%) refiere estar totalmente de acuerdo, con respecto al género las mujeres consideran estar totalmente de acuerdo en un porcentaje mayor (41%) que los hombre (32%), porcentajes que difieren del estudio “Encuesta de satisfacción a los pacientes que acuden al servicio de primeras visitas y de Integrada de Adultos de la Clínica Odontológica Universitaria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona”⁴, realizado por López en 2002, en el cual la mayoría de los pacientes no contestó la pregunta.



En tercer lugar, las posibles mejoras pertinentes para la clínica de Prostodoncia Total, en donde se identificó que los pacientes consideran estar de acuerdo con un porcentaje de 39% y por último la pregunta de la relación calidad y precio en donde más de la mitad de los pacientes considera estar totalmente de acuerdo (54%) y sólo el 10% total de la población está en total desacuerdo, en contraste con el estudio realizado en la Universidad de Barcelona⁴ en donde la mayoría de los pacientes están totalmente en desacuerdo con dicha relación.

En cuanto a las preguntas orientadas a identificar la fase denominada proceso²⁸ en la satisfacción, se constituyen inicialmente por la percepción del trato recibido en la clínica de Prostodoncia Total, en donde el mayor porcentaje (83%) refiere estar totalmente de acuerdo con el trato recibido en la clínica, así mismo se observa que el porcentaje más alto (44%) está constituido género femenino y por el grupo de edad de 60 a 70 años con un porcentaje de 37%.

En segundo lugar el tiempo asignado al tratamiento, en donde la mayoría de los pacientes (65%) asegura estar totalmente de acuerdo, y con relación al género las mujeres refieren mayor satisfacción en ese aspecto 38% contra el 27% que considera el género masculino. Esto coincide con el estudio del cuestionario original de la Universidad de Barcelona⁴ en donde la mayoría de los pacientes coinciden de forma positiva en relación a la pregunta planteada.

En relación al proceso²⁸ también se encuentran inmersas las siguientes preguntas, en donde se expresan las dudas con respecto al tratamiento protésico y se identifica que la mayoría de los pacientes se consideran



REYNA BLANCO MICHEL



satisfechos con la explicación proporcionada (77% de los pacientes); así como la congruencia de la cita programada y la hora de atención en la clínica de Prosthodontia Total donde la mayoría los pacientes expresan estar totalmente de acuerdo con ello (82% de los pacientes). Se incluyen también en esta categoría las preguntas con respecto al tiempo entre una cita y otra tomando en cuenta la disponibilidad del tiempo de los pacientes y la pregunta en la cual se aclaran las características inherentes al tratamiento protésico, en donde la mayoría de los pacientes considera estar totalmente de acuerdo con un porcentaje de 73% y 77% respectivamente. Los resultados son congruentes con la literatura reportada ^{3,4}, en donde también se evidencia que el género masculino refiere estar mayormente en desacuerdo con respecto al género femenino.



X. CONCLUSIONES

1. Se puede destacar la percepción positiva que los adultos mayores tienen acerca de los servicios y la atención odontológica proporcionados en la clínica de Prostodoncia Total en la Facultad de Odontología, UNAM.
2. El género femenino asiste con mayor proporción a la clínica de Prostodoncia Total. Además de que se identifica que tienen mayor percepción positiva en el desarrollo de la satisfacción.
3. De forma contraria el género masculino, los resultados obtenidos refieren tener menor satisfacción con respecto al género femenino, en la mayoría de las preguntas planteadas.
4. La relación odontólogo-paciente se refleja de manera positiva puesto que se reconoce que la mayoría de los adultos mayores (%) están totalmente de acuerdo.
5. El ambiente de la clínica y sus instalaciones proporcionan una satisfacción positiva de forma consistente en el paciente adulto mayor que es atendido en la clínica de Prostodoncia Total.

Por lo anterior se considera que los programas de atención odontológica de la clínica de Prostodoncia Total son eficaces y brindan un servicio de atención satisfactorio en la mayoría de la población de adultos mayores, considerando el presente trabajo como una herramienta útil que sirva



REYNA BLANCO MICHEL



como referente para impulsar futuras investigaciones que aporten más información a la institución con respecto a la satisfacción en relación a la atención odontológica en diferentes clínicas y con otro tipo de poblaciones.



XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torres González GC., y León Manco RA. Nivel de satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio de Ortodoncia de una Clínica Dental Docente peruana. Revista de Estomatología Herediana. (Revista en internet) 2015, 25(2). Consultado 1-marzo-2016. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000200005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1019-4355.
2. Castañeda Deroncelé M. Methodological proposal for the evaluation of quality in clinical services for stomatological services. Revista MEDISAN (Revista en internet). 2013 Oct 17(10): 7049-7056. Consultado 1-febrero-2016. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001000018&lng=es.
3. López Garvía, A. J. (2012). Tesis, Estudio de la satisfacción del paciente en odontología mediante cuestionarios de salud: adaptación al español del cuestionario "dental satisfaction questionnaire".
4. López López, J., Terrades Oliver, M., Rodríguez Poblador, F. J., Roselló Llabrés, X., Jané Salas, E., & Chimenos Küstner, E. (2002). Encuesta de satisfacción a los pacientes que acuden al servicio de primeras visitas y de Integrada de Adultos de la Clínica Odontológica Universitaria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona. Avances en Odontoestomatología, 2002, vol. 18(3); 143-151. Consultado 3-febrero-2016. Disponible en <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/67863/1/521446.pdf>



5. Organización Mundial de la Salud. Salud de los adolescentes. (Sitio en Internet). Consultado el 19-febrero-2016. Disponible en <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
6. Duque-Duque VE., Tamayo-Castrillón J., Echeverría Cadavid PA., Gutiérrez-Osorio AY. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. CES odontol. (Revista en Internet). 2013 26(1): 10-23. consultado 21-febrero-2016. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2013000100002&lng=en.
7. Alonso Galbán P., Sansó Soberats FJ., Díaz-Canel NA. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Revista Cubana Salud Pública (Revista en internet). 2007 33(1): 112-116. Consultado 19-febrero-2016. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es.
8. Manrique Espinoza B., Salinas Rodríguez A., Moreno Tamayo KM. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. Revista Salud pública México (Revista en la Internet). 2013 55(2): 323-331. Consultado 19-febrero-2016. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800032&lng=es
9. Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México. México: Consejo Nacional de Población. Consultado 23 de febrero de 2016. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx>
10. Laplace Pérez BN., Legrá Matos SM., Fernández Laplace J., Enfermedades bucales en el adulto mayor. CCM (Revista en la Internet). 2013 17(4): 477-488. Consultado 21-febrero-2016;



Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400008&lng=es.

11. Reyes Torres I., Castillo Herrera JA. El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. Revista Cubana Investigación Biomédica (revista en la Internet). 2011 Sep 30(3): 454-459. Consultado 26-febrero-2016. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002011000300006&lng=es.
12. Alvarado García A.M., Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos (Revista en la Internet). 2014 Jun 25(2):57-62. Consultado 22-febrero-2016. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>.
13. Espinoza Santander I. Bioética y asignación de recursos para la atención odontológica del adulto mayor en Chile. Revista Clínica Periodoncia Implantología y Rehabilitación Oral (Revista en Internet). 2011 Agosto 4(2): 80-82. Consultado 19-febrero-2016. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072011000200008&lng=es.
14. Chong Daniel A. Bio-psycho social aspects shattering elderly health. Revista Cubana Médica General e Integral (Revista en la Internet). 2012 Jun 28(2): 79-86. Consultado 21-febrero-2016. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000200009&lng=es.
15. Díaz Cárdenas S., Arrieta Vergara K., Ramos Martínez K. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. Revista Clínica Médica Familiar (Revista en la Internet). 2012 Feb 5(1): 9-



16. Consultado 22-febrero-2016. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2012000100003&lng=es.
16. Roig Hechavarría C, Ávila Fernández E, Mac Donal Bron D, Ávila Fernández B. La atención al Adulto mayor: un reto para la medicina contemporánea. Revista Cubana de Medicina General Integral [revista en Internet]. 2015 31(3) 164-169. Consultado 25-febrero-2016. Disponible en:
<http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/65>
17. Naranjo Hernández Y., Figueroa Linares M., Cañizares Marín R. Envejecimiento poblacional en Cuba. Gaceta Médica Espiritu (Revista en la Internet). 2015 Dic 17(3): 223-233. Consultado 25-febrero-2016. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000300025&lng=es.
18. Rosales Rodríguez RC., García Díaz RC., Quiñones ME. Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor. Revista MEDISAN [(Revista en la Internet). 2014 Ene 18(1): 61-67. Consultado 26-febrero-2016. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=Sa1029-30192014000100009&lng=es.
19. Ferrada Mundaca I., Zavala Gutiérrez M. Bienestar psicológico: adultos mayores activos a través del voluntariado. Revista Ciencias en enfermería. [Internet]. 2014 Abr 20(1): 123-130. Consultado 21-febre-2016. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000100011&lng=es.
20. Custodio N. Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? Anales de la



Facultad de medicina. (Revista en internet). 2012, 73(4); 321-330. Consultado 25-febrero-2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832012000400009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1025-5583.

21. García Alfonso J., García Miguel Á. Nuevas formas de envejecer activamente: calidad de vida y actividad física desde una perspectiva psicosocial. *Escritos de Psicología* (Revista en la Internet). 2013 Agosto 6(2): 1-5. Consultado 25-febrero-2016. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092013000200001&lng=es.
22. Reyes Fernández S., Paredes-Solís S., Legorreta Soberanis J., Romero-Castro NS., Flores Moreno M., Andersson N. Satisfacción de usuarios con los servicios de salud bucal y factores asociados en Acapulco, México. *Revista Cubana Estomatología* (Revista en la Internet). 2015 Septiembre 52(3): 255-267. Consultado 1febrero-2016. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072015000300003&lng=es
23. Hoskins I., Kalache A., Mende S. Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. *Revista Panamericana de Salud Pública* (Revista en Internet). 2005 Jun 17(5-6): 444-451. Consultado 25-febrero-2016. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000500017&lng=es.
24. Cardentey García J., Trujillo Otero PE., Silva Contreras AM., Sixto Iglesias M., Crespo Palacios CL. Oral health of the geriatric population belonging to "Ormani Arenado" Dental Clinic. *Revista Ciencias Médicas* (Revista en la Internet). 2011 Jun 15(2): 76-86.



Consultado 26-febrero-2016. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000200008&lng=es.

25. Torres González GC., y León Manco RA. Nivel de satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio de Ortodoncia de una Clínica Dental Docente peruana. Revista de Estomatología Herediana. (Revista en internet) 2015, 25(2). Consultado 1-marzo-2016. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000200005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1019-4355.

26. Araya Vallespir C., Bustos Leal A., Oliva Belmar P., Araya Gozalvo J. Determinación de la Calidad del Servicio Odontológico de un Centro de Salud Pública Basado en Intangibles: Talcahuano, Chile. Revista Internacional J. Odontoestomatología. (Revista en internet). 2012, 6(3): 349-354. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2012000300018&lng=es.

27. Arocha Bandera Martha Milagros, Márquez Filiu Maricel, Estrada Pereira Gladys Aída, Arocha Arzuaga Alina. Evaluación de la satisfacción de los usuarios y prestadores de servicios en la Clínica Estomatológica "Fe Dora Beris". MEDISAN [revista en la Internet]. 2015 Oct [citado 2016 Mar 01]; 19(10): 1208-1215. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001000005&lng=es.

28. Castañeda Deroncelé M. Methodological proposal for the evaluation of quality in clinical services for stomatological services. Revista MEDISAN (Revista en internet). 2013 Oct 17(10): 7049-7056. Consultado 1-febrero-2016. Disponible en:



http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001000018&lng=es.

29. Avalos-García M I, Romeo-Priego Álvarez H, Morales-García M H, Percepción y consumo de servicios de atención odontológica en el municipio de Comalcalco, Tabasco. *Salud en Tabasco* 2014;20(48-53). Consultado 1-febrero-2016. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48735406004>.
30. Revilla Arias H., González Mustelier D. Satisfacción de los usuarios y prestadores de un servicio de rehabilitación integral. *Revista MEDISAN (Revista en la Internet)*. 2014 Jun 18(6): 776-783. Consultado 1-febreero-2016. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000600005&lng=es.
31. Elizondo Elizondo J., Quiroga García, M. A., Palomares Gorham, P. I., & Martínez González, G. I. La satisfacción del paciente con la atención técnica del servicio odontológico. *Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición (Revista en Internet)*. 2011 Enero 12(1). Consultado 15-febrero-2016. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2011/spn111d.pdf>
32. López Gómez Y., Pérez García L M., Garmas Castillo Y., Rodríguez Acosta M. Satisfacción de especialistas, pacientes y familiares con el servicio de ortodoncia. *Gaceta Médica Espiritu (Revista en la Internet)*. 2014 Agosto 16(2): 88-104. Consultado 15-febrero-2016. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212014000200010&lng=es.
33. Riquelme Pérez M. Metodología de educación para la salud. *Revista Pediátrica de Atención Primaria (Revista en la Internet)*.



- (14.:22). consultado 22-febrero-2016. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000200011&lng=es.
34. De la fuente Hernández J., Sifuentes Valenzuela M.C., Nieto Cruz M.E. Promoción y Educación para la salud en Odontología. México: Ed. Manual Moderno, 2014. Pp. 88-98.
35. Cardoso Silveira L., Cezar Vaz M R., Silva Santos M R., Costa Valdecir Z. Finalidad del proceso de comunicación de las actividades en grupo en la Estrategia Salud de la Familia. Revista Latinoamericana Enfermedades (Revista en Internet). 2011 Abril, 19(2): 396-402. Consultado 22-febrero-2016[cited 2016. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200023&lng=en.
36. López-Portilla J., Pilataxi-Sánchez S., Rodríguez-Escobar L., Velásquez-Rivera A., López-Blandón M., Martínez-Delgado C., & Agudelo-Suárez A. (2013). Determinants of dental care satisfaction in a group of patients attending the Adult Clinic of the Faculty of Dentistry, Universidad de Antioquia. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 12(24), 209-225. Consultado 22-febrero-2016. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272013000100013&lng=en&tlng=en.
37. Rillo Arturo G. Consentimiento informado: aspectos éticos y legislación en la odontología. Revista de Humanidades Médicas (Revista en Internet). 2013 Agosto. 13(2): 393-411. Consultado 22-febrero-2016. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202013000200007&lng=es.
38. Barrantes-Monge, M., Rodríguez, E., & Lama, A. (2009). Relación médico paciente: derechos del adulto mayor. Revista Acta



Bioethica. (Revista en internet) 15(2), 216–221. Consultado el 22-febrero-2016. Disponible en: <http://doi.org/10.4067/S1726-569X2009000200013>

39. Batthyany K., Genta N., Perrotta V. El discurso experto sobre el cuidado desde una perspectiva de género: análisis comparativo entre el cuidado infantil y de adultos/as mayores en Uruguay. Revista austral ciencias sociales (Revista en internet). 2013, 25(3) 23-46. Consultado 19-febrero-2016 Disponible en: http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-17952013000200002&lng=es&nrm=iso. ISSN 0718-1795.

40. Granados Cosme J A., Tetelboin Henrion C., Torres Cruz C., Pineda Pérez D., Villa Contreras BM. Operación del programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD): la función de los gestores en atención primaria y hospitales. Salud pública México (Revista en Internet). 2011 Ene 53(4):402-406. Consultado 22-febrero-2016. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011001000003&lng=es.

41. Giraldo C P, Salamanca Fisiot L M, Vargas C R, Roldán P, Valencia G E, García C L, Evaluación de la calidad en la atención en salud. Un estudio de caso. Revista Colombia Médica 2001 3214-18. Consultado 22-febrero-2106. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28332104>.

42. Real Academia Española. Educación. (Sitio en Internet) 2016. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=J49ADOi>

43. Real Academia Española. Educación. (Sitio en Internet) 2016. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>



REYNA BLANCO MICHEL



44. Real Academia Española. Educación. (Sitio en Internet) 2016.
Disponibile en: <http://dle.rae.es/?id=0K2DI9N>
45. Real Academia Española. Educación. (Sitio en Internet) 2016.
Disponibile en: <http://dle.rae.es/?id=2HmTzTK>



REYNA BLANCO MICHEL



Anexo.



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Folio 000

SEMINARIO DE TITULACIÓN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Como parte del trabajo descriptivo del proyecto de titulación "SATISFACCIÓN DEL ADULTO MAYOR EN RELACIÓN A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PROPORCIONADA EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, UNAM", nos permitimos solicitar su apoyo, atendiendo las respuestas formuladas al respecto.

Instrucciones: lea cuidadosamente cada pregunta y elija con una cruz la opción de respuesta que considere más adecuada de acuerdo con su percepción de la atención recibida:

EDAD: 60 a 70 años 71 a 80 años 81 años en
adelante

GENERO: Femenino Masculino

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo
1.- ¿Le ha parecido correcto el trato recibido en la clínica de Prostodoncia Total?				
2.- ¿Le han aclarado todas las dudas que tenía?				
3.- ¿Le parece buena la organización de la clínica de				



Prostodoncia Total?				
4.- ¿Encuentra la clínica de Prostodoncia Total confortable?				
5.- ¿Podría mejorarse la clínica de Prostodoncia Total?				
6.- ¿Cree que el tiempo que le han dedicado es el adecuado?				
7.- ¿El tiempo que le han asignado entre cita y cita se adapta a su disponibilidad?				
8.- ¿Cree correcta la relación entre calidad y precio?				
9.- ¿Le han explicado en qué consistiría su tratamiento?				
10.- ¿La hora en que usted es atendido a coincidido con la hora en que le programaron su cita?				