



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE SALUD
BUCAL EN PACIENTES EDÉNTULOS QUE ASISTEN
AL CENTRO INAPAM, DELEGACIÓN TLALPAN,
Cd. Mx. 2017.

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:

GERARDO ZUÑIGA DÍAZ

TUTORA: C.D. MARÍA CONCEPCIÓN RAMÍREZ SOBERÓN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Le agradezco ante todo a DIOS por permitirme llegar a este momento, por siempre estar conmigo, a mi mamá Lucila Díaz Aguilar, a mi papá Ignacio Zúñiga Zúñiga, a mi hermano Sergio Zúñiga Díaz por darme todo este tiempo su apoyo sin ellos no hubiese llegado hasta donde estoy ahora, ustedes son la fuerza que me ayudo a concluir este ciclo.

Le agradezco a mi escuela primaria Catalina Cardona Nava donde comencé mis estudios con buenos profesores, a mi escuela secundaria Luis Donald Colosio Murrieta en donde conocí buenos profesores que me motivaron a seguir adelante.

Le quiero agradecer enormemente a la UNAM mi segunda casa por recibirme en una de sus preparatorias, la ENP 1 “Gabino Barreda”, en la cual aprendí mucho con todos los excelentes profesores con los que curse, sin duda uno de los elementos más importantes que me ayudaron a descubrir mis fortalezas y debilidades.

Le agradezco a la Facultad de Odontología por permitirme continuar con mis estudios que si bien no fue lo que más quería a través de los años me di cuenta que era algo que debía hacer y por algo estaba aquí. A todos los cirujanos dentistas, especialistas, médicos sus conocimientos sin duda son lo que me mantuvo a seguir. A todos los pacientes que estuvieron siempre y confiaron en mí su salud bucal.

Por último quiero agradecerle a la C.D. María Concepción Ramírez Soberón por ser mi tutora, por su apoyo y ayuda, a la Maestra Arcelia Meléndez, que me permitio realizar esta tesina, gracias.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. ANTECEDENTES	6
2.1. México y la tercera edad.....	6
2.2. Estado de salud del adulto mayor.....	11
2.3. Aspectos relevantes del envejecimiento.....	13
2.3.1. Cambios biológicos.....	13
2.3.2. Aspectos psicosociales.....	15
2.4. Edentulismo problema de salud oral.....	18
2.5. Edentulismo parcial y su clasificación.....	22
2.6. Factores de riesgo en la pérdida de dientes.....	23
2.6.1. Asociados a género y edad.....	23
2.6.2. Asociados a factores biológicos y genéticos.....	25
2.7. INAPAM.....	27
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
4. JUSTIFICACIÓN	30
5. OBJETIVOS	31
5.1. Objetivo general.....	31
5.2. Objetivos específicos.....	31
6. MATERIAL Y MÉTODO	32
6.1. Tipo de estudio.....	32
6.2. Población de estudio.....	32
6.3. Criterios de inclusión.....	33
6.4. Variables de estudio.....	33
6.5. Aspectos éticos.....	33
6.6. Recursos.....	33
7. RESULTADOS	35
8. CONCLUSIONES	45
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
10. ANEXOS	51



1. INTRODUCCIÓN

Los estudios sobre el estado de salud oral en los adultos mayores son poco frecuentes, la falta de programas e interés de la sociedad e incluso del adulto mayor por sí mismo da como resultado una mala salud bucal, generando un impacto negativo en la calidad de vida y la autoconfianza de las personas mayores.

En la actualidad con el avance de la odontología se tiene como principal tarea mantener en boca el mayor número de dientes durante el mayor tiempo posible, sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados, la pérdida de dientes y el edentulismo se sigue presentando de forma común.

La pérdida de dientes es el resultado complejo que refleja la historia de la enfermedad dental, su tratamiento, así como los determinantes sociales de la salud en los individuos a lo largo del curso de la vida; también muestra las actitudes que toman tanto el paciente como el odontólogo con relación a la enfermedad, la disponibilidad y accesibilidad de los servicios dentales, así como procedimientos que se encuentran disponibles en el momento de solicitar algún tratamiento.

El edentulismo total es el estado en el que todos los dientes han sido extraídos por cualquier causa a través de un proceso multifactorial que envuelve factores biológicos, ambientales y factores relacionados con el paciente.

La etiología del porque se pierden los dientes y se llega al edentulismo total se atribuye a distintas razones: caries dental, enfermedad periodontal, traumatismo, razones ortodónticas y fracasos endodónticos.



Considerar que existen grupos vulnerables provee la facilidad en la toma de decisiones para las estrategias de salud, involucrando así a los distintos perfiles de la población (económicos, sociales, culturales y demográficos) que participan en el proceso salud-enfermedad.

Cada vez se crea mayor conciencia en la población que la salud bucal es un tema de salud general, pero no existen políticas de gobierno que brinden medidas preventivas, de promoción y de rehabilitación adecuada de la salud bucal.

Es vital dar a conocer la importancia de realizar estudios y programas de salud bucal mejorando la calidad de vida y dando una dimensión real del problema, caracterizando los diferentes factores que conllevan a la pérdida dental, ya que conociendo las características de la problemática será posible enfocarse en la prevención en lugar de la rehabilitación.



2. ANTECEDENTES

2.1. México y la tercera edad.

La tercera edad, también enunciada como vejez, empieza a los 60 años y a veces cuando la mujer tiene la menopausia también es un término antrópico-social que hace referencia a la población de personas mayores o ancianas, normalmente jubilada y de 65 años o más. Hoy en día, el término va dejando de utilizarse por los profesionales y es más utilizado el término Personas Mayores.³

El progresivo envejecimiento de la población es uno de los mayores retos que han de enfrentar los gobiernos y la sociedad. El descenso de la fecundidad y la mortalidad, así como el alargamiento de la vida media han contribuido al incremento proporcional de las personas adultas mayores. Este proceso, aunque paulatino, determina el aumento acelerado de las personas de 60 años y más.⁵

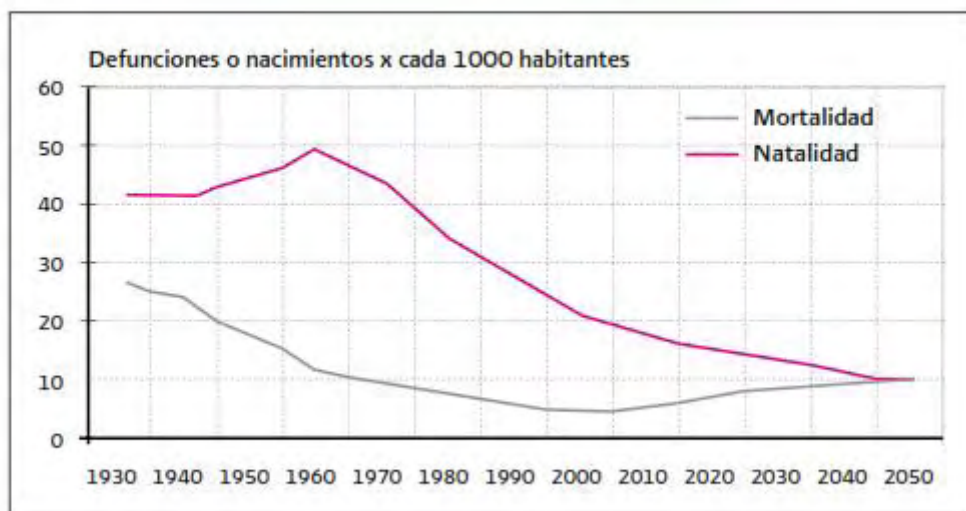
El cambio en la estructura de la población por edades en nuestro país se traducirá en una serie de desafíos. El incremento de las personas adultas mayores demanda la atención en aspectos de seguridad social, salud, económicos, laborales y de educación, entre otros.⁵

Así mismo, será indispensable crear las condiciones necesarias para evitar el deterioro en la calidad de vida durante la vejez. En México, esta transición da lugar a un aumento en el número de personas adultas mayores, lo que significa uno de los mayores retos que se deberán afrontar.⁴

Los cambios en los perfiles demográficos crean exigencias tangibles tanto para las familias como para los sistemas y servicios de salud.⁵



Transición demográfica de México



Fuente: Estimaciones del CONAPO

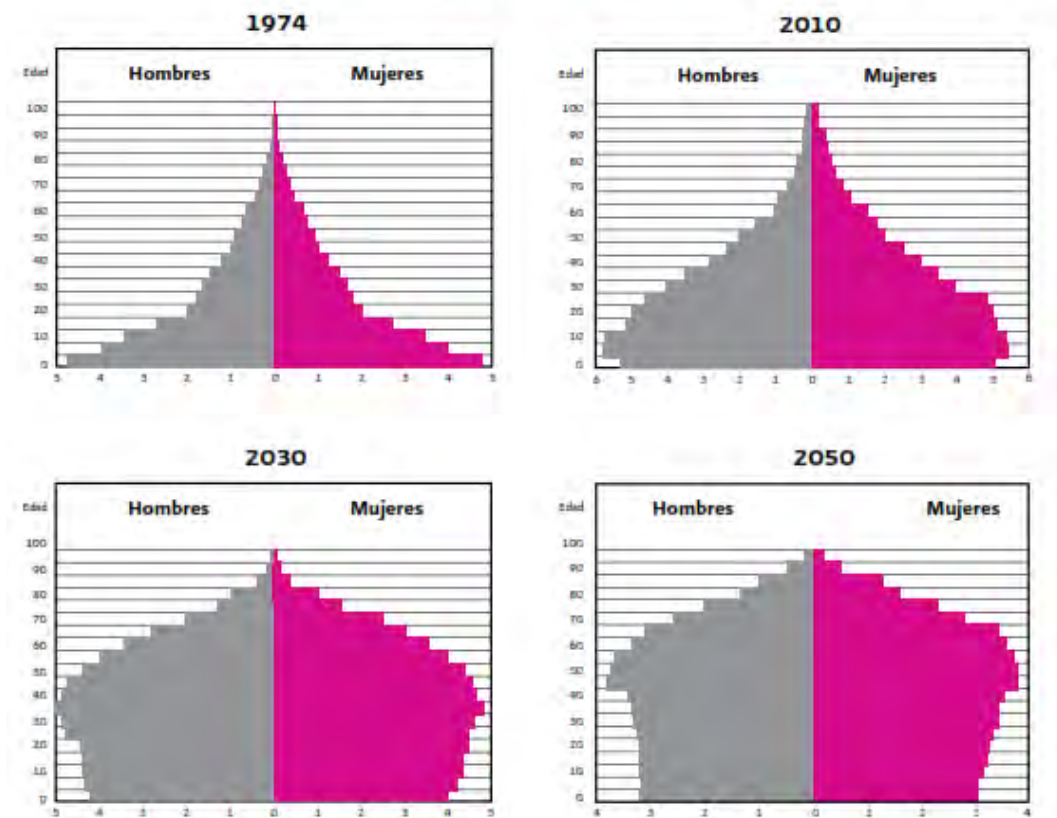
Gracias a los avances tecnológicos, la esperanza de vida de los mexicanos se duplicó durante la segunda mitad del siglo XX, al pasar de los 36 años en 1950 a 74 años en el año 2000. Se espera que en las próximas décadas continúe su incremento hasta alcanzar 80 años en el 2050. Según estimaciones de Conapo, la esperanza de vida de las mujeres en el 2011 es de 77.9 años y de 73.0 años para los hombres, cifras que se prevé aumenten en el 2050 a 83.6 y 79.0 años, respectivamente.⁴

La estructura por edades en la pirámide poblacional de 1970, con una base muy amplia y una cúspide angosta da cuenta del predominio de la población infantil que caracterizó una época de alta fecundidad. En el año 2000 se observa una pirámide abultada en el centro que refleja el aumento en el número de personas jóvenes y en edad laboral así como una base más estrecha, que es el resultado de la disminución en la proporción de niños de 0 a 4 años de edad.⁴



La evolución de la fecundidad y de la mortalidad permite anticipar que la base de la pirámide continuará reduciéndose, por lo que la población infantil tendrá menor peso relativo y será menos numerosa. Las siguientes generaciones que nacieron en la época de alta fecundidad (1960-1980) comenzarán a engrosar la parte superior de la pirámide conforme alcancen los 60 años de edad.⁵

Pirámides de población de México



Fuente: Estimaciones del CONAPO

En los próximos 40 años, la situación demográfica del país ofrecerá una ventana de oportunidad, en la cual el sector activo laboralmente crecerá con mayor rapidez que los sectores dependientes, solo las inversiones en salud y sociales adecuadas harán posible una longevidad sana y activa que signifique una menor carga económica para las generaciones del futuro. Como parte de esta planificación se tienen que proponer políticas, legislar



y crear programas para que las personas mayores reciban lo necesario para su bienestar biopsicosocial.⁴

Las sociedades están sujetas a transformaciones dinámicas constantes, determinadas por condiciones socioeconómicas, políticas, ideológicas y culturales. El avance científico y tecnológico produce una dualidad de expresiones: por un lado, mejoría en las condiciones de vida de las poblaciones con incremento en los niveles de educación, acceso a los servicios públicos y de salud; por otro, disminución de los índices de fecundidad, natalidad, morbilidad y mortalidad.⁴

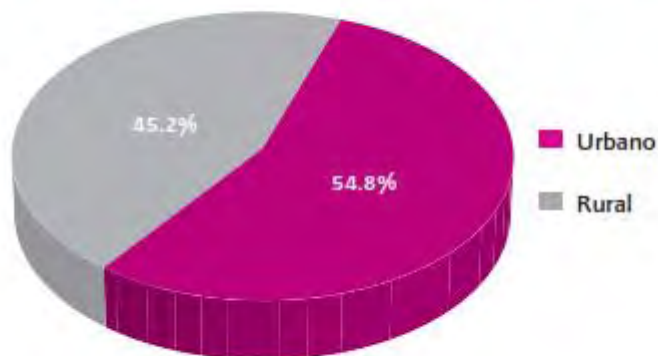
En el 2000 había 20.5 adultos por cada 100 niños, este índice se incrementará paulatinamente en el presente siglo. Se espera que el número de adultos mayores sea igual al de niños alrededor del año 2034 y que el índice alcance una razón de 166.5 adultos mayores por cada 100 niños en el 2050.⁵

La población adulta mayor incrementa su tamaño a un ritmo que duplica al de la población total del país. A mediados del presente siglo habrá poco más de 36 millones de personas adultas mayores de las cuales más de la mitad tendrán más de 70 años.⁵

En la edad avanzada, el deceso en hombres es mayor que en las mujeres. Este comportamiento es característico del proceso de envejecimiento en todos los países, pero es más pronunciado en los países desarrollados, ya que en ellos las diferencias en la esperanza de vida entre hombres y mujeres es de 5.78 años.⁵



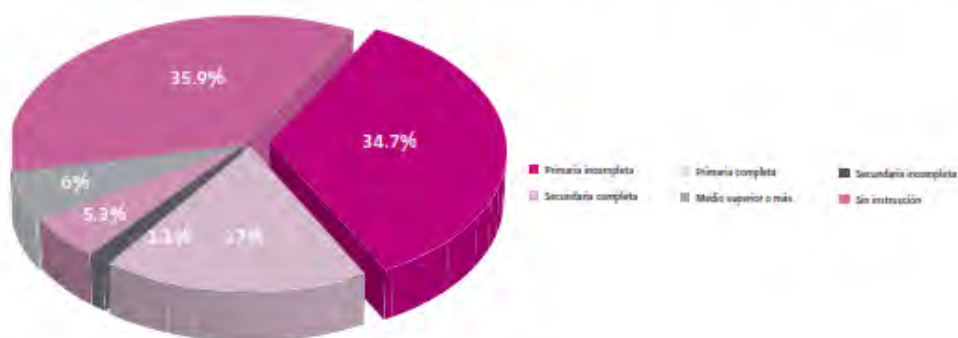
Distribución de las personas adultas mayores por tipo de localidad



Fuente: Estimaciones del CONAPO

La educación impacta en la calidad de vida de la población, y las personas adultas mayores no son la excepción. En México se han logrado incrementos sustantivos en el nivel educativo de la población, las personas adultas mayores son depositarios de los rezagos acumulados por décadas, lo que los ubica en una situación de desventaja con respecto a otros grupos de edades.⁴

Distribución porcentual de las personas adultas mayores por nivel educativo



Fuente: Estimaciones del CONAPO



2.2. Estado de salud del adulto mayor

Las personas adultas mayores demandan un mayor consumo de bienes y servicios en función de sus necesidades, esto deberá sostenerse por el trabajo de los sectores productivos de la población. Este sector muestra una gran heterogeneidad socioeconómica, acompañada de sus propias manifestaciones de desigualdad.^{1, 2, 4}

Uno de los derechos fundamentales de los hombres y mujeres adultos mayores es gozar de una vejez digna. Una forma de identificar la presencia de condiciones que favorecen el desarrollo pleno de capacidades y opciones es el índice de desarrollo social, el cual se mide por lo que ofrecen las regiones y municipios del país.^{1, 2, 4}

La salud integral de las personas adultas mayores está directamente relacionada con su calidad de vida. Uno de los pilares fundamentales para favorecer el envejecimiento saludable es el autocuidado, el cual debe incluir hábitos de salud física, emocional, espiritual y mental. La auto percepción del estado de salud ha demostrado su valor a través de los años como indicador fiable de la misma, esto nos proporciona una estimación del nivel de salud de las y las personas adultas mayores en nuestro medio. Por otra parte, quienes están satisfechos con la vida gozan de una mejor salud y de una mejor calidad de vida que los demás.⁴

En los últimos 20 años la salud de las personas en edad media y avanzada en México se encuentran afectadas por una interacción poco usual entre enfermedades crónicas actuales y los efectos residuales de enfermedades infecciosas durante la niñez, estas enfermedades han disminuido en el grupo de las personas adultas mayores, mientras que las muertes por padecimientos crónico degenerativos, han aumentado, tendencia que se va

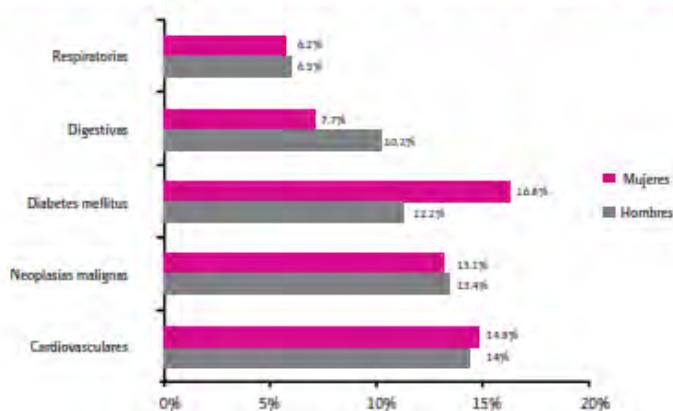


a acentuar en el futuro, por lo que los costos de atención a la salud de este grupo poblacional se van a incrementar.^{1, 2, 4}

La salud, su cultivo, su deterioro o su pérdida están ligados a los modos de vida social, a los riesgos y retos ambientales, a los alimentos que consumimos, a la vida productiva, a la distribución desigual de los recursos socioeconómicos y consecuentemente al espacio en el que viven los individuos y las comunidades.⁴

Esto requiere de medidas preventivas como la educación para una buena salud que ayude a evitar complicaciones de enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, digestivas y respiratorias, que son la principal causa de muerte en las personas adultas mayores, así como una rehabilitación oportuna.⁴

Causas de defunción entre las personas de 60 años de edad y más según sexo



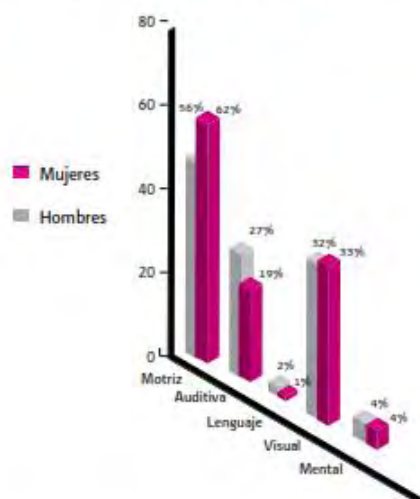
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en defunciones de INEGI

El estado de salud de un adulto mayor se mide por su capacidad funcional y no por los déficits que pueda tener. La funcionalidad expresa la capacidad de una persona adulta mayor para satisfacer sus necesidades de manera autónoma, independiente y satisfactoria para sí mismo.⁵



Esto significa que las personas adultas mayores funcionales en lo físico, mental y social con una percepción subjetiva de bienestar, en relación con su edad y su contexto sociocultural son consideradas como sanas, aún si se presenta algún padecimiento crónico bajo control.⁵

Tasas específicas de discapacidad para las personas adultas mayores por sexo



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda

2.3. Aspectos relevantes del envejecimiento

2.3.1. Cambios biológicos

El envejecimiento es un proceso universal, esperamos que en un futuro el conocimiento de los cambios fisiológicos relacionados con la edad permita diferenciar las características, signos y síntomas de enfermedades, por ejemplo la demencia, que no es consecuencia de este proceso y debe ser investigada como cualquier otro padecimiento.²³

La diversidad de enfermedades propias de la vejez ofrece muchos problemas de diagnóstico y tratamiento, particularmente cuando se plantea



la necesidad de diversos abordajes terapéuticos, los cuales están asociados con múltiples posibilidades farmacológicas.²¹

Los órganos están formados por una variedad de tejidos y estos por una variedad de células y elementos extra-celulares; cada uno de estos órganos envejece a su propia velocidad, el grado de deterioro varía de acuerdo con el tipo celular.^{21, 22, 23}

Con la edad suelen presentarse cambios en el patrón de la marcha, tales como inestabilidad, ensanchamiento de la base de apoyo, paso lento, postura encorvada, disminución de la movilidad de los brazos. Esto puede ocasionar caídas con graves consecuencias en las personas adultas mayores.²²

La disminución de la masa corporal magra (sarcopenia) lleva a la pérdida de la fuerza muscular constituyendo una muestra inequívoca de envejecimiento, paralelo a esto se observa aumento en la distribución de la grasa, descenso del contenido de agua, disminución de células y reducción mineral del hueso.²²

En corazón y pulmones se observa disminución en sus funciones llevándolos incluso a la insuficiencia funcional de estos órganos debido a las arritmias cardíacas, disminución de la elasticidad pulmonar, rigidez de la pared torácica y disminución de la elasticidad de las grandes arterias.²¹

Se manifiestan algunos cambios cerebrales, que no está demostrado tengan relación con la capacidad intelectual, pero son cambios crónico degenerativos que pueden ocasionar algún tipo de demencia.²³



Existen cambios en los procesos homeostáticos que limitan la respuesta del organismo al estrés, haciéndolo más frágil. La regulación del volumen líquido se ve alterada por la disminución de la función renal aproximadamente el 10% por cada década a partir de los 40 años de edad.^{13, 14, 15}

De igual manera se manifiestan algunas alteraciones de los sentidos que pueden llevar a las personas adultos mayores a un terreno de fragilidad, con disminución de la calidad de vida como son: disminución de la visión (catarata), de la audición (sordera), que repercute en su vida familiar y en sus actividades sociales, desequilibrio que se manifiesta por crisis vertiginosas que pueden ocasionar caídas.^{13, 14, 15}

Cabe señalar que aún hay mucho por conocer y que es necesario realizar mayor número de investigaciones para dar respuesta a muchas incógnitas. El enfoque preventivo es esencial para hacer frente a los problemas de las personas adultas mayores a fin de prevenir y retrasar el deterioro funcional.^{13, 14, 15}

2.3.2. Aspectos psicosociales

La manera de envejecer está determinada por la acción conjunta de varias causas, están involucrados factores sociales, psicológicos, ecológicos y biológicos.^{11, 12}

Se debe entender a la persona adulta mayor en el marco de un contexto sociocultural, antropológico, familiar, económico y jurídico en un momento histórico determinado y con una historia de vida personal.^{11, 12}



Cada individuo envejece de diferente manera, siendo el envejecimiento un proceso evolutivo y gradual, sin una causalidad única, que no es una enfermedad ni un error evolutivo, es un proceso multidimensional.^{11, 12}

Cuando las personas envejecen se retiran del mercado de trabajo, porque así lo establece la ley, por las fuertes presiones sociales para que los mayores dejen sus puestos a los más jóvenes y por la discriminación en las contrataciones, negándoles oportunidades de trabajo, de ahí que la jubilación signifique una pérdida de identidad social.^{11, 12}

Hasta el momento, la sociedad ha sido incapaz de definir un conjunto de actividades para quienes se retiran del trabajo, no se ha creado un rol que sustituya al de trabajador ni se ha definido una función social alternativa, de ahí el aburrimiento, la sensación de inutilidad y la necesidad de buscarse actividades con las cuales se llene el tiempo de ocio (Centros Culturales, Clubes), el impacto psicológico que causa el retiro es más manifiesto en los hombres que en las mujeres, para quienes quedarse en casa significa constituirse en un estorbo para los demás, no tener nada que hacer y auto devaluarse como individuo.^{11, 12}

Envejecer bien o mal dependerá, dentro de los márgenes fijados por el contexto social, de los mismos individuos. El grupo de personas envejecidas es cada vez más grande y pugnará por la salud y los servicios relacionados con la vivienda, las pensiones y oportunidad laboral, entre otros.^{4, 5}

Durante la vejez la persona experimenta una serie de situaciones desconocidas y difíciles a las que ha de adaptarse adecuadamente. Esto dependerá tanto de sus propias habilidades en el manejo y control de las mismas como del apoyo que la familia y la sociedad le brinde.^{4, 5}



Habr  de considerar los mitos y prejuicios arraigados y reforzados por la sociedad y de quien considera a la vejez como enfermedad, deterioro, discapacidad y déficit. En general esto es más notorio cuando el deterioro cognitivo, o ciertos cambios de la personalidad son juzgados como parte normal del proceso de envejecimiento.^{11, 12}

Los aspectos psicológicos del envejecimiento se dan de manera normal o patológica en las funciones mentales superiores, donde la persona debe adaptarse a esta situación, considerando sus procesos de conocimiento, personalidad, vida afectiva y espiritual, y la interacción con el medio social y cultural.^{11, 12}

El uso de estereotipos se conoce como "viejismo", el cual consiste en definir a la persona de edad avanzada a través de una serie de calificativos negativos que resumen no solamente las actitudes negativas, sino las reacciones hostiles del individuo de cualquier edad, pero que se imputan al viejo, a la vejez o al envejecimiento. Lo anterior no es más que un reflejo del desconocimiento que existe en torno a esta etapa de la vida.

La experiencia adquirida a lo largo del ciclo de vida, la interacción de los factores culturales, sociales e históricos, la situación de salud y los procesos de adaptación, van a determinar en gran parte los aspectos psicosociales del individuo que envejece.^{11, 12}

A medida que las personas se van haciendo mayores, experimentan ciertas pérdidas de memoria, no solo porque de pronto son incapaces de recordar una cara o un nombre sino también porque les resulta difícil retener nuevas informaciones. No se puede seguir afirmando que la vejez es sinónimo de declinación intelectual y cognitiva.^{11, 12}



Si se tienen en cuenta las pérdidas afectivas que se producen en la vejez, no es extraño que la depresión sea el trastorno mental más frecuente en las personas adultas mayores.^{11, 12}

La presencia de algunas enfermedades disminuye las posibilidades de autonomía funcional incrementando la dependencia y fomentando el aislamiento social, en consecuencia disminuye la calidad de vida.^{11, 12}

Se debe trabajar para modificar la percepción negativa que las personas adultas mayores y sus familias tienen de los cambios biopsicosociales que se observan en el proceso de envejecer.^{11, 12}

2.4. Edentulismo problema de salud oral

El edentulismo es la pérdida total o parcial de los órganos dentales, siendo sus causas más importantes la caries dental, la periodontitis crónica, las fracturas radiculares además de factores como nivel sociodemográfico y socioeconómico.^{15 16}

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera al desdentamiento como el resultado de la acumulación de patologías orales, representando un problema de salud pública¹⁴, además de ser el reflejo del éxito o fracaso de varias modalidades preventivas establecidas por un sistema de salud.² Es una situación que se presenta en más del 50% de las personas mayores de 60 años¹⁵ y de acuerdo con la Escuela Americana de Prostodoncia, treinta y cinco millones de americanos son edéntulos y sólo el 90% de ellos son portadores de prótesis¹⁶. El edentulismo total o parcial, es uno de los indicadores más importantes de la salud oral, refleja tanto la carga acumulada de enfermedades y afecciones bucales como los resultados del tratamiento de extracción dental. Los estudios sugieren que el edentulismo



afecta significativamente la calidad de vida, la autoestima y el estado nutricional.^{9, 10, 17}

En los países económicamente desarrollados, la tendencia del edentulismo ha disminuido constantemente. Por ejemplo, en Inglaterra y Gales, la prevalencia de edentulismo para la población adulta disminuyó del 37% en 1968 al 12% en 1998. En Australia, la prevalencia de edentulismo para la población adulta disminuyó del 20,5% en 1979 al 8,0% en 2002. Entre los adultos mayores de 65 años o más, la reducción para los varones fue del 59,7% al 26,5% y para las mujeres del 71,5% al 40,3%. Del mismo modo, en los Estados Unidos, los pocos estudios disponibles sobre adultos de mediana edad y adultos mayores han demostrado que el edentulismo en estos grupos de edad ha estado cayendo durante las últimas décadas.^{8, 9, 13, 21}

El edentulismo generalmente es una reflexión de la experiencia de la enfermedad dental en el pasado. La pérdida de dientes usualmente ocurre debido a la extensa caries dental, pero la enfermedad periodontal, y menos comúnmente el trauma y la mala alineación, también puede dar lugar a la pérdida de dientes. La pérdida de dientes debido a caries tiende a ocurrir más temprano en el curso de la vida, y la enfermedad periodontal se vuelve más importante más tarde en la vida.^{1, 8, 9, 21}

El edentulismo está relacionado con el nivel de educación, la elegibilidad para el cuidado dental público y el seguro dental privado, de la misma manera que se ha demostrado que la caries dental tiene un fuerte gradiente socioeconómico.^{1, 9, 13, 21}

Aunque no existe consenso sobre el número óptimo o mínimo de dientes, generalmente se considera que 20 dientes naturales son el requisito



mínimo para una función y estética satisfactorias, y los adultos con menos de 20 dientes naturales son más propensos a reportar una menor salud bucal relacionada con la calidad de vida.^{1, 8, 9, 21}

Mientras que en muchas poblaciones de todo el mundo las mujeres ciertamente tienen, y continúan teniendo, mayores tasas de pérdida de dientes y edentulismo, las diferencias en la pérdida de dientes por sexo / género probablemente disminuirán en Norteamérica.^{8, 9, 13, 21}

La pérdida de algunos o todos los dientes de la dentición permanente está estrechamente asociada con una serie de enfermedades dentales y metabólicas las cuales tienen múltiples causas, incluyendo la biológica sistémica y la etiología del comportamiento intercultural.⁸

Por ejemplo, la eliminación de los caninos superiores se asoció con el estatus de adulto, la extracción de los incisivos inferiores y los caninos se produjeron en el matrimonio, y la eliminación de los primeros premolares fue un signo de luto.⁸

En otro ejemplo, la ablación de los dientes anteriores continúa entre los grupos étnicos del sur de Sudán y Etiopía. Aunque los incisivos mandibulares y los caninos son más frecuentemente removidos, en cualquier lugar de 2 a 6 dientes mandibulares o maxilares pueden ser removidos en asociación con el logro de la edad adulta, aumentando la estética, emitiendo sonidos lingüísticos especiales, indicando la pertenencia tribal o consumiendo alimentos suaves o líquidos.⁸

Mientras que un espacio edentuloso o una brecha interdental en estos grupos tiene una significación y un valor bien establecidos, entre la mayoría de los grupos europeos y americanos la pérdida de dientes se considera



poco atractiva y se asocia con niveles deficientes de salud, bajo nivel socioeconómico y falta de educación.⁸

En los Estados Unidos, existen pocos datos específicos sobre las diferencias entre la prevalencia de la pérdida de dientes antes de la Encuesta Nacional de Salud de 1960 a 1962. Sin embargo, en ese informe, la pérdida de dientes en adultos era común (en general, el 18% de los adultos eran completamente edéntulos), y que la prevalencia de pérdida de dientes aumentó dramáticamente en personas mayores de 45 años.^{1, 8, 9, 21}

Las tasas de pérdida de dientes y edentulismo disminuyeron en América del Norte durante el segundo semestre del siglo XX, cuando comenzó el movimiento de odontología preventiva. Las tasas de enfermedad se han visto afectadas por la fluoración del agua, el uso generalizado de fluoruro tópico en los dentífricos y los enjuagues bucales y el cambio en el cultivo de la odontología para enfatizar la retención de los dientes.^{1, 8, 9, 21}

Parece que en los últimos años, las diferencias de género / género en el edentulismo entre los blancos han desaparecido, entre los negros y los hispanos, las mujeres son más propensas que los hombres a presentar pérdida dental, aunque se ha demostrado que las mujeres tienen mayores tasas de caries y los hombres con mayor frecuencia tienen enfermedad periodontal.⁸



2.5. Edentulismo parcial y su clasificación.

La ausencia de todos los dientes se conoce como edentulismo o desdentamiento total, el mismo que a su vez puede ser unimaxilar o bimaxilar, mientras que la falta de uno o varios dientes, se denomina edentulismo parcial.¹⁸

Se clasifica de acuerdo al método del Dr. Edward Kennedy, propuesto en el año 1925 con el objetivo de agrupar las arcadas parcialmente edéntulas, para establecer principios que faciliten el diseño de cada situación¹⁹. Este es el sistema de clasificación mundialmente aceptado, debido a que se puede visualizar de manera inmediata el tipo de arcada y permite la diferenciación entre dentaduras parciales dento - soportadas y dento - mucosoportadas.²⁰

La clasificación de Kennedy divide las arcadas parcialmente edéntulas en cuatro tipos básicos.¹⁹

- Clase I: Espacios desdentados bilaterales posteriores a los dientes naturales.
- Clase II: Espacio desdentado unilateral posterior a los dientes naturales.
- Clase III: Espacio desdentado unilateral con dientes naturales remanentes delante o detrás del área edéntula.
- Clase IV: Espacio desdentado único bilateral (que atraviesa la línea media), anterior a los dientes naturales remanentes.

Esta clasificación es difícilmente aplicable en cada situación, si no se siguen ciertas pautas, por lo cual, Applegate elaboró ocho reglas:



- Regla 1: La clasificación debe ser realizada después de las extracciones dentales que podrían alterar la clasificación original.
- Regla 2: Si el tercer molar está ausente y no ha sido reemplazado, no debe considerarse en la clasificación.
- Regla 3: Los terceros molares se consideran en la clasificación, cuando se utilizan como pilares.

La pérdida parcial o completa de la dentición natural es, en realidad, resultado de la afectación de las superficies dentales afectadas por caries dental o de los tejidos de sostén por enfermedades periodontales; ambos procesos patológicos suelen ser crónicos y afectar a los individuos en diferentes épocas de su vida. La caries dental suele ocurrir en los primeros años de vida en tanto que las enfermedades periodontales sobreviven a la mitad de la vida o en años posteriores.

Estos procesos patológicos y sus efectos en el rostro del individuo son más notables a medida que se pierde la dentición natural y progresa al edentulismo parcial hasta llegar a la pérdida total de la dentadura.

2.6. Factores de riesgo en la pérdida de dientes.

2.6.1. Asociados a género y edad.

Aunque algunos autores han propuesto que quizás las mujeres experimentan una mayor pérdida de dientes simplemente porque viven más tiempo, cuando los estudios bien realizados se ajustan a estructuras de edades diferentes entre subgrupos de población, incluidas las de género, las diferencias tienden a atenuarse, pero no están ausentes.^{14, 15,16}

La diferencia más obvia entre los sexos es hormonal: las mujeres tienen una mezcla diferente de hormonas relacionadas con la reproducción en



comparación con los hombres, y la mayoría de las mujeres es probable que experimenten embarazo y lactancia, a menudo múltiples veces en sus vidas.^{14, 15, 16}

Los factores relacionados con la pérdida de dientes que están asociados con los roles de género de la sociedad incluyen: saludables o que promueven la salud, como el tabaquismo, la dieta y la higiene (por ejemplo, uso del hilo dental). Fumar se ha considerado durante mucho tiempo como un factor de riesgo.^{14, 15}

La enfermedad, la pérdida de dientes, y las tasas de tabaquismo suelen variar según el sexo, con mayores tasas de consumo de tabaco en los hombres, pero con grandes variaciones de las diferencias entre hombres y mujeres en las tasas de tabaquismo por país y cultura. Los estudios que analizan los datos por sexo / género, y los estudios limitados a las mujeres confirman que fumar es un factor de riesgo para la enfermedad periodontal y la pérdida de dientes entre las mujeres.^{8, 13, 21, 22}

Estos datos se tradujeron en menores niveles de a-caroteno y b-caroteno en los hombres edéntulos y menores niveles de vitamina C en las mujeres. Las mujeres edéntulas también fueron más bajas en sus puntuaciones de dieta saludable general que sus homólogos dentados. Se ha encontrado que otros componentes de la dieta están relacionados con la pérdida de dientes: un estudio prospectivo reciente encontró que la ingesta dietética de calcio lácteo parecía proteger contra la pérdida de dientes en el futuro en hombres y mujeres.^{8, 13, 17}

Otro estudio prospectivo encontró que las mujeres que habían cambiado previamente su dieta a una que incluía ingestas significativamente más altas de grasas saturadas, grasas trans, colesterol, vitamina B, y una menor



ingesta de grasas poliinsaturadas, fibra, caroteno, vitamina C, vitamina E, vitamina B12, folato, potasio, verduras y frutas (en otras palabras, una dieta predisponente al desarrollo de enfermedades cardiovasculares) perdieron más dientes que las mujeres con dietas más saludables.^{8, 13, 17, 21, 22}

Sin embargo, los estudios sobre la utilización del cuidado médico y dental muestran que las mujeres son más propensas a visitar a un proveedor de atención médica que los hombres y que tienen más probabilidades de acceder a la atención preventiva, incluida la atención odontológica preventiva. ^{8, 13, 17, 21, 22}

2.6.2. Asociados a factores biológicos y genéticos.

Los factores biológicos que influyen en el desarrollo de la caries dental incluyen el flujo salival y la susceptibilidad genética relacionada con el sexo. La saliva protege los dientes de la caries dental por varios mecanismos, incluyendo sus efectos limpiadores y su capacidad para almacenar ácidos producidos por la placa dental. En comparación con los hombres, las mujeres tienen tasas de flujo salivar estimuladas y no estimuladas y secretan inmunoglobulina A, menos saliva, y la menopausia está asociada con xerostomía. Se ha sugerido también que los cambios hormonales relacionados con los patrones alimentarios, la composición salival y las tasas de flujo salival están relacionados con una mayor tasa de caries en las mujeres. ^{8, 13, 17, 21, 22}

Se ha demostrado que las variaciones hormonales afectan la salud bucal, en particular, los cambios en los tejidos blandos intraorales que acompañan al embarazo, como alteraciones fisiológicas, están bien documentadas. Las fluctuaciones de las hormonas sexuales durante el embarazo aumentan la permeabilidad de la vasculatura oral, disminuyen la inmunocompetencia del



huésped y alteran los niveles de las bacterias orales, aumentando así la susceptibilidad a la infección oral, incluida la enfermedad periodontal. La gingivitis es casi universal durante el embarazo y se ha documentado la progresión de la periodontitis durante el embarazo. Aunque la creencia popular que el embarazo debilita los dientes como resultado del agotamiento del calcio es una hipótesis no apoyada, los estudios han demostrado que el aumento de la procreación (paridad) se relaciona con la pérdida de dientes, posiblemente por el aumento de las fluctuaciones hormonales que se producen debido a los embarazos múltiples. ^{8, 13, 17, 21, 22}

Además de los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo, las fluctuaciones hormonales mensuales en la menstruación se cree que juegan un papel en la inflamación gingival en las mujeres, y de hecho puede exagerar la inflamación preexistente en los tejidos gingivales.

También hay pruebas de que la menopausia y la osteoporosis asociada están relacionadas con la periodontitis y la pérdida de dientes, y por el contrario que el uso de tratamiento de reemplazo hormonal se ha asociado con una reducción de la probabilidad de edentulismo. Estos resultados sugieren la posibilidad de un papel protector del estrógeno y la progesterona en la salud bucal. ^{1, 8, 13, 17, 21, 22}

Además, las enfermedades inmunes que afectan el flujo salival afectan desproporcionadamente más a la mujer. Por ejemplo, el síndrome de Sjögren, que afecta al 3% de las mujeres mayores, tiene una preponderancia abrumadora de pacientes femeninas. Varios recientes estudios han demostrado que los pacientes con enfermedades periodontales tienen tasas más altas de artritis reumatoide, una enfermedad con un sesgo de género hacia las mujeres. ^{1, 8, 13, 17, 21, 22}



Estudios recientes sugieren que un gen vinculado al sexo puede explicar, hasta cierto punto, porque las tasas de caries dental puede ser mayor en las mujeres. Estos genes, Amelogenin X (que se encuentra en el cromosoma X) y Amelogenin Y (en el cromosoma Y), código para proteínas que constituyen el 90% de la matriz del esmalte. Aunque la investigación genética sobre la caries está todavía en su infancia, y los factores genéticos y otros factores biológicos que pueden contribuir a las discrepancias de género en la pérdida de los dientes claramente requieren mucha más investigación, estudios recientes en niños han apoyado una asociación entre Amelogenin X y experiencia de caries altas. En última instancia, las diferencias genéticas pueden demostrar ser igual o más importante que los factores ambientales en el desarrollo de la caries dental.^{1, 8, 13, 17, 21, 22}

2.7. INAPAM

En el año de 1979, por decreto presidencial del licenciado José López Portillo se crea el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública, actualmente Secretaría de Salud, para dar respuesta a las demandas de las personas adultas mayores y de la sociedad civil como una oportunidad de atención a este grupo poblacional, en busca de su bienestar.⁴

En octubre de 1980 el INSEN recibe por primera vez presupuesto propio, lo que le permite alquilar una casa e instalar sus oficinas en la colonia Nápoles. A finales de ese año se inicia el programa de afiliación dando lugar por primera vez a un registro de personas de 60 años y más. Los inscritos reciben una credencial que les permite obtener descuentos en diversos servicios, siendo para algunos un documento de identificación personal que hasta el momento no tenían. Entre las primeras acciones que se realizaron estuvieron la atención médica, la promoción de actividades manuales,



culturales y recreativas; los funcionarios visitan varias entidades del país para promover de los servicios, firmándose los primeros convenios a favor de los adultos mayores.⁴

El 17 de enero del 2002 se publica en el Diario Oficial de la Federación el decreto por el cual el INSEN pasa a formar parte de la Secretaría de Desarrollo Social, cambiando su nombre a Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (INAPLEN), con la idea de que el adulto mayor es fuente de experiencia y testimonio vivo de valores y virtudes en plenitud, convirtiéndose en el órgano rector de las políticas públicas de desarrollo social y humano para las personas adultas mayores.⁴

El 25 de junio del mismo año, se publica en el Diario Oficial de la Federación la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, la cual le da el nombre de Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), afirmando su posición rectora y coordinadora en asuntos de la vejez y el envejecimiento.⁴

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía técnica y de gestión para el cumplimiento de sus atribuciones, objetivos y fines, rector de la política nacional a favor de las personas adultas mayores.⁴

Una de las tareas del INAPAM es que el gobierno y la sociedad reconozcan los derechos que tienen las personas adultas mayores para vivir con dignidad; detecta y resuelve problemas, propone y lleva a cabo acciones encaminadas a que la sociedad civil adquiriera una verdadera responsabilidad ciudadana de apoyo, cuidado y respeto para las personas adultas mayores.⁴



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El edentulismo ya sea total o parcial es uno de los problemas de salud bucal que más aquejan a los adultos mayores, así bien como problemas psicológicos en cuanto a autoestima, autopercepción estética, problemas funcionales de masticación que lleva a un cambio en la dieta.

Las principales causas de pérdida dental son caries dental, enfermedad periodontal, con menor frecuencia están los traumatismos, sin dejar a un lado factores socioeconómicos, iatrogenias por parte del odontólogo y tratamientos de ortodoncia.

En la actualidad los adultos mayores se preocupan un poco más de sus problemas bucales, tienen conciencia de los problemas que trae la pérdida de sus dientes sobre todo en edades tempranas así como de los avances en la Odontología

Por lo anterior se hace la siguiente pregunta: ¿Cuál es la importancia de realizar un programa de salud bucal en el adulto mayor?

El odontólogo debe realizar estudios del estado de salud bucal en los adultos mayores que ayudarán a elaborar y evaluar programas de salud a fin de realizar en mayor medida tratamientos preventivos y no de rehabilitación.



4. JUSTIFICACIÓN

Si se logra concientizar a los adultos mayores que deben mantener la mayor cantidad de dientes sanos, o en su defecto mantener las prótesis en buen estado tanto en ajuste como de limpieza se podrá vivir en plenitud en lo que a la salud oral se refiere.



5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar un programa de salud bucal a partir del perfil epidemiológico de pacientes edéntulos parciales o totales en un centro social del INAPAM Delegación Tlalpan.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los principales factores de riesgo relacionados al edentulismo en pacientes adultos.
2. Determinar la prevalencia de pacientes edéntulos parcial o totales por sexo, edad y grado de escolaridad.



6. MATERIAL Y METODO

Se realizó comunicación formal con el Dr. Sergio Salvador Valdés y Rojas, Director de Atención Geriátrica del INAPAM, se asignó un centro cultural ubicado en la calle Alhambra 1113-B, colonia Portales en la delegación Tlalpan. Para recopilar la información se realizó una encuesta por medio de 17 preguntas de opción múltiple en adultos mayores, se realizó una revisión general con guantes y abatelenguas todo esto con previo consentimiento informado y firmado. La información obtenida se comparó entre lo mencionado por los adultos y la revisión bucal realizada, se graficó toda la información en promedios y porcentajes.

Al obtenerse los resultados de las encuestas el programa consistió en pláticas y recomendaciones para reforzar los conocimientos que ya se tenían y dar a conocer nuevos respecto a los tratamientos preventivos y de cuidados en salud bucal.

Para la evaluación del programa de salud bucal se escogieron a 20 adultos mayores aleatoriamente, 10 participaron en las pláticas y recomendaciones, 10 adultos no participaron, los cuales respondieron a las preguntas que se les aplicó con un sí o un no.

6.1. Tipo de estudio

Estudio transversal de intervención.

6.2. Población de estudio

Adultos mayores que acuden a un centro cultural de INAPAM en la Delegación Tlalpan.



6.3. Muestra

50 adultos mayores que acuden al centro cultural de INAPAM en la Delegación Tlapan.

6.4. Criterios de inclusión

- Adultos mayores que acuden al centro cultural.
- Que deseen participar en el estudio.
- Parcial o totalmente edéntulos.

6.5. Variables de estudio

- Independientes: GÉNERO, EDAD, ESCOLARIDAD, ESTADO CIVIL, OCUPACIÓN.
- Dependientes: HIGIENE, CARIES, ENFERMEDAD PERIODONTAL, PRÓTESIS.

6.6. Aspectos éticos

A cada adulto mayor se le explicó el estudio de manera oral y mediante un consentimiento informado. El estudio realizado se llevo a cabo en todo momento respetando la identidad del paciente y la revisión no represento daño para su salud.

6.7. Recursos

6.7.1. Humanos.

- Una tutora.
- Un pasante.



6.7.2. Materiales.

- Computadora.
- Guantes.
- Abatelenguas.

6.7.3. Financieros.

- Corrieron a cargo del tesista.

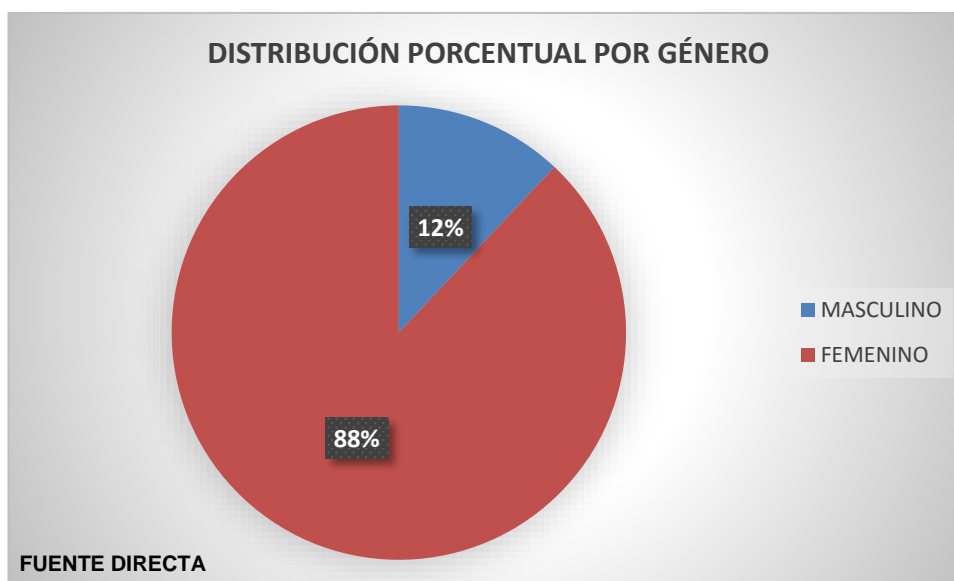
6.7.4. Infraestructura.

- Centro cultural INAPAM, Delegación Tlalpan.



7. Resultados

GRÁFICA 1.



De acuerdo al estudio 44 adultos mayores pertenecen al género femenino (88%) y 6 al masculino (12%).

CUADRO 1.

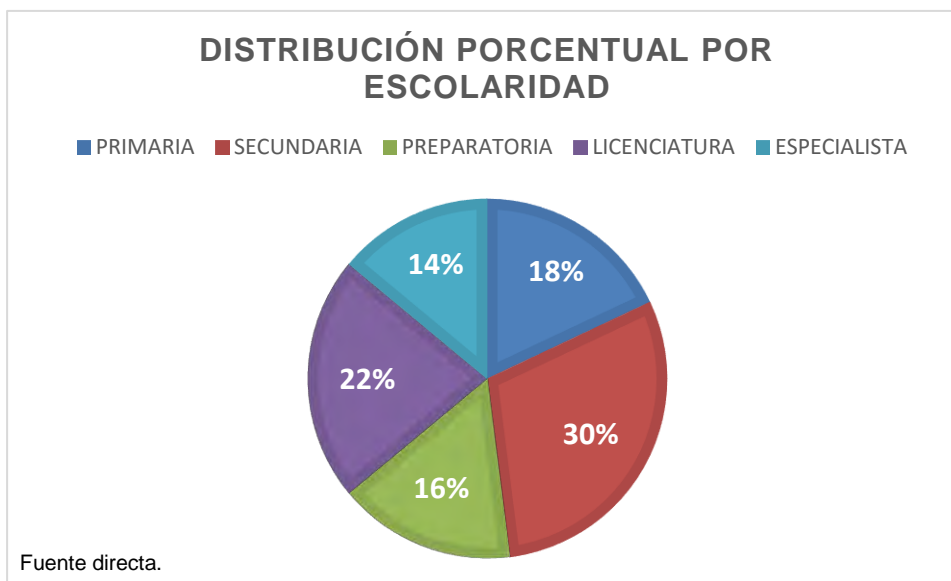
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
61-65	5	10%
66-71	16	32%
72-77	15	30%
78-82	10	20%
83-88	4	8%

Fuente directa.

Los grupos etáreos de mayor participación fue el de de 66 a 71 y el de 72 a 77 años. Solamente 5 se encuentran entre 61 y 65 años, 4 personas se encontraron entre 83 y 88 años.

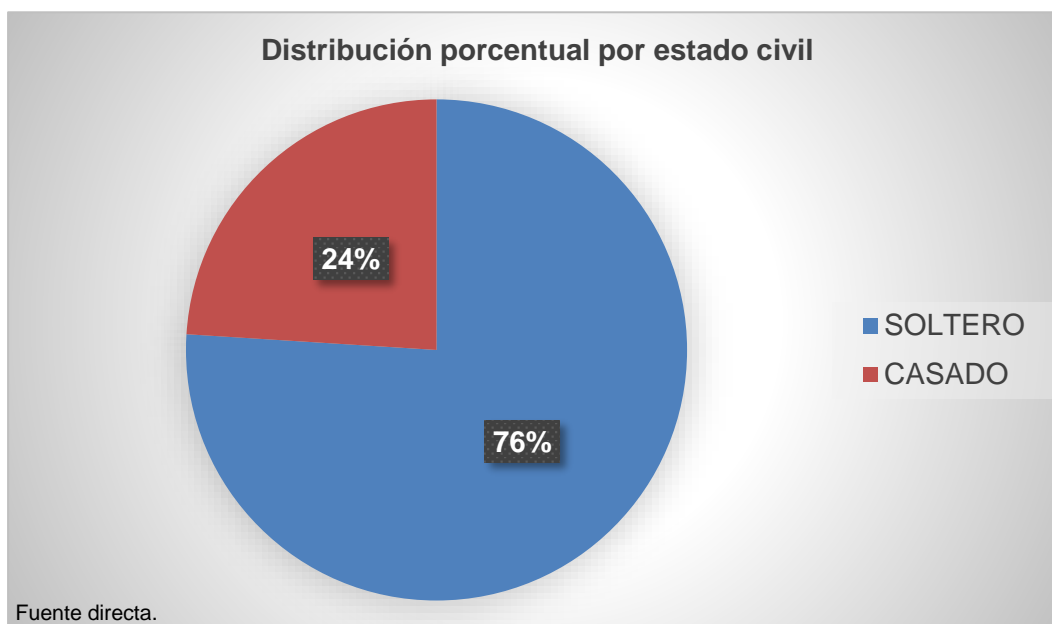


Gráfica 2.



El 18% tiene educación primaria, el 30% secundaria, el 16% preparatoria, 22% licenciatura y 14% tiene una especialidad.

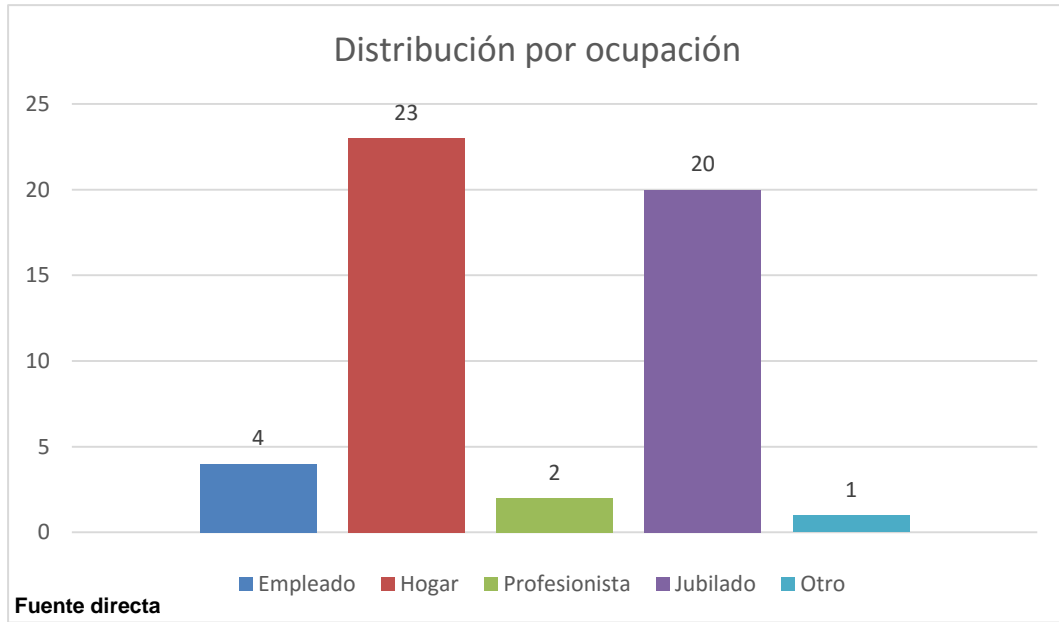
Gráfica 3.



Del total de encuestados 76% (38) respondieron ser solteros, dentro de estos incluían a viudos, divorciados y el 24% (12) respondieron casados.

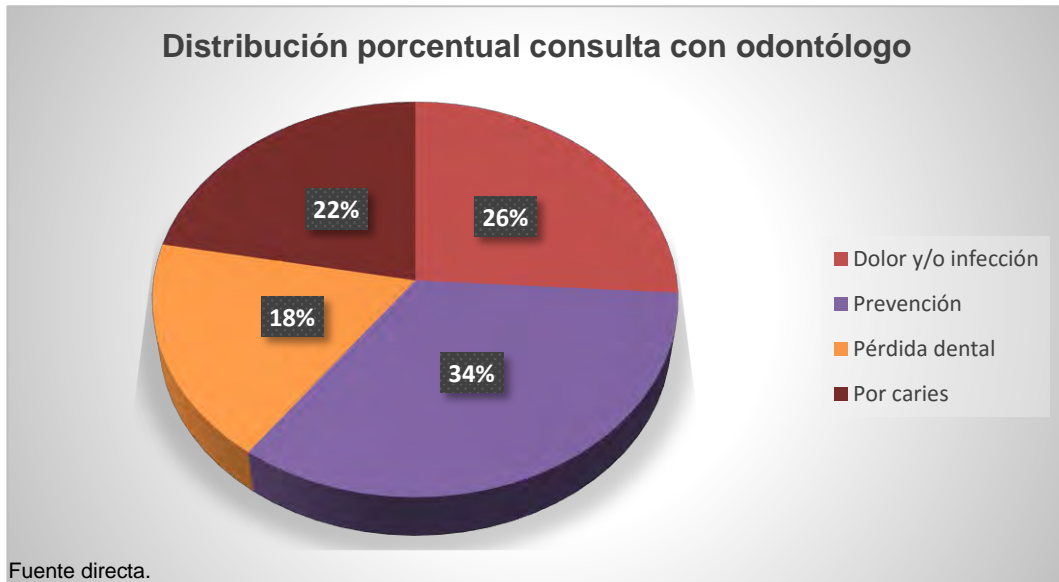


Gráfica 4.



Con respecto a la ocupación, 8%(4) son empleados, 46%(23) se dedican al hogar, 40%(20) jubilados y sola una persona que representa el 2% se dedica a otra cosa.

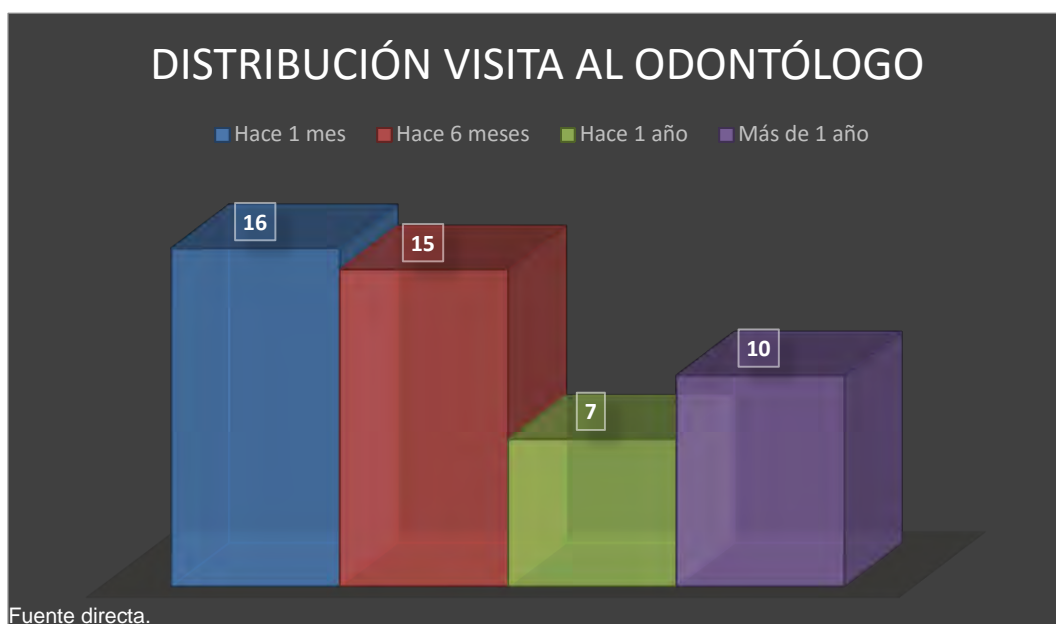
Gráfica 5.



Respecto al motivo de consulta con el odontólogo los encuestados respondieron, prevención el 34%(17), y con menor porcentaje por pérdida de dientes con 18%(9).

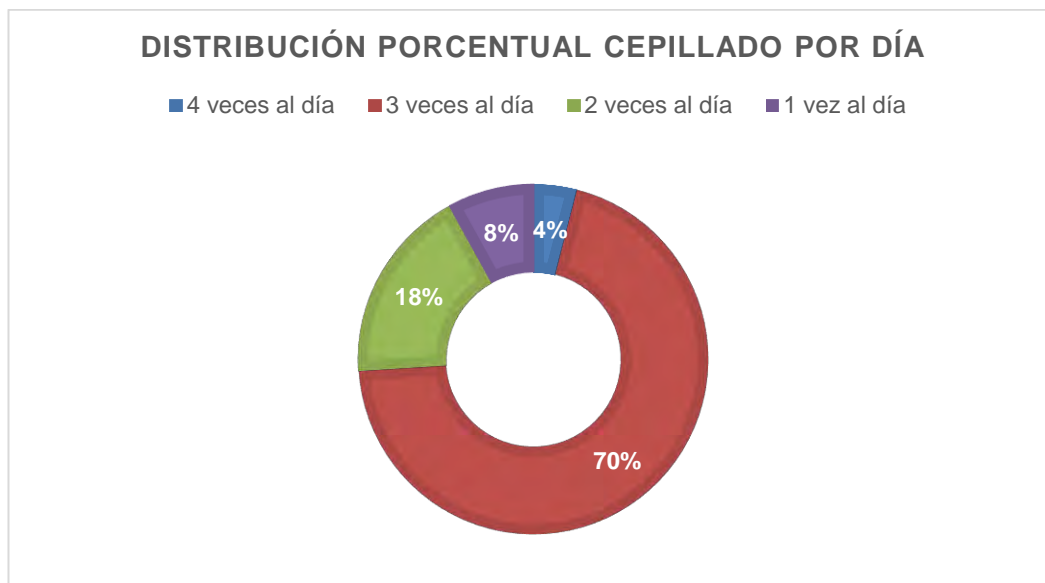


Gráfica 6.



De acuerdo con los encuestados 16(32%), su última visita con el odontólogo fue hace 1 mes y 10(20%) hace más de 1 año.

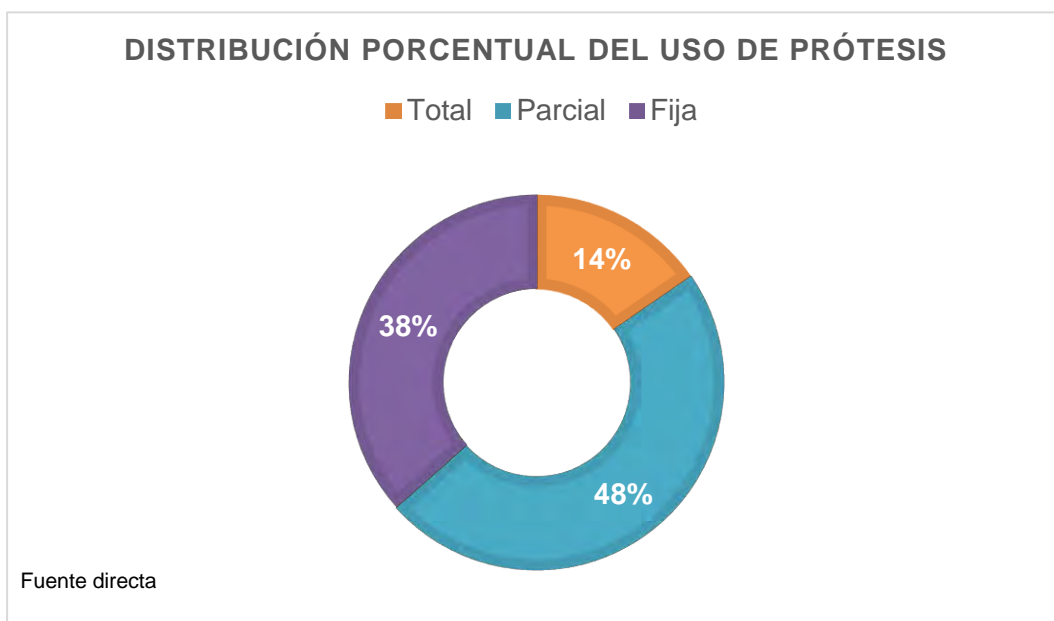
Gráfica 7.



Al preguntar cuantas veces al día realizan el cepillado dental el 70%(35) respondieron 3 veces al día, seguido de 2 veces, 1 vez y solo el 4%(2) con 4 veces al día.

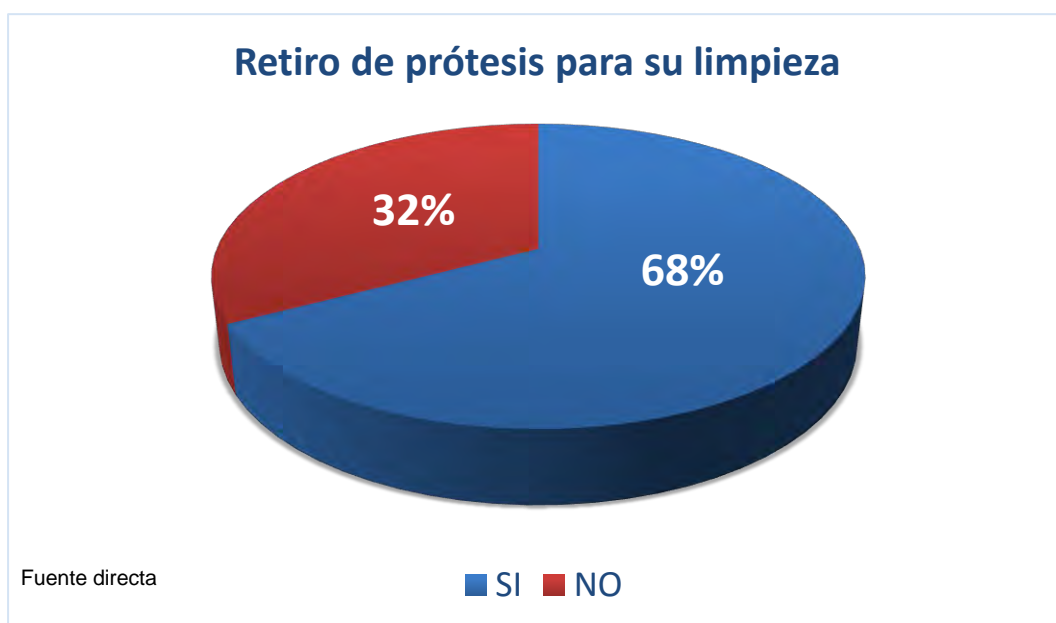


Gráfica 8.



El 48%(24) utiliza prótesis parcial, el 38%(19) prótesis fija y el 14%(7) utiliza prótesis total.

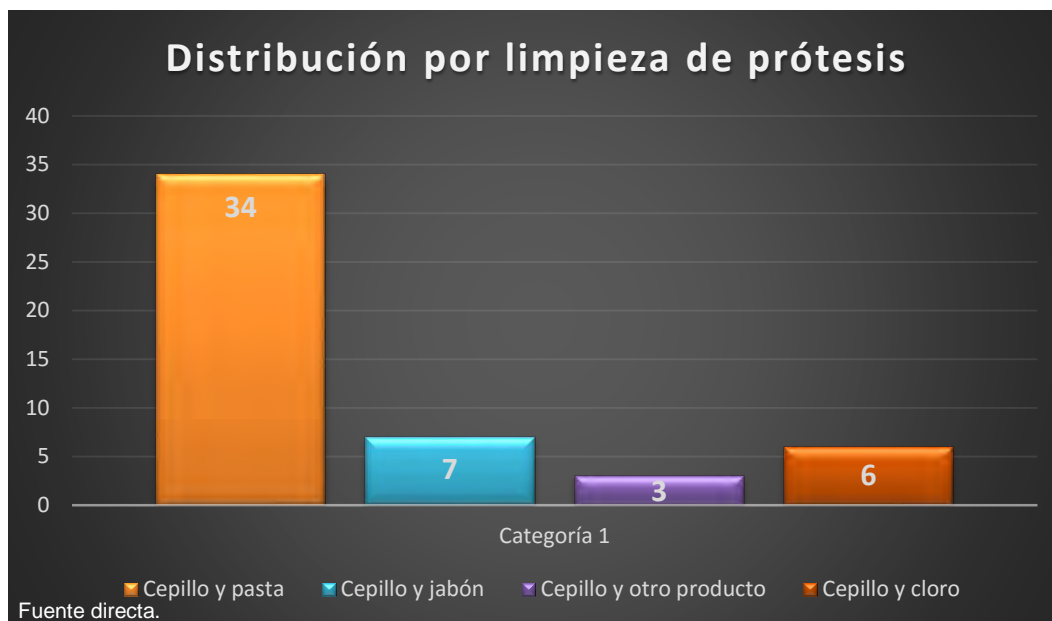
Gráfica 9.



Del total de los encuestados el 68%(34) respondió si retirarse la prótesis para su limpieza.

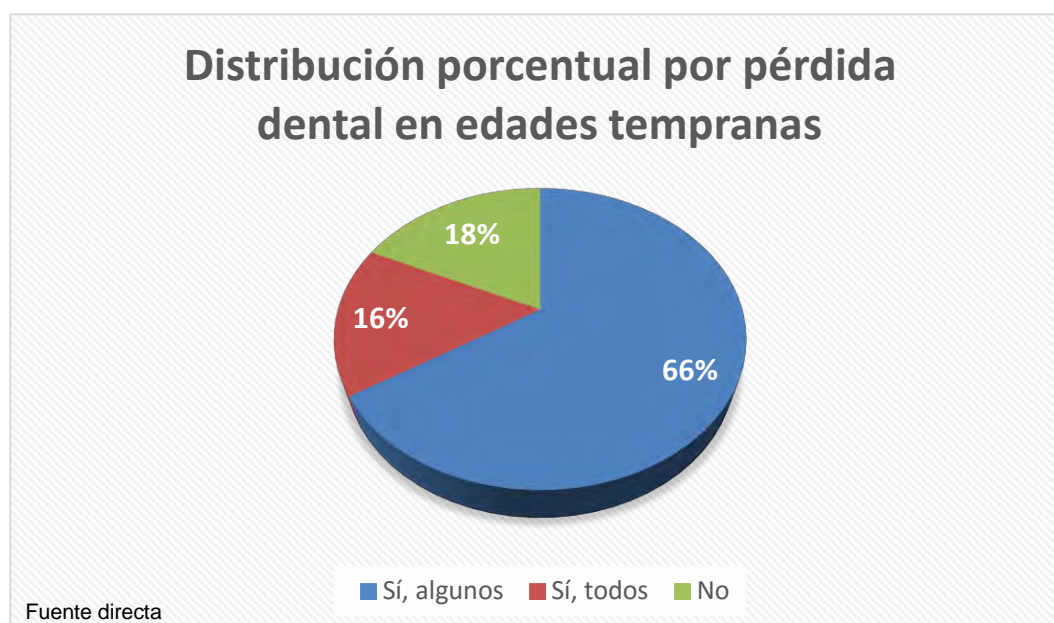


Gráfica 10.



Respecto a que utilizan para limpiar las prótesis, el 34(17%) utiliza cepillo y pasta, mientras que sólo 6(3%) cepillo y cloro, con 3.5% cepillo y jabón y 1.5% con cepillo y otro producto.

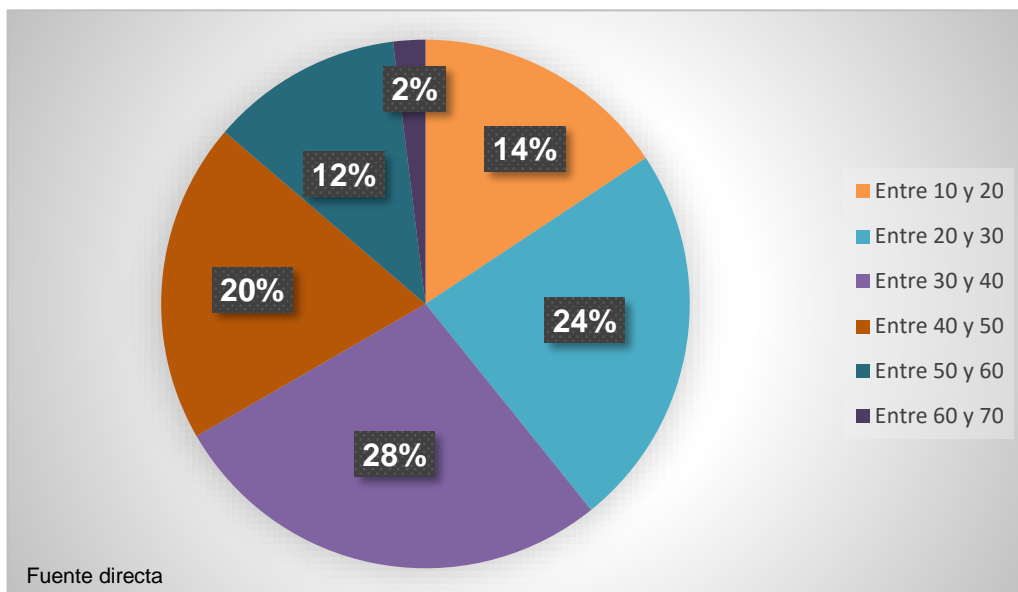
Gráfica 11.



El 82%(41) respondieron que padres o abuelos habían perdido dientes en edades tempranas y tan sólo el 18%(9) no perdieron diente alguno.



Gráfica 12. Distribución porcentual por edad en la pérdida dental.



El 28%(14) perdieron dientes entre los 30 y 40, el 24%(12) entre los 20 y 30, en tanto el 20%(10) entre 40 y 50 años.

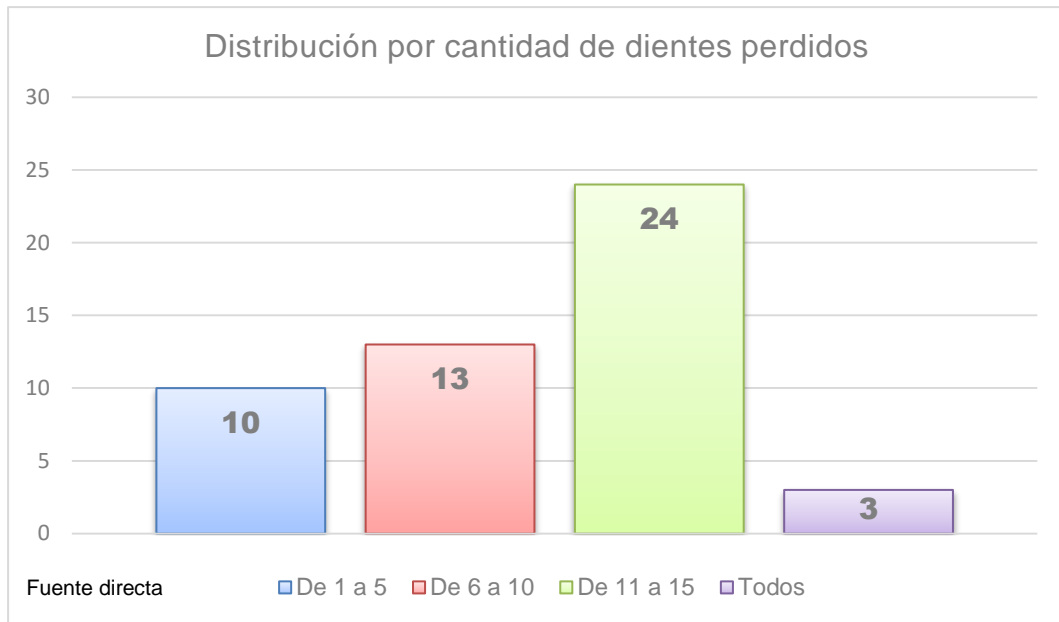
Gráfica 13. Distribución porcentual respecto a si se deben perder dientes cuando se envejece.



El 80%(40) de los encuestados respondieron no, a la pregunta si creen que se deben perder los dientes al envejecer, el 20%(10) restante no le dieron importancia a mantener los dientes en la cavidad oral.

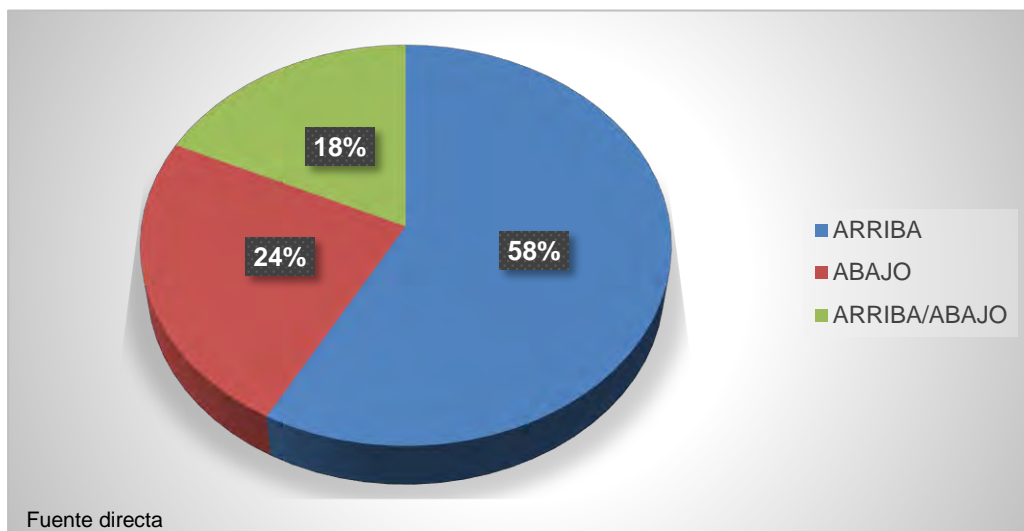


Gráfica 14.



Con base en los datos obtenidos se encontró que 24(48%) de los adultos han perdido de 11 a 15 o más dientes y tan solo 3(6%) han perdido todos, el 20% de 1 a 5 y el 26% de 6 a 10 dientes.

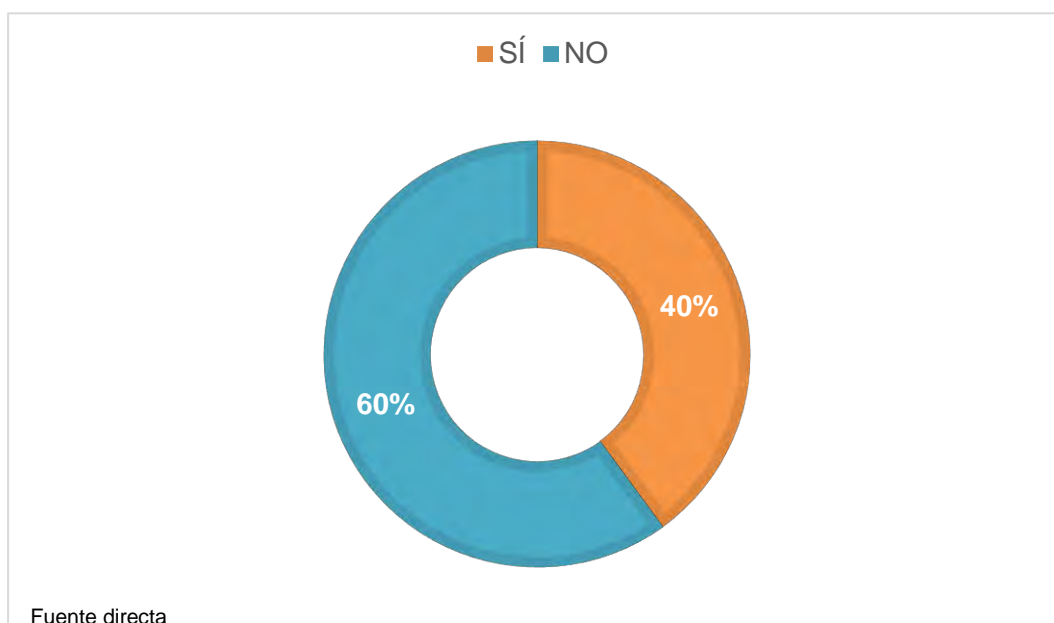
Gráfica 15. Distribución porcentual dientes perdidos por arcada



Respecto a la pregunta en donde han perdido más dientes por arcada los encuestados respondieron arriba en 58%(29), con 24%(12) abajo y 18%(9) arriba y abajo.

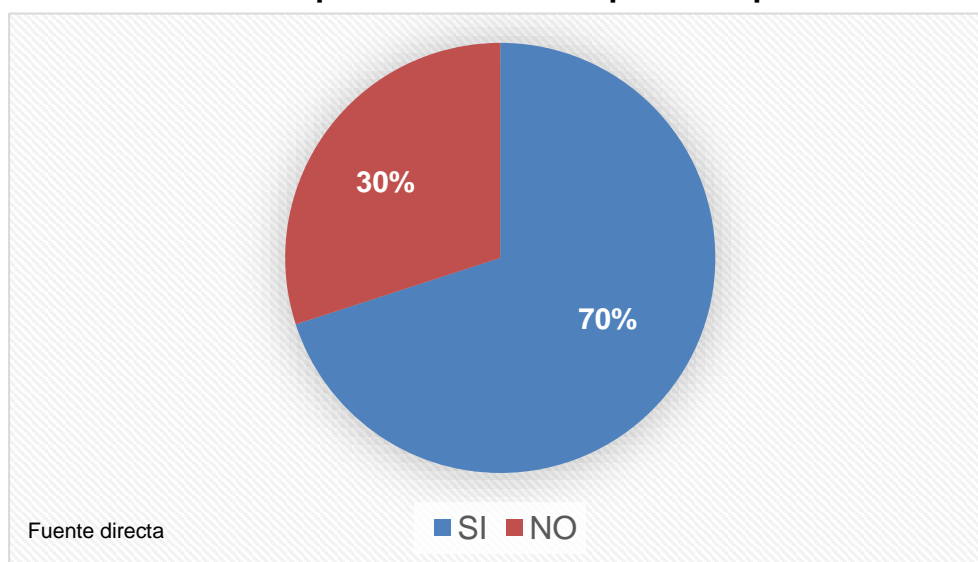


Gráfica 16. Distribución porcentual si antes de perder los dientes presentaban movilidad.



El 60%(30) de los encuestados respondió que no presentaban movilidad los dientes que perdieron en tanto el 40%(20) si se movían.

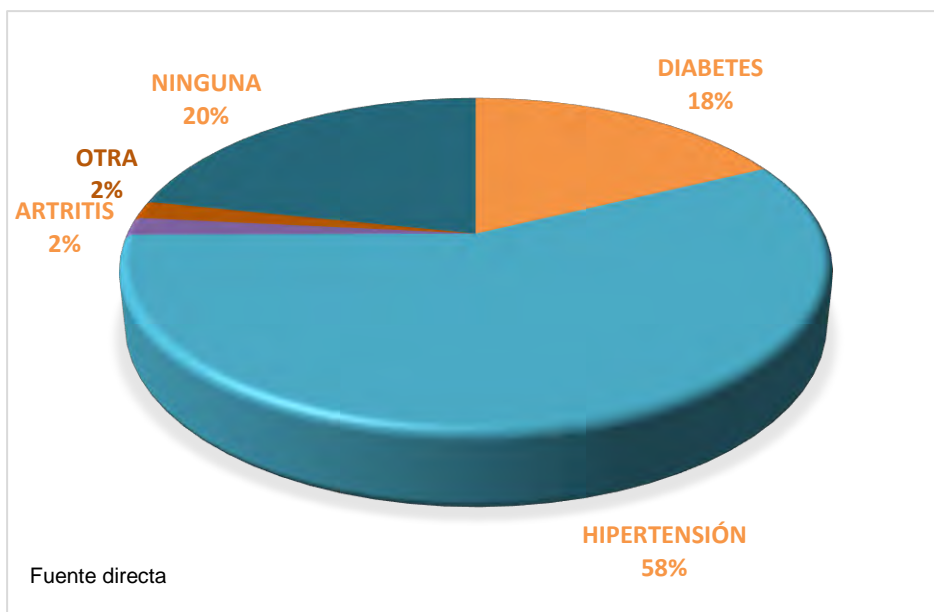
Gráfica 17. Distribución porcentual dientes perdidos por caries.



Un 70%(35) de los adultos respondieron que si presentaban caries los dientes que perdieron y el 30%(15) respondieron que no.

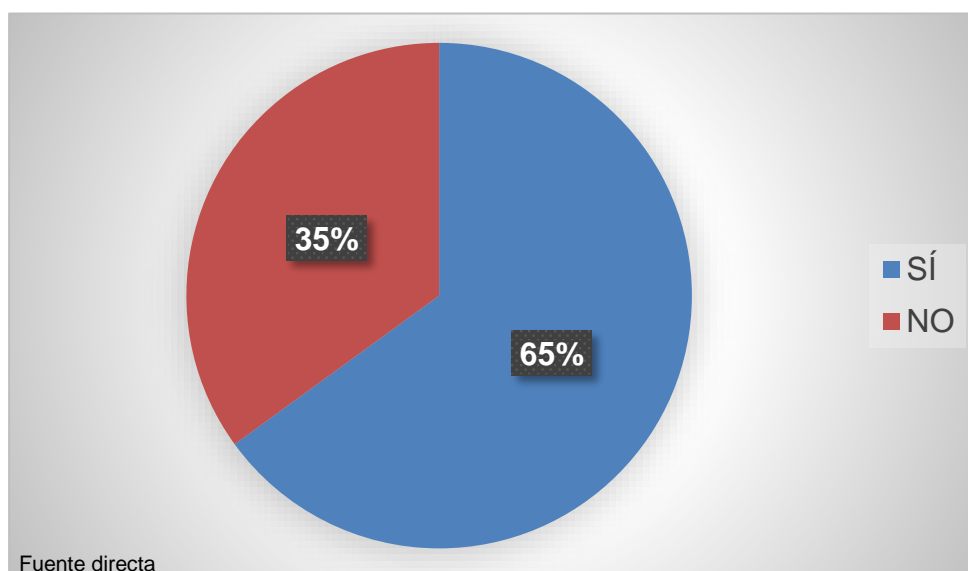


Gráfica 18. Distribución porcentual por enfermedad.



Del total de encuestados el 58%(29) padecen hipertensión, el 18%(9) tienen diabetes, 20%(10) no presentan alguna enfermedad, solo el 2%(1) presenta artritis y otra enfermedad respectivamente.

Gráfica 19. Evaluación del programa (Anexo 2)



El 65%(13) respondió sí, 10 participaron en el programa, 3 adultos tenían el conocimiento y 7 que no participaron contestaron no, lo cual representa que desconocen o no se tiene el interés por el estado de salud bucal.



8. Conclusiones

De acuerdo con los resultados se puede confirmar que el edentulismo va decreciendo como lo informan los diferentes artículos consultados y es el edentulismo total el que se presenta con menor frecuencia

El género femenino es el de mayor prevalencia y la edad entre 66 y 77 años, respecto a la escolaridad el mayor porcentaje lo ocupa el nivel secundaria y la ocupación al hogar o jubilados.

El mayor porcentaje de los adultos acude al odontólogo por prevención seguido por caries dental, han acudido al dentista hace 1 mes o están en tratamiento, la mayoría cepilla sus dientes 3 veces al día.

Respecto al uso de prótesis dental, el total de los encuestados utiliza una sea parcial o total. En el cuidado de sus prótesis la gran mayoría las limpia y las mantiene en buen estado.

La edad en la que empezaron a perder dientes fue entre los 20 y 40 años, sobre todo en la arcada superior.

Las principales razones por la que perdieron dientes son caries dental y enfermedad periodontal.

En el estudio 40 de los participantes presentan una enfermedad de tipo sistémico, en la mayoría hipertensión arterial.

Hoy en día los adultos mayores están conscientes que la pérdida dental se debe principalmente a la falta de prevención y no por motivos de edad como



se pensaba anteriormente, por eso acuden con mayor regularidad al odontólogo sobre todo las mujeres.

Es de vital importancia la realización de programas de salud bucal como el realizado en el centro cultural del INAPAM, enfocados a la higiene y tratamientos preventivos porque por un lado el edentulismo total ha disminuido pero el parcial se sigue presentando, además, la caries dental sobre todo radicular y la enfermedad periodontal (periodontitis crónica) han aumentado en esta población.



9. Referencias bibliográficas

1. Santucci D, Attard N. The oral health of institutionalized older adults in Malta. [Int J Prosthodont.](#) 2015 Mar-Apr; 28 (2): 146-8. doi: 10.11607 / ijp.4184.
2. Miguel Á. Fernandez-Barreraa, Carlo E. Medina-Solís. Edentulismo en adultos de Pachuca, México: aspectos sociodemográficos y socioeconómicos Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral vol.9 no.1 Santiago abr. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2015.12.004>
3. https://www.ecured.cu/Tercera_Edad
4. <http://www.gob.mx/inapam>
5. APARICIO, Ricardo, Transición demográfica y vulnerabilidad durante la vejez, en La situación demográfica de México. México, D.F. CONAPO, (2003), (pp. 155-168).
6. CAMPOS-NAVARRO R., TORREZ D., ARGANIS-JUÁREZ E., Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad de México. Cad Saude Pública (2002); 18 (5): (pp. 1271-1279).
7. CASTRO, V., et al., Las enfermedades crónicas en las personas de 60 a 69 años. En Salud Pública de México, Vol. 38, núm. 6, (pp. 438-447), (1996).
8. Stefanie L. Russell, DDS, MPH, PhDa, Sara Gordon, DDS, MSc, FRCD(C), FDS-RCSEdb. Sex/Gender Differences in Tooth Loss and Edentulism: Historical Perspectives, Biological Factors, and Sociologic Reasons. Dental Clinics of North America. Volume 57, Issue 2, April 2013, Pages 317–337
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S00118532130001>



9. Professor Bei Wu, PhD., corresponding author Professor Jersey Liang, PhD., Professor Brenda L. Plassman, PhD., R. Corey Remle, PhD, and Xiao Luo. Edentulism Trends among Middle-aged and Older Adults in the United States: Comparison of Five Racial/Ethnic Groups. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4230923/>
10. Hopcraft, M. (2015), Dental demographics and metrics of oral diseases in the ageing Australian population. *Aust Dent J*, 60: 2–13. doi:10.1111/adj.12279. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/adj.12279/abstract>
11. Vargas Vidal, S. (2013). Autopercepción estética-funcional dento máxilo facial de adultos desdentados parciales. Disponible en <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/130011>
12. Von Martens A. Carvajal JC. Experiencia y Significado del proceso de Edentulismo de Adultos Mayores, Atendidos en un Consultorio del Servicio Público Chileno. 2010.
13. De Marchi, R. J., Hugo, F. N., Hilgert, J. B. and Padilha, D. M. P. (2012), Association between number of teeth, edentulism and use of dentures with percentage body fat in south Brazilian community-dwelling older people. *Gerodontology*, 29: e69–e76. doi:10.1111/j.1741-2358.2010.00411.x <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-2358.2010.00411.x/full>
14. cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2170
15. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2180/.../Diazmp.pdf>
16. www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n3/a02v25n3.pdf
17. Hopcraft, M. S., Morgan, M. V., Satur, J. G. and Wright, F. A. C. (2012), Edentulism and dental caries in Victorian nursing homes. *Gerodontology*, 29: e512–e519. doi:10.1111/j.1741-2358.2011.00510.x.



<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-2358.2011.00510.x/full>

18. Papadaki E, Anastassiadou V. Elderly complete denture wearers: a social approach to tooth loss. *Gerodontology*. junio de 2012;29(2):e721-727.
19. Micheelsen J, Faúndes M, Rivera A, Olavarría L, Briede C, Carrasco L, et al. ENFILADO DENTARIO, BASES PARA LA ESTÉTICA Y LA ESTÁTICA EN PRÓTESIS TOTALES. Primera Edición. Venezuela: AMOLCA; 2006. 17 p.
20. Comut AA, Somohano T. Surgical and prosthetic management of a complex edentulous patient for fabrication of complete dentures. *N Y State Dent J*. marzo de 2015; 81(2):29-33.
21. Interventions for edentate elders – what is the evidence?
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ger.12083/abstract>
22. Joya LD, Quintero LE, Caracterización de la salud bucal de las personas mayores de 65 años en la ciudad de Manizales, 2008. DOI: 10.17151/hpsal.2015.20.1.10.
23. Nadia Awuapara Flores. Determinación de la asociación entre el edentulismo y la calidad de vida en la población adulta del distrito de Celendín, Provincia de Celendín, Departamento de Cajamarca en 2010. Tesis para obtener el título de cirujano dentista. Universidad Peruana Cayetano Heredia
24. Dávila Mendoza, Rocío, González Pedraza Avilés, Alberto, Sánchez Murguiondo, Marlene, Román Velásquez, Mayra, Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47319326010> ISSN 1665-7330
25. Vanegas Vecillas ME. Prevalencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la clínica



odontológica de la Universidad de Cuenca Tesis de grado previa a la obtención del título de “Especialista en Rehabilitación Oral”.

2016. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/25439>

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

26. Northridge ME, Ue FV, Borrell LN, et al. Tooth loss and dental caries in community-dwelling older adults in northern Manhattan. *Gerodontology*. 2012;29(2):e464-e473. doi:10.1111/j.1741-2358.2011.00502.x.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3189437/>
27. Belaúnde M, Salazar F, Castillo D., Manrique J, Orejuela F, Zabaleta C, et al. Asociación del acceso a la atención dental y I edentulismo. *Rev Estomatol Hered*. 2012;22(2).
28. Esan TA, Olusile AO, Akeredolu PA, Esan AO. Socio-demographic factors and edentulism: the Nigerian experience. *BMC Oral Health*. 22 de noviembre de 2004;4:3.
29. Dra. Teresita Barrio Pedraza, Dra. Nora Sexto Delgado, Lic Esther Barrio Pedraza, Dra. Alicia María Quiñones Betancourt. Programa de intervención educativa para la salud bucal en los adultos mayors. ISSN:1727-897X *Medisur* 2009
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/7221747c2c9484b7e04001011f0141a4.pdf>



ANEXO 1

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SEMINARIO DE TITULACIÓN EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA

GÉNERO: MASCULINO FEMENINO EDAD:

ESCOLARIDAD

1. PRIMARIA 2. SECUNDARIA 3. PREPARATORIA 4. LICENCIATURA 5. ESPECIALIDAD

ESTADO CIVIL:
1. SOLTERO 2. CASADO

OCUPACIÓN:

1. EMPLEADO 2. HOGAR 3. PROFESIONISTA 4. JUBILADO 5. DESEMPLEADO 6. OTRO

ENCUESTA

1.- ¿Motivo de consulta con el odontólogo?

1. Por dolor y/o infección 2. Por prevención 3. Por sangrado de encías o movilidad

4. Por mal aliento 5. Por pérdida de dientes 6. Por caries

2.- ¿Última visita al odontólogo?

1. Hace 1 mes 2. Hace 6 meses 3. Hace 1 año 4. Más de 1 año 5. Nunca he ido

3.- ¿Cuántas veces al día cepilla o cepillaba sus dientes?

1. 4 veces o más al día 2. 3 veces al día 3. 2 veces al día 4. 1 vez al día

4.- ¿Además de cepillo y pasta dental utiliza?

1. Solo enjuague bucal 2. Solo hilo dental 3. Enjuague e hilo dental

4. Algún otro producto 5. Ninguno



5.- ¿Utiliza alguna técnica de cepillado dental?

1. Si

2.No

6.- ¿Cada cuando cambia su cepillo dental?

1. Cada 3 meses

2.Cada 6 meses

3.Cada año

4.Depende el desgaste

7.- ¿Utiliza algún tipo de prótesis dental?

1. Si

2. No

3. Total

4. Parcial

5. Fija

6. Removable

8.- ¿Si utiliza dentadura o alguna prótesis se las retira para limpiarlas?

1. Si

2. No

9.- ¿Cómo mantiene limpia su prótesis?

1. Con cepillo y pasta.

2. Con cepillo y jabón

3.Con cepillo y algún producto

4. Con cepillo y cloro

5.Ninguna de las anteriores

10.- ¿Sus padres o abuelos perdieron dientes en edades tempranas?

1. Si, solo algunos dientes

2.Sí, todos los dientes

3.No, conservaron todos sus dientes

11.- ¿A qué edad empezó usted perder dientes?

1. Entre los 10 y los 20 años.

2. Entre los 20 y 30 años.

3. Entre los 30 y 40 años.

4. Entre los 40 y 50 años.

5. Entre los 50 y 60 años.

6. Entre los 60 y 70 años.

7. Entre los 70 y 80 años.

12.- ¿Usted cree que cuando se envejece deben perderse los dientes?

1. Si

2. No

13.- ¿Cuántos dientes ha perdido por alguna causa?

1. No he perdido.

2. De 1 a 5

3.De 6 a 10

4.Todos



14.- ¿En dónde ha perdido más dientes?

1. Arriba

2. Abajo

3. No he perdido

15.- ¿Antes de perder algún diente presentaba movilidad?

1. Si

2. No

16.- ¿Los dientes que perdió fue por caries?

1. Si

2. No

17.- ¿Padece alguna enfermedad como las siguientes?

1. Diabetes

2. Hipertensión

3. Artritis

4. Otra

5. Ninguna



ANEXO 2

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SEMINARIO DE TITULACIÓN EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA
EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

1.- ¿Las visitas con el odontólogo deberían ser por prevención?

1. Si

2.No

2.- ¿Considera más importante la técnica de cepillado y uso de hilo dental que la cantidad de pasta o enjuague?

1. Si

2.No

3.- ¿Considera que cambiando los hábitos alimenticios mejora el estado de salud bucal?

1. Si

2.No

4.- ¿El uso de prótesis indica que se tiene que tener una mayor higiene y deben retirarse para su limpieza?

1. Si

2.No

5.- ¿Cree que aunque ya no se tengan dientes se debe acudir con el odontólogo?

1. Si

2.No

6.- ¿Hay alguna relación entre la salud bucal y las enfermedades como diabetes e hipertensión?

1. Si

2.No