



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LA
SALUD ORAL EN UNA MUESTRA DE PERSONAS DE
LA TERCERA EDAD RESIDENTES DE TLALCHAPA,
GUERRERO.**

TESINA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

ANA ANGELICA RAYON ALVAREZ

TUTORA

Mtra. ARCELIA FELÍCITAS MELENDEZ OCAMPO



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.

DEDICATORIAS

INDICE

Página

1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES	4
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	46
4. JUSTIFICACIÓN	47
5. OBJETIVOS	48
5.1 General	
5.2 Específicos	
6. MATERIALES Y MÉTODO	49
6.1 Tipo de estudio	
6.26 Universo de estudio, selección y tamaño de la muestra	
: Criterios de selección	
2	
6.36 6.3.1 Criterios de inclusión	50
. 6.3.2 Criterios de exclusión	50
3 Variables de estudio (operacionalización y escala de medición)	
6.4 Análisis estadístico	50
6.5 Consideraciones éticas	51
7. RESULTADOS	54
8. CONCLUSIONES	65
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades y manifestaciones de dolor en personas mayores siempre se asociaban al envejecimiento, pero con la presencia de personas que demandan autonomía, salud, estética, relaciones sociales y deseos de vivir, dejando atrás una etapa de dependencia y depresión social, es necesario por parte de los profesionales de la salud oral asumir la responsabilidad de la atención bucodental, pero, no solo, respecto al tratamiento de la caries dental y una solución protésica, si no al manejo del individuo como ser integral, pensando en su bienestar físico, funcional y psicológico.

El sistema estomatognático, compuesto por todos los elementos que se localizan dentro de la cavidad bucal, tiene dos grandes grupos de funciones. No son ajenas a ciertas funciones psicológicas, tales como: cortar y desgarrar los alimentos, masticar, conformar el bolo alimenticio, iniciar los procesos de alimentación y deglución, humectar la parte superior de la laringe, trabajos de defensa e inmunología, saborear los alimentos, el gusto y otros como la articulación del lenguaje. Se incluyen funciones fundamentales para todo ser humano que podrían llamar la atención social: comunicación por medio de palabras y/o gestos, sonreír, besar, coquetear, etc.

Si se hace una reflexión consciente alrededor de estas funciones del sistema estomatognático, entonces entenderíamos cual es la diferencia de la cavidad bucal en la calidad de vida de los individuos, especialmente los de la tercera edad.

Cuando no se tiene salud bucal, o cuando esta se pierde, las funciones fundamentales descritas se ven afectadas, alterándose así todas las esferas del individuo; la biológica y la psico-socio-afectiva.

Esta reflexión necesariamente obliga, a todos los profesionales del área de la salud y también de las ciencias humanas y sociales, a volver a contextualizar no solo el conocimiento de la cavidad bucal si no también dirigir la mirada del individuo y su labor social. A la vez sirve para concientizar al individuo, de su salud bucodental y que valoren la importancia de la misma para su cuidado y su buen mantenimiento.

Es importante destacar el abandono al que se ve enfrentado el adulto mayor de nuestra época en su mismo hogar; en los centros hospitalarios, que no dan prioridad al paciente de manera integral, con la salud pública que no planifica de manera universal ni equitativamente, donde las políticas están orientadas a la solución de otro tipo de problemas, dejando a este grupo de población desprotegido.

Las auxiliares, las enfermeras y los cuidadores, no tienen claridad en los cuidados que se deben de tener y la importancia con al que hay que abordar cada atención geriátrica y en especial la importancia que les merece la salud bucodental.

El estado de salud bucal del adulto mayor, dependerá del resultado de los hábitos de higiene y cuidado bucal en el hogar de residencia de la persona, sea en el seno de su familia o en una institución geriátrica. Dependerá, también del grado de incapacidad física, de la presencia de las enfermedades sistémicas asociadas, de la posibilidad de acceso a los servicios de salud y de las concepciones y valoración que se tenga de la salud bucal. Hay que entender que una persona define su estado de salud bucal, por su comportamiento y las condiciones a veces subjetivas incluidas en el amplio concepto de percepción de la salud.

En los programas de salud para mayores, el objetivo principal es prestar un servicio odontológico y la oportuna percepción e identificación de sus necesidades principales.

Este estudio pretende, identificar en un colectivo de adultos mayores, las condiciones de salud bucodental junto con las condiciones funcionales y, la autoevaluación que el individuo adulto mayor tenga de su propio estado de salud bucodental. Todo ello mediante la aplicación de encuestas que faciliten recopilar y valorar los factores clínicos con elementos subjetivos y sociales.

2. ANTECEDENTES

2.1 Envejecimiento

El denominado grupo de la tercera edad actualmente ocupa el espacio cada vez más importante en la sociedad, aunque acuden poco a los servicios odontológicos, si lo hacen en general, a servicios sanitarios. Dentro de las causas de esta diferencia se enumeran varias como:

- El déficit acceso a los servicios bucodentales
- El bajo nivel socioeconómico mayoritario
- El miedo a ser tratados
- La baja motivación respecto a la salud oral

La importancia numérica de este colectivo cobra importancia si setiene en cuenta el mal estado de la salud bucodental y las altasnecesidades de tratamiento que se registra en los datos de estudios epidemiológicos realizados en nuestro entorno.

El aumento de la longevidad y la calidad de vida van a depararnos una sociedad con alto porcentaje de personas de edad avanzadas, que conservan buenas condiciones de salud y van a demandar servicios para preservar sus dientes en las mejores condiciones y durante el máximo número de años. Debemos prepararnos para que nuestra sociedad pueda no solo dar años a la vida si no también vida a los años.

En un contexto de abandono y de dificultades, la odontogeriatría es una de las áreas que deberían ser más exploradas y se deberían realizar acciones de educación en la salud, haciendo énfasis en la autoprotección y la autopercepción.

El proceso de envejecimiento es considerado un fenómeno universal, dinámico, irreversible, inevitable y progresivo que involucra un cierto número de cambios fisiológicos, en su mayoría simplemente una declinación de la función del organismo como un todo.¹

Los cambios que constituyen e influyen el envejecimiento son complejos. El envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños se reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo. A la larga sobreviene la muerte.²

2.2 ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

El término de envejecimiento saludable es el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La **capacidad funcional** comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características. La **capacidad intrínseca** es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona.

El **entorno** comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida de una persona. Incluye desde el nivel micro hasta el macro el hogar, y la comunidad y la sociedad en general. En el entorno se encuentra una serie de factores que

abarcan el entorno construido, las personas y sus relaciones, las actitudes y los valores, las políticas de salud y sociales, sistemas los que los sustentan y los servicios que prestan.

Figura 2.1. Envejecimiento Saludable

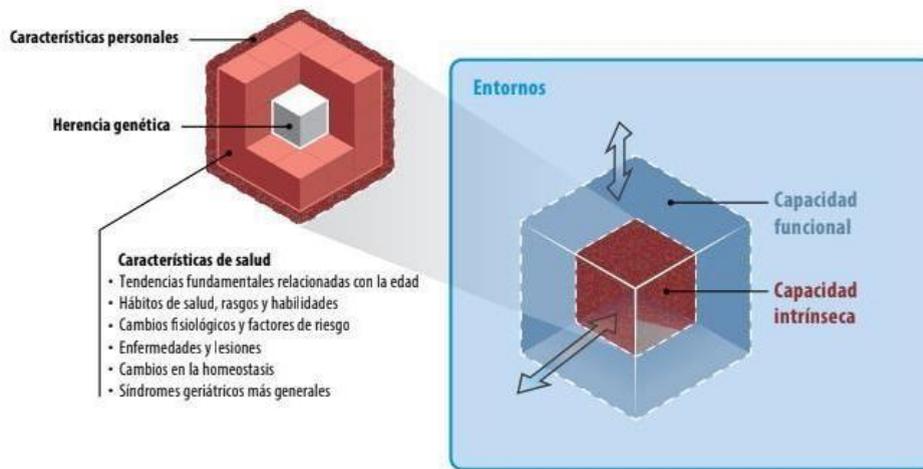


Imagen 1. Envejecimiento saludable.
Fuente:

El termino bienestar se considera en el sentido más amplio y abarca cuestiones como la felicidad, la satisfacción y a la plena realización. El envejecimiento saludable comienza al nacer nuestra herencia genetica. La expresión de estos genes puede verse alterada en la vida intrauterina y por las exposiciones en el entorno los hábitos posteriores. Pero todos también nacemos con un medio social entre las características personales se encuentran también aquellas que son fijas, como el sexo y el origen étnico y, y otras que tienen cierta movilidad o reflejan normas sociales, como la ocupación, el nivel educativo, el género o la riqueza. Las características contribuyen a nuestra posición social en un contexto y momento determinado, lo que define las exposiciones, las

oportunidades y los obstáculos que enfrentamos, así como nuestro acceso a los recursos. Estas interacciones pueden ser injustas o inequitativas, ya que no siempre nuestras oportunidades y recursos se corresponden con nuestras necesidades o derechos, y así con nuestra posición social y económica.

A medida que las personas envejecen, sufren una acumulación gradual de daños moleculares y celulares que ocasionan una disminución general de reservas fisiológicas. Estos amplios cambios fisiológicos y homeostáticos son, en gran medida, inevitables, a pesar de que su grado varía considerablemente entre individuos de la misma edad cronológica. Además estos cambios fundamentales, la exposición a una serie de influencias positivas y negativas del entorno en el curso de la vida puede influir en el desarrollo de otras características de salud, como factores fisiológicos de riesgo (por ejemplo, hipertensión arterial), enfermedades, lesiones, y síndromes geriátricos más amplios.¹²

2.3 CALIDAD DE VIDA Y ENVEJECIMIENTO

Para comprender mejor los conceptos de calidad de vida, primero tenemos que hablar de estilos de vida, y de qué manera estos se introducen en nuestra profesión, propiamente como se relacionan o como los relacionamos para realizar los procesos de salud-enfermedad.

En el campo de la salud, se pueden considerar dos posibles orígenes de las enfermedades, las de causa infecto- contagiosa y las que se asocian al estilo de vida de las personas, estilos de vida que presentan comportamientos perjudiciales y/o beneficiosos para

la salud. Así, como puede definir y entender estilo de vida como la “como la capacidad de tomar decisiones que afectan a la salud y sobre las cuales la persona tiene algún grado de control.

2.3.1 ELEMENTOS QUE INFLUYEN EN EL ESTILO DE VIDA

El estilo de vida está influenciado por lo menos por tres tipos de factores:

Primero, el del carácter individual que está conformado por sus características genéticas, capacidad intelectual, tendencias cognitivas, formas de comportamiento; es decir, la suma de rasgos biológicos, psicológicos y sociales que le otorgan la particularidad al ser humano.

El segundo factor incluye aspectos externos como sociales, económicos y culturales, por ejemplo, de ellos es el nivel educacional, los sistemas de apoyo social, etc.

El tercer factor lo conforma el microsistema social en el que desenvuelve la persona, como los factores climáticos, la polución, industrialización, industrialización y los recursos de salubridad, acceso a sistema de salud, tipo de vida urbana, entre otros (estos elementos son considerados como los anillos de la teoría de Bronfenbrenner de 1979, donde un sujeto que se desarrolla en un microsistema, exosistema hasta llegar a impregnarse del microsistema).

2.3.2 COMPONENTES DE ESTILO DE VIDA

Dentro de los estilos de vida saludables están: 6



Consumo de alcohol



Consumo de tabaco



Actividad física



Hábitos alimenticios



Imagen 2.
Componentes estilos de vida. Fuente:
<https://elmen.pe/dependencia-al-cigarro-adultos-mayores-en-riesgo/>



Imagen .3
Automedicación en adultos mayores. Fuente:
<https://rpp.pe/vital/salud/automedicacion-y-consumo-excesivo-de-farmacos-noticia-1015648>

2.4 VEJEZ Y SALUD ORAL

Los cambios relacionados con la edad son normales y se producen en todos los componentes del sistema estomatológico: mucosa oral, huesos maxilares, músculos, dientes, periodonto, articulación temporomandibular y las glándulas salivales. En los adultos se presentan varias lesiones patológicas que se consideran propias de esta edad cuyo origen puede ser local o sistémico, pero están relacionados con los cambios de los tejidos y con la modificación de la respuesta a la edad. ¹⁷

Antes de abordar distintas patologías que podemos encontrar en la población anciana, vale la pena mencionar los cambios del envejecimiento, aunque la distinción entre estos y la patología no siempre sea fácil de establecer. ¹¹

Todas las estructuras de la boca sufren cambios macroscópicos y microscópicos, con repercusiones funcionales más o menos evidentes:

- ✚ La mucosa bucal participa del envejecimiento general de las mucosas, manifestándose en forma de atrofia.
- ✚ Las glándulas salivales sufren la típica atrofia glandular, con sustitución del tejido acinar por tejido fibroso, y una secreción más pobre que en ningún caso debe de llevar a la auténtica xerostomía.
- ✚ La encía suele perder la parte más firme, la adherida al diente.
- ✚ En cuanto al diente, se han descrito cambios de tamaño, la forma y el color. Hay disminución de longitud, aplanamiento del borde incisal y zonas de desgaste en la superficie externa. La pérdida del brillo y la tinción de distintos colorantes contenidos en los alimentos, que es ejercida con mayor facilidad en el anciano, hacen que el aspecto externo sea distinto al del joven.

- ✚ Dentro de los cambios que puede sufrir el diente se encuentran los cracs, horizontales o verticales y la abrasión a la altura de la corona.
- ✚ En los ligamentos se produce anquilosis o enclavamiento, algo que puede ser considerado normal, frente al aflojamiento propio de la enfermedad periodontal, que siempre es patológico.



Imagen 4.
Atrofia muscular y pérdida de hueso

Fuente: <https://www.institutomaxilofacial.com/es/caso-clinico/david-4/>

La articulación temporomandibular se vuelve susceptible a los cambios degenerativos.

- ✚ Músculos: atrofia muscular con problemas masticatorios.
- ✚ Retracción mandibular y de encías, pérdida de la línea vertical del tercio inferior facial, lengua prominente y labios hendididos. ¹¹

2.4 MORBILIDAD ORAL EN LA TERCERA EDAD

2.4.1 Caries dental

La caries es un proceso patológico multifactorial, y la podríamos definir como “una enfermedad infecciosa con unas características determinadas entre las que se encuentra la destrucción de los tejidos duros dentarios, por lo metabolitos producidos por los microorganismos incluidos en la placa bacteriana adherida a la superficie del diente.¹¹

En la patogenia de la caries existen, como por todos es conocido, factores sociales y económicos dignos de tener en cuenta; por ello a la caries se puede considerar una enfermedad bio- social, relacionada con la economía de la sociedad, por un lado y por las condiciones ambientales inherentes a la propia calidad bucal con su compleja ecología (saliva, bacterias, celulares epiteliales, potencial redox- Rh- alimentos, etc.).¹¹ Actualmente se aceptan como factores esenciales en la concurrencia de la caries.

Flora bacteriana

Huésped (diente susceptible).

Sustrato alimentario (azúcares refinados).

Existen una serie de factores secundarios que pueden actuar frenando o acelerando el ataque criogénico del complejo etiológico determinante (placa bacteriana) y que conviene citar por su esencial relevancia:

Composición de saliva

Higiene buco dentaria

Flujo salival dieta

La patogenia de la caries estaría relacionada con la desmineralización de la estructura dentaria, por la degradación de los azúcares fermentables, debido a las enzimas bacterianas, la glucosa pasaría al interior de la bacteria, donde sería metabolizada por un proceso de fosforilación, produciéndose ácidos orgánicos, fundamentalmente ácido láctico, que en el medio, bajaría el PH de la placa bacteriana; todo este proceso se traduce clínicamente en la denominada “mancha blanca”, que es opaca, perdiendo el esmalte su translucidez habitual. Es reversible y, por consiguiente, permite su “remineralización” si el resto de factores (cantidad salival, PH de la misma, presencia de minerales y fluoruros) contrarrestan los factores cariogénicos. Si esto no está así, el esmalte comienza a destruirse (cavitación), y si no trata convenientemente, se produce la invasión de las bacterias a dentina, pulpa (pulpitis), pudiendo producir infecciones en el ápice de la raíz e incluso en el hueso, con las correspondientes reacciones locales, regionales, así como ha distancia. ¹¹



Imagen 5.

Fluorosis dental

Fuente:<https://www.google.com/search?q=diente+desmineralizado&sxsrf=>



Imagen 6.

Paciente con caries cervical, en el que podemos observar la migración, de la encía y por ende la exposición del cuello anatómico del diente.

Fuente:

http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/Guia_primer_nivel_Odontogeriatría.pdf

2.4.2 GINGIVITIS Y ENFERMEDAD PERIODONTAL

Cuando hablamos de enfermedad periodontal, nos referimos a la afectación del periodonto, por el mismo proceso patogénico descrito en la caries pero sobre las estructuras que en su conjunto constituyen el periodonto: encía (gingivitis), cemento, hueso alveolar y ligamento periodontal (enfermedad periodontal). Dentro de los conceptos etiopatogénicos de la enfermedad periodontal según Ramfjord, podemos establecer dos grandes grupos:

Factores iniciadores

Factores modificadores

Locales

Sistémicos

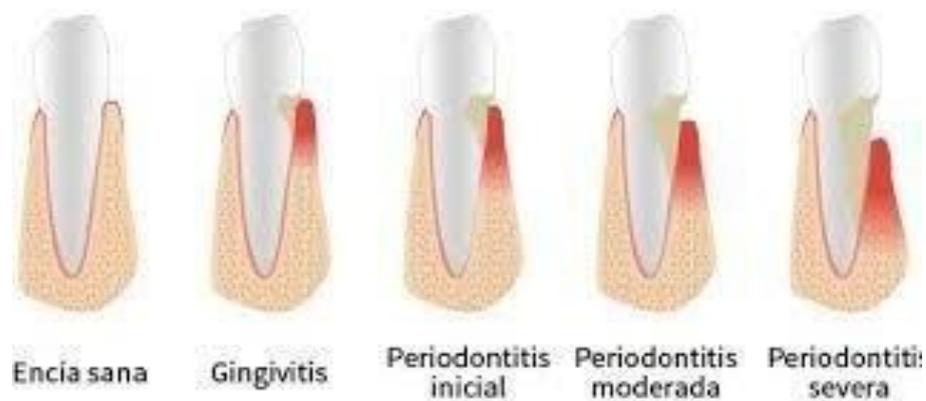


Imagen 7

Gingivitis y enfermedad periodontal *Fuente:*

<https://www.google.com/search?q=gingivitis+y+enfermedad+periodontal&sxsrf=ALiCzsant13MKd6d92EBS08aj00CLON3ow>

a) FACTORES INICIADORES

Se encuentra como hemos comentado, la placa bacteriana, sin la cual se produciría la enfermedad periodontal.

1. Factores modificadores locales

Se encontrarían maloclusiones, respiración bucal, impactación alimentaria, morfología dentaria, ciertos factores de tejidos blandos, odontología iatrogena, oclusión traumática, hábitos higiénicos adecuados.

2. Factores modificadores sistémicos

Alteraciones hormonales, de la nutrición, ciertos medicamentos, el estrés (íntimamente unido con la GUNA), el envejecimiento, ciertas enfermedades sistémicas (como la diabetes), anomalías genéticas (síndrome de Down).

En resumen, podríamos concluir diciendo que la enfermedad periodontal, se considera un proceso inflamatorio de causa local (placa bacteriana) que puede ser modificado en su evolución por factores locales y/o sistémicos, factores que regulan y reparan tejidos óseos y conectivo en la relación con ciertos aspectos de la nutrición, así como el equilibrio hormonal y enzimático, dentro del marco inmunitario del huésped.

En cuanto a la etiología de la enfermedad periodontal, el crecimiento de flora habitual de la placa bacteriana daría lugar al cabo de 7-21 días a la aparición de la forma progresiva de una inflamación gingival (gingivitis) con gérmenes Gram positivos (+) y pocos Gram (-) y anaerobios; las bacterias de la placa producirían una gran variedad de toxinas y enzimas, junto a los metabolitos bacterianos citotóxicos y la activación de factores tisulares, con la formación de la histamina y colagenasas endógenas frente a los que actuarían los factores de resistencia tisular representados por los fisicoquímicos presentes en el fluido gingival y la saliva; y los factores fagocíticos inmunológicos. El estadio precoz más común de las enfermedades periodontales es de la denominada gingivitis, en la progresión de la enfermedad tanto en extensión como en profundidad; intervienen otros patógenos.

La periodontitis del adulto está íntimamente unida a la presencia de bacteroides gingivalis y bacteroides intermedios

La periodontitis juvenil de rápida evolución interviene fundamentalmente en actinobasillus actinomycetemcomitans; la progresión de la enfermedad se acompaña de la destrucción del ligamento periodontal y del hueso, pudiendo coincidir a la pérdida de dientes.

2.4.3 PATOLOGIA DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES

El aumento de la edad según algunos autores es considerado como algunos de los factores de riesgo de la enfermedad periodontal.² Los cambios registrados como causados por el envejecimiento incluyen una disminución en la queratinización, el epitelio se hace más fino, las fibras de colágeno se hacen más bastas, hay un aumento del cemento en anchura con una disminución del ligamento periodontal y las fibras principales se hacen más irregulares.

Diversos estudios clínicos han comparado la respuesta frente a los patógenos periodontales entre personas jóvenes y adultos mayores. Conclusiones como que los adultos mayores desarrollan más rápido la gingivitis y en estados de mayor gravedad, además de diferencias con respecto a la placa, en la que los mayores contenían mayor contenido de carbohidratos. Así mismo, otros estudios indican comportamientos diferentes donde tanto los

jóvenes como los mayores presentaban grado similar de pérdida de fijación preexistente, además nos e observaron diferencias entre jóvenes y mayores con respecto al desarrollo de la inflamación gingival. Esto da importancia a la identificación de los factores de riesgo de la enfermedad. ²

La función inmunológica, también cobra importancia cuando se trata de analizar la respuesta de los tejidos ante el ataque bacteriano en la enfermedad periodontal.

Según algunos autores concluyen que la disminución de la función inmunitaria relacionada con la edad no contribuye con la periodontitis.

La pérdida de fijación también ha sido tema de controversia en los estudios de la enfermedad periodontal con respecto a la edad estudios como el de Grbic et al. (1991), con la motorización de un grupo de sujetos concluyeron la mayor pérdida de fijación periodontal de un 89% en adultos mayores frente a un 35% de adultos jóvenes.

Otros estudios fueron coincidentes y concluyeron que la pérdida de fijación estaría relacionada con niveles basales de fijación y mayor pérdida de fijación adicional.

Otros factores asociados al comportamiento están también valorados por una comunidad científica. El estrés ha sido estudiado y está implicado como factor causal de la gingivitis ulcerativa necrosante. Otros como el consumo de tabaco son considerados como factor de riesgo principal y con participación importante de la enfermedad periodontal progresiva.

Factores de riesgo medico también se asocian con la edad, ya que la mayoría de los cuadros crónicos que afectan frecuentemente a los adultos mayores no afectan directamente a los tejidos periodontales, pero si pueden afectar al tratamiento periodontal. Como ejemplos estarían los pacientes con artritis pueden no ser capaces de manejar elementos de higiene como la seda dental.

Los pacientes con enfermedades cardiacas casi con seguridad están usando medicamentos que tendrán un impacto sobre el tratamiento periodontal, y aquellos con pérdida auditiva o alteraciones visuales, no entenderán completamente la información suministrada por el clínico en cuanto a los cuidados y tratamiento en su domicilio.²

Enfermedades como la diabetes mellitus, es de los problemas sistémicos a tener en cuenta, ya que hay estudios que introducen conceptos de grado de control metabólico junto con la presencia de los cálculos como importantes para determinar la susceptibilidad periodontal. ³

Los estudios en enfermedades como osteoporosis, muestran resultados como la disminución de la densidad del hueso mandibular asociada a la disminución de la masa ósea esquelética en pacientes con esta enfermedad.

El uso de medicamentos es un factor de riesgo de igual forma importante para desarrollar enfermedad periodontal. A medida que aumenta el número de medicamentos tomados, se produce un riesgo exponencial de reacciones adversas farmacológicas.

El estudio demostró que el riesgo fue caracterizado como del 100% cuando se utilizaban 8 o más medicamentos de forma continua el efecto directo de los medicamentos sobre los tejidos gingivales se manifiesta con frecuencia en forma de hipertrofia gingival, asociado principalmente a medicamentos con fines convulsivos, inmunosupresores y antagonistas de los canales de calcio.

Otros estudios indican una asociación en el uso de ciertos medicamentos y formación de bolsas periodontales.²

XEROSMIA EN EL SINDROME DE LA BOCA SECA

El termino xerostomía debe reservarse según Philip C. Fox (1997), para la descripción del síntoma subjetivo de la impresión de la sequedad oral. La xerostomía no es un indicador fiable de

hipofunción salival y no debe ser utilizada como diagnóstico definitivo.

El síndrome de la boca seca está relacionado en la mayoría de los casos, aunque no todos, con la disminución del flujo salival, asociado a medicamentos, tratamientos médicos y alguna patología sistémica.

El síndrome de la boca seca afecta a una de cada cuatro personas, índice que crece a partir de los cincuenta o sesenta años. Hasta hace poco se creía que era solo una manifestación asociada la tercera edad, pero algunos estudios indican entre un 20 y 30% de las personas en edad de 20 años, presentan esta patología y además puede provocar edentulismo prematuro, debido al creciente uso de antidepresivos.

Aunque parece que existen más de 500 medicamentos que se relacionan con la boca seca como efecto secundario, en los que más frecuentemente se ha demostrado una disminución directa en la función salival, incluyen los antidepresivos triciclos, los antihistamínicos, los antihipertensivos y los diuréticos.

Durante la exposición a la radiación en tratamientos de tumores de cabeza y cuello, cuando las glándulas salivales se encuentran en el campo de la radiación, se produce una notoria hiperfunción de las glándulas salivales, causando secuelas orales graves y problemáticas, que a veces pueden ser transitorias o crónicas.

Las enfermedades asociadas a la disfunción salival y boca seca incluyen el síndrome de Sjogren y otras enfermedades sistémicas como la fibrosis quística, la sarcoidosis, la diabetes mellitus mal controlada, las afecciones tiroideas y la depresión. La referencia de

la boca seca en ausencia de una causa obvia requiere la búsqueda de una enfermedad sistémica subyacente como causa.

Infección por virus de inmunodeficiencia humana (HIV-1) (enfermedad por HIV de las glándulas salivares).
Alteraciones afectivas,
Alteraciones metabólicas,
Patología hepática (cirrosis),
Afecciones tiroideas,
Enfermedades autoinmunes,
Sarcoidosis,
Disfunción autónoma,
Demencia de tipo Alzheimer,
Enfermedades neurológicas (parálisis de Bell, parálisis cerebral, parkinsonismo).

Fig. 8. Algunas enfermedades asociadas al síndrome de boca seca.

La xerostomía está asociada a problemas bucodentales graves como gingivitis, destrucción dental, caries principalmente la radicular, dolor en los tejidos blandos y en la lengua, halitosis e incluso en trastornos alimenticios.

Algunos de estos síntomas más frecuentes son la sensación de ardor y dolor en la lengua, boca reseca, aparición de fisuras en las comisuras de los labios, sed constante, predominio de las aftas bucales, acumulación del placa dental bacteriana, halitosis, esmalte dental desgastado y dificultad en el uso de la prótesis dental en caso de pacientes edentulos).

Los pacientes con sequedad bucal pueden quejarse en sequedad e labios, garganta y la nariz, además de sequedad en boca. Pueden

presentar dificultad en el habla, en la masticación, y en la deglución de alimentos secos.

En cuadros sistémicos como el síndrome de Sjogren, otras zonas registran sequedad, como el caso de la piel y la vagina. Puede verse acompañado de infecciones recurrentes orales o de las glándulas salivales, además de hipertrofias periódicas en las glándulas salivales.

Los signos orales indican unos labios secos agrietados, una superficie mucosa oral pálida y seca, mucosa atrófica o

adelgazada, superficie lingual enrojecida, agrietada, tapizada o depapilada; ausencia de pool salival en el suelo de la boca; la

presencia de células epiteliales descamadas tapizando dientes o superficies mucosas. Hay presencia de caries afectando sobre todo a las superficies cervicales o incisivas e infecciones fúngicas.

Las glándulas salivales principales pueden estar agrandadas con disminución del flujo de la saliva tras expresión manual. La saliva exprimida puede aparecer más espesa o turbia. La saliva en la boca puede ser más viscosa o espumosa. La deglución puede ser difícil sin fluidos y el tiempo de deglución puede ser más prolongado. El tratamiento de esta patología debe dirigirse al alivio de los síntomas, al control de la enfermedad oral y a la mejoría de la función salival. Con el enfoque sistemático y un tratamiento agresivo, la mayoría de los pacientes con boca seca pueden obtener confort oral y masticatorio adecuada. Es de importancia aclarar la similitud o asociación de la xerostomía con el síndrome de la boca ardiente.

El síndrome de la boca ardiente es una patología compleja que se caracteriza por la manifestación de síntomas de quemazón, escozor, ardor, picor o dolor en la cavidad bucal y labios, estando la mucosa clínicamente normal. Su etiología es desconocida pero se sugieren múltiples factores etiológicos de origen local, sistémicos y psicológicos. Es una enfermedad relativamente frecuente, de difícil manejo por falta de terapéutica eficaz.



Imagen 8

Xerostomía en adultos mayores

Fuente: <https://clinicamoma.com/sindrome-de-boca-seca/>

2.2.4 PATOLOGIA DE LESIONES ORALES

Las lesiones, más frecuentes encontradas en el paciente geriátrico incluyen neoplasias, infección, patología mucosa de la base inmunológica, alteraciones hematológicas, patología ósea, manifestaciones orales de patología sistémica y cuadros caracterizados por dolor oral y facial.

Los parámetros que pueden influir sobre el tratamiento de los cuadros orales patológicos incluyen valoración psicológica,

valoración fisiológica y consideraciones socioeconómicas, que son indispensables para una evaluación minuciosa.²

a) PATOLOGIA EPITELIAL

LEUCOPLASIA

La etiología de la leucoplasia es desconocida, siendo muchas de naturaleza idiopática. Algunos factores pueden incluir, como el consumo de tabaco y un subtipo de leucoplasia se asocian al consumo de tabaco sin combustión.²

el consumo de alcohol ha sido considerado un factor de riesgo, pero muchos de estos pacientes suelen ser fumadores. Otro factor de riesgo de la leucoplasia es la irritación por fricción, como la producida por una dentadura.

B) INFECCIONES ORALES



Imagen 9.
Leucoplasia oral Fuente:
<https://revistasocolderma.org/enfermedades-de-la-piel/enfermedades-por-localizacion/leucoplasia>

CANDIDIASIS

Es de las infecciones más frecuentes que afecta a los tejidos de la mucosa oral en el paciente mayor.

Suele presentarse en forma de placas con punteado blanco, de mucosa eritematosa atrófica, formación de una pseudomembrana o de mucosa hiperplásica endurecida. Estas variantes se conocen como candidiasis crónica, atrófica, pseudomembranosa e hiperplásica. La estomatitis de la dentadura y la queilitis angular son las dos formas más frecuentes de candidiasis oral en el paciente mayor.

Los cuadros médicos subyacentes como diabetes, inmunodeficiencias o anemia ferropénica pueden ser responsables de la recidiva o persistencia de la candidiasis, se requieren

Una valoración minuciosa para excluir las enfermedades sistémicas.

2



Imagen 10.

Presencia de placas blanquecinas separables sobre un fondo ligeramente inflamatorio es característica de la candidiasis pseudoinflamatoria.

Fuente: [https://www.elsevier.es/es-revista-quintessence-9-articulo-candidiasis-
orales-parte-1-cuadro-X0214098510886703](https://www.elsevier.es/es-revista-quintessence-9-articulo-candidiasis-orales-parte-1-cuadro-X0214098510886703)



Figura 11.
Candidiasis

Fuente: <https://www.elsevier.es/es-revista-quintessence-9-articulo-candidiasis-orales-parte-1-cuadro-X0214098510886703>

HERPEZ ZÓSTER

Virus patógeno humano perteneciente al grupo de los herpes virus que produce varicela en la infancia y permanece latente en los ganglios sensitivos tras la infección primaria. Posteriormente puede reactivarse produciendo el denominado herpes zoster o conocido popularmente como culebrilla. ²

La incidencia del herpes zoster aumenta con la edad, coincidiendo con la disminución de la función inmunitaria que se produce con el envejecimiento, además de su presencia en pacientes receptores de transplantes, pacientes sometidos a radioterapia o quimioterapia, pacientes con procesos malignos no diagnosticados y en aquellos con inmunodeficiencia adquirida.



Imagen 11.
Herpes Zóster de la mucosa oral con
afectación de la rama II del trigémino del lado
izquierdo. Fuente:
*file:///C:/Users/Lucy/Downloads/X02140985108
84339.pdf*

LESIONES VESICULOULCERATIVAS²

LIQUEN PLANO

Caracterizado por lesiones dermatológicas como pápulas cutáneas poligonales morada que son tópicamente pruriginosas.

Liquen plano oral se presenta de dos formas, reticular o de forma erosiva.

Liquen plano reticular suele ser asintomático y no requiere tratamiento. La presentación de forma erosiva suele ser dolorosa, sobre todo tras la exposición a alimentos ácidos y picantes. Las personas con la forma erosiva pueden negarse a comer comprometiendo su salud global. Los sitios frecuentes de ubicación

suelen ser la mucosa bucal posterior, encías lengua, labio y, raramente paladar. Es uno de los procesos más difíciles de tratar. El liquen plano puede verse asociado a otras enfermedades, incluyendo diversas formas de patología hepática como hepatitis, cirrosis biliar primaria, colangitis esclerosante y diabetes.

PÉNFIGO²

El pénfigo vulgar es una enfermedad vesicular intraepitelial caracterizado por la pérdida de la adhesión normal entre células epiteliales. Este cuadro se diagnostica frecuentemente en adultos mayores con quejas de dolor de garganta procediendo frecuentemente a una lesión oral. Afecta el paladar blando, la cara ventral de la lengua y el suelo de la boca, con lesiones erosionadas o mostrar una superficie friable que sangra a la menor manipulación. Su tratamiento consiste en corticoesteroides. ²



Figura 12
Erosiones en la cavidad oral en un paciente con pénfigo vulgar.
Fuente: <https://www.elsevier.es/es-revista-piel-formacion-continuada-dermatologia-21-articulo-tratamiento-los-penfigos>

MITOS

Las personas mayores y la salud oral

¿Es la boca seca parte natural del proceso de envejecimiento? ¿La caries dental es solo algo que le pasa a los niños? Conozca que es verdad y que es mito en esta hoja informativa sobre la salud oral y el envejecimiento. Tener la información correcta le puede ayudar a tener la boca sana de por vida. ¹⁸

En esta publicación, encontrará información sobre:

La caries dental

Las enfermedades de las encías

La boca seca

El cáncer oral (de la boca o bucal)

La caries dental

Mito: Solo a los niños *“se les pican los dientes”*

Verdad: Los dientes se pueden cariar a cualquier edad.

La caries dental no es un problema solo de niños. Le puede pasar cualquier persona que a un tenga dientes naturales. La placa dental una capa pegajosa de bacterias, puede acumularse en los dientes.

La placa produce ácidos que, con el tiempo, desgastan la superficie externa dura de los dientes y producen una caries.

Incluso los dientes con empaste corren riesgo. La placa puede acumularse debajo de un empaste que tena una rajadura y provocar una nueva caries. Y si las encías se han separado de los dietes (conocido como recesión de las encías), la raíz expuesta de los dietes también son susceptibles a cariarse.

Pero usted puede proteger los dientes contra la caries. Aquí le indicamos como:

use pasta de dientes que tenga flúor (también llamado fluoruro), utilice seda dental y acuda al dentista una vez al año.¹⁸



Figura 13 solo a los niños se les “pican losdientes”

Fuente:

<https://www.tucanaldesalud.es/es/tusaludaldia/articulos/aumentan-caries-bruxismo-gingivitis-pandemia>

Los 10 mitos en odontología.

<https://www.adeslasdental.es/10-mitos-sobre-odontologia-y-salud-dental/>

Las enfermedades de las encías²

Mito: la enfermedad de las encías es parte normal del envejecimiento.

Verdad: Usted puede prevenir la enfermedad de las encías no tiene que parte del proceso del envejecimiento.

La enfermedad de las encías (enfermedad periodontal) es una infección de las encías y de los tejidos de alrededor que mantienen a los dientes en su lugar. La enfermedad de las encías se presenta cuando la placa, una capa pegajosa de bacterias, se endurece y se acumula a lo largo de las encías y por debajo de esta.

Las dos formas de enfermedad de las encías son:

La gingivitis, una forma leve que es reversible con una buena higiene oral. En la gingivitis las encías se vuelven rojas, hinchadas y pueden sangrar con facilidad.

La periodontitis, una forma más grave de la enfermedad que puede dañar los tejidos blandos y el hueso que sostiene los dientes. En la periodontitis las encías se alejan de los dientes y forman espacios (llamados "bolsas") que se infectan. El sistema inmunitario del cuerpo lucha contra las bacterias a medida que la placa se extiende y aumenta por debajo de la línea de las encías. Las toxinas de las bacterias y la respuesta natural del cuerpo contra la infección empiezan a destruir el hueso y el tejido conectivo que mantienen los dientes en su lugar. Si no se trata, los huesos, las encías y el tejido que sostiene los dientes se destruye. Con el tiempo los dientes pueden aflojarse y pueden ser necesario sacarlos.

Lo bueno es que la enfermedad de las encías se puede prevenir. No tiene que ser parte del proceso del envejecimiento. Si se cepilla los dientes y usa la seda de manera cuidadosa, además de visitar al dentista con frecuencia para recibir limpiezas profesionales, puede reducir el riesgo de tener una enfermedad de las encías con el paso de los años.

Si ya ha estado en tratamiento por alguna enfermedad de las encías, puede minimizar la posibilidad de que empeore si sigue una rutina adecuada de higiene oral y visita al dentista para limpiezas regulares.

Aquí hay algunas cosas que se puede hacer:

Cepílese los dientes dos veces al día (con una pasta de dientes con flúor).

Use la seda dental con regularidad para eliminar la placa depositada entre los dientes. También puede usar un cepillo especial o un palillo de madera o de plástico recomendado por un profesional de la salud dental.

Vaya al dentista para hacerse los chequeos de rutina.

No fume ni use tabaco de mascar o tabaco en polvo llamado rapé o "snuff".

Coma una dieta balanceada.

Si fuma, corre mayor riesgo de presentar periodontitis que alguien que no fuma. De hecho, el tabaquismo es uno de los factores de riesgo más significativos para el desarrollo de una enfermedad de las encías por las siguientes razones:

Fumar puede debilitar el flujo de la sangre a las encías, lo que reduce la cantidad de oxígeno y nutrientes a los tejidos y los hace más propensos a la infección.

Las sustancias químicas en el humo del tabaco causan inflamación y daño celular y pueden debilitar el sistema inmunitario.

La nicotina es tóxica para las células que producen tejido conectivo nuevo y también aumentan la producción de una enzima que descompone el tejido.

Fumar también disminuye la probabilidad de que el tratamiento de la periodontitis tenga éxito y pueda alargar el tiempo que toma para que los tratamientos funcionen.



Imagen 14 Gingivitis en adultos mayores

Fuente: <https://www.dentistaenalicante.es/periodontitis-extrema/>

<https://marrdental.com/mayores-mitos-de-la-odontologia/>

La boca seca

Mito: la boca seca es una parte natural del proceso de envejecimiento. Sencillamente hay que aprender a vivir con ella.

Verdad: la boca seca no es una parte del proceso del envejecimiento en sí. Es importante descubrir la causa de la sequedad bucal para poder aliviarla.

La sequedad bucal es la sensación de que no hay suficiente saliva en la boca. Entre las causas frecuentes de la boca seca en los adultos mayores se encuentran los efectos secundarios de ciertos medicamentos y la deshidratación. Con la boca seca puede ser difícil masticar, tragar e incluso hablar. El tener menos saliva también aumenta los riesgos de presentar caries dentales o infecciones por hongos en la boca por que la saliva ayuda a mantener los gérmenes dañinos bajo control.

Si tiene dentadura postiza, la boca seca puede hacer que se vuelva incómoda y que no se ajuste tan bien. Sin suficiente saliva, la dentadura postiza también puede rozar contra las encías o el

paladar y causar irritación. Además, se pueden producir infecciones por hongos debajo de la dentadura.

Es importante saber que tener la boca seca no es parte del proceso del envejecimiento en sí. Sin embargo, muchos adultos mayores toman medicamentos que pueden reseca la boca. Además, los adultos mayores son más propensos a tener ciertos problemas médicos que pueden llevar a tener sequedad bucal.

Algunas causas de la boca seca son:

Efectos secundarios de los medicamentos. Cientos de medicamentos pueden hacer que las glándulas salivales produzcan menos saliva. Los medicamentos para la presión arterial alta, la depresión y los problemas de control de vejiga a menudo causan sequedad en la boca.

Deshidratación. Los adultos mayores son más propensos a deshidratarse que las personas más jóvenes.

Enfermedades. La diabetes, el síndrome de Sjögren y el VIH/SIDA pueden causar sequedad en la boca.

Radioterapia. Las glándulas salivales pueden dañarse si se exponen a la radiación durante el tratamiento contra el cáncer.

Quimioterapia. Los medicamentos que se usan para tratar el cáncer pueden causar que la saliva sea más espesa, lo que hace que la boca se sienta seca.

Daño a los nervios. Las lesiones en la cabeza o en el cuello pueden dañar los nervios que les envían señales a las glándulas salivales para que produzcan saliva.

Si piensa que tiene la boca seca, consulte con un dentista o médico, que puede tratar de determinar la causa de sequedad en la boca y los tratamientos le podrían seguir. Por ejemplo, si la boca seca es

causada por un medicamento, el medico podría cambiarlo o ajustar la dosis.¹⁸

Es posible que el dentista o medico también le sugiera que mantenga la boca húmeda usando saliva artificial que puede comprar en la farmacia. A algunas personas les ayuda chupar un dulce duro (caramelo) sin azúcar o masticar goma de mascar sin azúcar.



Imagen 15

Fuente:

<https://medlineplus.gov/spanish/dry-mouth.html>



Imagen 16

Fuente:

<https://www.google.com/search?q=boca+seca&sxsrf=AJOqlzVPfeXY0QesYZmt1CrB3gvzdzwyg>

El cáncer oral (de la boca o bucal)

Mito: Si no mastica tabaco, no hay de qué preocuparse del cáncer oral.

Verdad: El tabaco sin humo ("dip" y "chew") no es lo único que puede aumentar la probabilidad de tener cáncer oral.

Las siguientes cosas le ponen en riesgo:

El tabaco y el alcohol. El consumo de tabaco de cualquier tipo, incluso fumar cigarrillos. El consumo excesivo de alcohol también aumenta la probabilidad de presentar la enfermedad. Además, consumir tabaco y alcohol presenta un riesgo mucho mayor que consumir cualquiera de las dos sustancias por separado.

Ciertos tipos del virus del papiloma humano (VPH) que se transmiten por contacto sexual. Aunque muchas personas se exponen al VPH oral, el cuerpo generalmente elimina el virus. Pero en algunas personas, el virus no desaparece, lo que las pone en riesgo de cáncer oral.

Edad. La probabilidad de cáncer oral aumenta con la edad. La mayoría de las personas con estos cánceres tienen 55 años o más.

Es importante detectar temprano el cáncer de la boca, porque el tratamiento funciona mejor antes de que la enfermedad se haya extendido. El dolor puede no ser un síntoma temprano de la enfermedad, por lo que debe estar atento a cualquier cambio en la boca, especialmente si fuma o bebe.

Si tiene cualquiera de los siguientes síntomas por más de dos semanas, asegúrese de consultar a un dentista o médico:

una llaga, una irritación, un bulto o un parche grueso en la boca, los labios o la garganta;

un parche blanco o rojo en la boca;

dolor de garganta o una sensación de que algo está atorado en la garganta;

ronquera;

dificultad para masticar, tragar o hablar;

dificultad para mover la mandíbula o la lengua;

entumecimiento de la lengua u otras áreas de la boca;
hinchazón de la mandíbula; las personas que usan dentaduras
postizas, podrían sentir que estas se han vuelto incómodas o que
no se ajustan bien;
dolor de oído.

La mayoría de las veces, estos síntomas no significan que tiene
cáncer. Una infección o algún otro problema pueden causar los
mismos síntomas. Sin embargo, es importante que se los haga
revisar,
porque si tiene cáncer, lo pueden tratar más exitosamente sí lo
encuentran temprano.



Imagen 17

Cáncer asociado al cigarro en pacientes de la tercera edad.

Fuente:

<https://www.google.com/search?q=cancer+en+fumadores+de+la+tercera+edad&tbm=isch&ved=2ahUKEwiUsrSxtv37AhXqIN4AHTIEBEkQ>

2.5 Conocimientos, actitudes y prácticas sobre autocuidado de la Salud oral en personas de la tercera edad

A lo largo del siglo pasado la esperanza de vida y la edad de la población se incrementó de manera constante en todo el mundo. Durante las últimas décadas aumento el número de personas con más de 60 años y se espera que esta tendencia se mantenga en los próximos cien años.

La organización mundial de la salud (OMS), se estima que en mundo hay más de seiscientos millones de personas mayores (sesenta años en adelante y esperan que para el año de 2025 se duplique esa cantidad. En México la esperanza de vida aumentad considerablemente, en 1930 las personas vivían en promedio 34años, 40 en 1970, 61 en el 200y 74 en el 2016.

Por esta razón conocer la salud de los adultos mayores será una cuestión impórtate para definir el estado salud de la población mexicana, especialmente porque son uno de los grupos con mayor probabilidad de padecer múltiples trastornos de salud, debido de la sunciones físicas y mentales disminuidas, alteraciones emocionales, soledad, alteración de la actividad sexual, trastornos metabólicos crónicos y discapacidades.

A pesar del reconocimiento de esta vulnerabilidad se puede considerar que la vejez es diferente para cada persona, para algunos se mantiene una buena calidad de vida y salud, mientras que el resto puede experimentar inactividad, fatiga, sarcopenia, anorexia con morbilidades y síntomas depresivos.

La diferencia entre los tipos de envejecimiento, sano y patológico, puede encontrarse en lo que la OMS denomina “envejecimiento

activo, que es un proceso en el que se optimizan las oportunidades para a la salud, la participación en área física, labora, social, económica, cultural, espiritual, cívica y la seguridad con el fin de tener autonomía, independencia, salud física y mental e inclusión social para mejorar la calidad de vida en la edad avanzada”.

Para lograr el envejecimiento activo es necesario conocer las condiciones para darle a esta población una atención y cuidado multidisciplinar e integral que considere el entorno en el que se encuentran inmersos tanto físico, como social y cultural, para crear oportunidades de formación y mantenimiento de los contactos sociales, implementación en diversas actividades de óseo y participación de las personas mayores en diferentes programas o actividades voluntarias.

Para realizar dichas acciones, es necesario estudiar los indicadores psicosociales que se centren en el vivir mejor de las personas mayores, es decir, conocer los indicadores Psicológicos y sociales que influyen en el bienestar y la calidad de vida de este grupo de edad.

Es importante aclarar, que de acuerdo con diversos autores como Ferreti, Castanha, Padoan, Lutinski y da silva o Gallardo-Peralta, Cordova, Piña y Urrutia, el bienestar y la calidad de vida son constructores asociados de carácter multidimensional, amplio y subjetivo, es decir, dependen del significado de los aspectos evaluados, sobre la valoración que hace el individuo respecto a los elementos que les satisfacen.

A pesar de que no es posible poder contar con una definición única del constructo de calidad vida, se toma como referencia la propuesta de la OMS que define calidad de vida “la percepción que

el individuo tiene de su posición en la vida en la vida en el contexto cultural y los valores en el que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”.

Por lo que es importante comprender los indicadores relevantes al grupo etario en cada cultura para poder entenderlo, sin embargo, en el contexto de los países latinoamericanos faltan estudios sobre la calidad de vida y los factores asociados en las personas mayores. En particular en México existe un escaso número de estudios sobre la calidad de vida del adulto mayor, y hay una amplia necesidad de contar con instrumentos válidos, confiables y fáciles de aplicar en la práctica del médico familiar como señala Valdez- Huirache y Álvarez boca negra.

A pesar de que existen diversos instrumentos psicométricos, diseñados para medir calidad de vida en adultos mayores como el CASP-19, OPQOL-BRIEF y WHOQOL-AG, ninguno con información de población mexicana por lo que el objetivo de presente estudio es desarrollar un instrumento para medir la calidad de vida en la tercera edad, con indicadores determinados por la población humana.

2.5 ESCALA DE LIKERT

La escala de Likert es una de las herramientas más utilizadas por los investigadores de mercado cuando desean evaluar las opiniones y actitudes de una persona. Existen varios tipos de escalas de edición enfocadas directamente a medir las actitudes de las personas, entre ellas, una de las más utilizadas es de la que hablaremos a continuación.

Empecemos con el nombre de la escala, el cual tiene su origen debido al psicólogo Rensis Likert distinguió entre una escala apropiada, la cual emerge de las respuestas colectivas a un grupo de ITEMS (pueden ser 8o más), y el formato en el cual las respuestas son puntuadas en un rango de valores.

Técnicamente la escala o escala de Likert hace referencia al último. La diferencia de estos dos conceptos tiene que ver con la distinción que Likert hizo entre el fenómeno que está siendo investigado y las variables de los medios de captura.



Imagen 18

Disponible en

https://www.google.com/search?q=escala+likert&rlz=1C1CHBF_es

La escala de Likert es uno de los **tipos de escalas de medición**. Es una escala Psicométrica utilizada principalmente en la investigación de mercados para la comprensión de las opiniones y actitudes de un consumidor hacia una marca, producto o mercado meta. Nos sirve principalmente para realizar mediciones y conocer sobre el grado de conformidad de una persona o encuestado hacia determinada oración afirmativa o negativa.

Cuando se responde a un ITEM de la escala de Likert, el usuario responde específicamente en base a su nivel de acuerdo o desacuerdo. Las escalas de frecuencia con la de Likert utilizan formato de respuestas fijas que son utilizados para medir actitudes y opiniones. Estas escalas permiten determinar el nivel de acuerdo o desacuerdo de los encuestados.

La escala de Likert asume que la fuerza e intensidad de la experiencia es lineal, por lo tanto va desde un total de acuerdo a un total de desacuerdo, asumiendo que las actitudes pueden ser medidas. Las respuestas pueden ser ofrecidas en diferentes niveles de medición, permitiendo escalas de 5, 7 y 9 elementos configurados previamente siempre se debe tener un elemento neutral para aquellos usuarios que ni de acuerdo ni en desacuerdo.

14,15



Ejemplo de la escala de Likert

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

El sabor en la comida que consumo es lo más importante para elegir un lugar en el que comer.

Mi aportación a la empresa es siempre valiosa

Ejemplo de la escala de Likert

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

Frecuencia de la realización de una actividad

Salgo de vacaciones al menos dos veces al año

Frecuencia de la escala de Likert

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

Consumo productos para cuidado de la piel todos los días

Ejemplo de la escala de Likert

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

Importancia de un factor

La experiencia del usuario dentro de mi estrategia comercial es...

Ejemplo de la escala de Likert

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	----------------------	---------------------------------------	-------------------	------------------------------

Valoración de la marca, empresa, producto o servicio

La Marca de A se preocupa por el medio ambiente y la naturaleza.

Ejemplo de la escala de Likert

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	----------------------	---------------------------------------	-------------------	------------------------------

Probabilidad de realizar una acción en el futuro

Tengo planeado adquirir un automóvil en los últimos 6 meses

Ejemplo de la escala de Likert

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	----------------------	---------------------------------------	-------------------	------------------------------

Ejemplos de la escala de Likert

ACUERDO	FRECUENCIA
Totalmente de acuerdo	Muy frecuentemente
De acuerdo	Frecuentemente
En desacuerdo	Ocasionalmente
Totalemente en desacuerdo	Raramente
	Nunca
IMPORTANCIA	PROBABILIDAD
Muy importante	Casi siempre verdad
Importante	Usualmente verdad
Moderadamente importante	Ocasionalmente verdad
De poca importancia	Usuariamente no verdad
Sin importancia	Casi nunca verdad

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los grandes retos de la odontología es la atención y educación para la salud del adulto mayor para promover el autocuidado de la salud oral. Los cambios de nivel oral de este grupo están relacionados con una higiene deficiente, pérdida dentaria por problemas periodontales y por caries dental principalmente y donde el factor de riesgo común es la higiene deficiente o nula.

Se habla mucho sobre los hábitos de higiene bucal deficiente en el envejecimiento, pero en algunas comunidades como Tlalchapa (Gro.) es frecuentemente que las personas de la tercera edad asuman que en la vejez es común el edentulismo y deterioro bucal el desconocimiento de medidas preventivas como la higiene y la auto revisión diaria de la boca podría ser un factor de cambio en la conversación de la salud oral.

Si bien es escrito que se presentan cambios como mucosa oral más fina, flujo salival disminuido, bien por la edad o bien por la ingesta de medicamentos, enfermedades sistémicas y por la presencia de biopelícula también lo es que enfermedades como la caries dental, enfermedad periodontal en su forma de gingivitis o periodontitis, candidiasis y problemas en la masticación y degustación son las más frecuentes, aunque no las únicas y esto se agrava por la inaccesibilidad a servicios institucionalizados de salud oral o bien por el desconocimiento de medidas preventivas al alcance del paciente.

4. JUSTIFICACIÓN

Es de vital importancia que a las personas de la tercera edad se les brinde información sobre los conocimientos preventivos necesarios y prácticas sobre una adecuada higiene bucal para promover actitud positiva que conlleve la conservación de la salud buco dental, mejorar su práctica y realizar un autocuidado; buscando como resultado una mayor conservación de sus órganos dentales funcionales y mejores condiciones de tejido periodontal.

En este sentido, en el caso de la comunidad de Tlalchapa Gro., es importante, antes que nada, explorar el nivel de conocimientos que poseen sobre lo anterior y a partir de este diagnóstico, reforzar la promoción de la salud no solo esperando que el sector salud lo haga, se puede realizar a partir de la consulta privada y de la participación comunitaria en centros donde se reúnan las personas de la tercera edad de esta entidad.

5. OBJETIVOS

5.1 GENERAL

Determinar el perfil de conocimiento, actitudes y prácticas sobre la salud oral en adultos mayores que acuden en la recepción del consultorio dental Rayón ubicado en Tlalchapa Gro.

5.2 ESPECIFICOS

- ✚ Determinar la frecuencia de higiene bucodental en adultos mayores que acuden al consultorio dental rayón analizando los factores clínicos, sociodemográficos y de comportamiento.
- ✚ Determinar el perfil de actitud, práctica y conocimiento en relación de los hábitos de higiene bucal por medio de la escala de Likert.

6. METODOLOGÍA

6.1 Material y método

El presente estudio se desarrolló con la participación de pacientes de la tercera edad que solicitan atención dental en el consultorio dental rayón de la comunidad de Tlalchapa Gro., a cada paciente se le explicó el objetivo del estudio y los que aceptaron participar voluntariamente firmaron el consentimiento informado.

Se utilizó un instrumento ya calibrado de recolección de información utilizando en la coordinación de odontología preventiva y salud pública de la facultad de odontología de la UNAM (2017).

A todos los pacientes adultos mayores se les aplicó la encuesta, se estableció como criterios de inclusión y selección de la muestra edad mínima de 55 años con el fin de tener parámetros de comparación según los grupos de edad recomendados por la organización mundial de la salud, para estudios epidemiológicos.

Las personas seleccionadas estaban incluidas para la lista de pacientes citados para el diagnóstico, acudir de forma independiente, y estar de acuerdo en llevar a cabo la exploración y encuesta.

La sistemática de selección de pacientes siguió el orden de la inscripción de estos al servicio de la recepción de pacientes en el consultorio. Todos los días se llevan a cabo encuestas que sirven para tener excelentes resultados.

En la lista que incluía a las personas que cada día debían ser examinadas por el consultorio específico la edad, lo cual facilitó identificar y ubicar a los pacientes para aplicar la encuesta.

6.2 Tipo de estudio

Estudio transversal

6.3 Universo de estudio, selección y tamaño de la muestra

- ✚ Población de estudio personas de la tercera edad residentes de Tlalchapa guerrero.
- ✚ Muestra: 30 personas

6.4 Criterios de selección

6.4.1 Criterios de inclusión

- ✚ Contar con más de 60 años
- ✚ Aceptar contestar el cuestionario

6.4.2 Criterios de exclusión

- ✚ Formatos de encuesta parcialmente llenados

6.5 Variables de estudio operacionalización y escala de medición

Variable	Conceptualización	Operacionalización
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Se determinó como: 1. Masculino 2. Femenino
Sexo	Es el conjunto de peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculino y femenino, y hacen posible la reproducción que se caracteriza por una diversificación genética.	Se determinó como: 1. Masculino 2. Femenino
Higiene bucal	Es el cuidado adecuado de los dientes, encía, lengua, y toda la cavidad bucal.	se determinó como: 1. De acuerdo 2. Ni acuerdo ni en desacuerdo 3. En desacuerdo
Ocupación	Se define la ocupación como clase o tipo de trabajo desarrollado, con especificación del puesto de trabajo desempeñado.	se determinó como: 1. Obrero 2. Empleado 3. comerciante 4. Hogar 5. desempleado
Auto evaluación de la salud oral	Creencias en las propias capacidades personales para organizar, y ejecutar rutinariamente los cursos de acción necesarias para mantener los tejidos orales en buenas condiciones.	Se determinó como: 1. después de cada comida. 2. Dos veces al día 3. Una vez al día 4. A veces 5. Ninguna
Sangrado de encías	irritación, enrojecimiento e inflamación de las encías	Se determinó como: 1. Si

Conocimiento, actitudes y prácticas sobre salud oral	Grado de conocimiento sobre autocuidado de la salud oral	2. No
		Se determinó como: 1. De acuerdo 2. Ni acuerdo ni en desacuerdo 3. En desacuerdo

6.6. Análisis estadístico

Las respuestas se describirán utilizando proporciones y promedios y se graficarán los resultados.

6.7 Consideraciones éticas

Este estudio se realizó de acuerdo con la ley del Reglamento General de Salud en materia de investigación para la salud. Asimismo, se respetó la confidencialidad de los sujetos participantes en el estudio considerando el TITULO SEXTO (De la Ejecución de la Investigación en las Instituciones de atención a la salud) CAPITULO UNICO, ARTICULO 113, ARTICULO 115.- y ARTICULO 116.

De igual forma, el estudio consideró los lineamientos propuestos por la Declaración de Helsinki, la Asociación Médica Mundial en lo que respecta a la investigación médica, diseño de proyectos de Investigación, referente al derecho de los participantes en una

6.8 Recursos

6.8.1 Recursos humanos

-  Pasante de la Carrera de Odontología
-  Tutor: Adscrito al Departamento de epidemiología y Salud pública

6.8.2 Recursos materiales

-  Encuestas
-  Computadora
-  Sillón dental

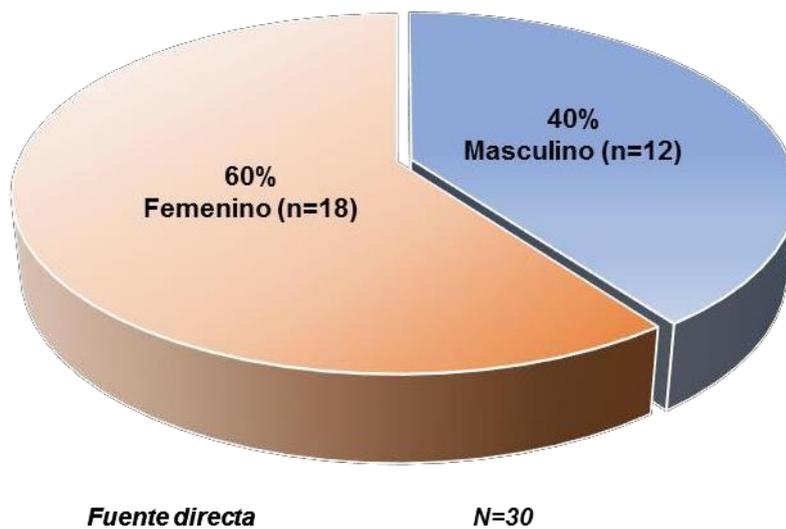
6.8.3 Recursos financieros

-  A cargo de la tesista

7. RESULTADOS

El estudio se llevó a cabo en la comunidad de Tlalchapa, Gro, participaron 30 pacientes que aceptaron contestar la encuesta, de ellos el 60% correspondió al sexo femenino y el 40% al masculino la edad promedio fue de 60 a 90 años. (Gráfica 1)

Gráfica 1
Distribución porcentual por sexo de 30 pacientes.
Tlalchapa, Gro. 2022.



El análisis de la información comprende dos partes: la primera corresponde a variables sociodemográficas y la segunda a la evaluación de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral.

Ocupación

Respecto a la ocupación se observó que la mayoría son personas que se dedican al hogar (37%) y a personas que se desarrollan como obreros (30%), la menor proporción correspondió a personas que se dedican al comercio. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución porcentual por ocupación. Tlalchapa. Gro. 2022.	
Obrero	30%
Empleado	17%
Comerciante	3%
Profesional	13%
Hogar	37%

Fuente directa

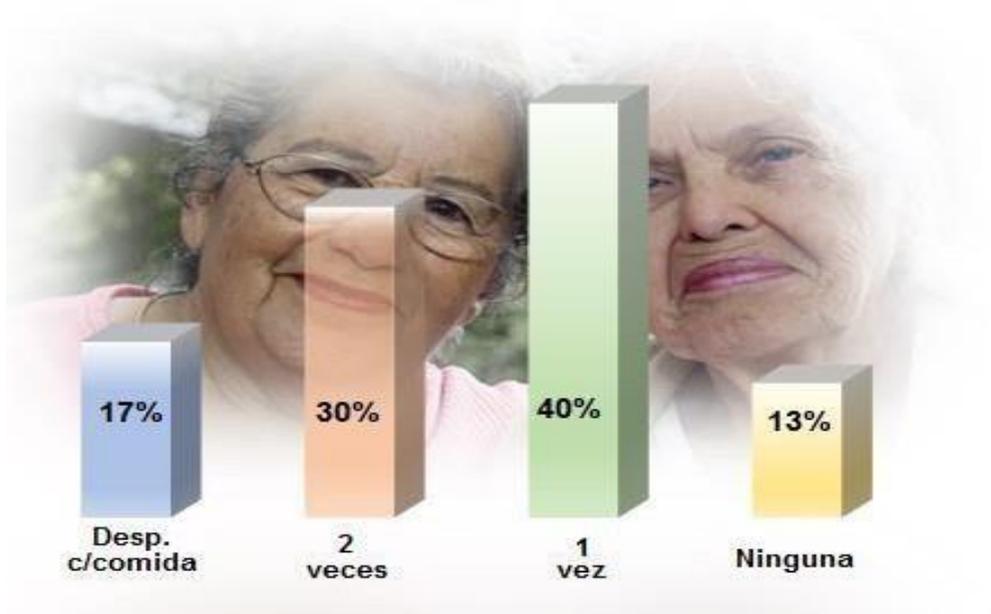
N=30

Higiene oral

La frecuencia de higiene oral no es lo esperado, el 13% refiere no utilizar auxiliar de higiene oral alguno, el 40% menciona que solo se lava la boca una vez al día y solo el 17% lo hace después de consumir alimentos. Al revisar su cavidad oral es notorio que esta información es poco confiable.

(gráfico 2)

Gráfico 2
Frecuencia de cepillado dental al día. Tlalchapa. Gro. 2022.



Fuente directa

N=30

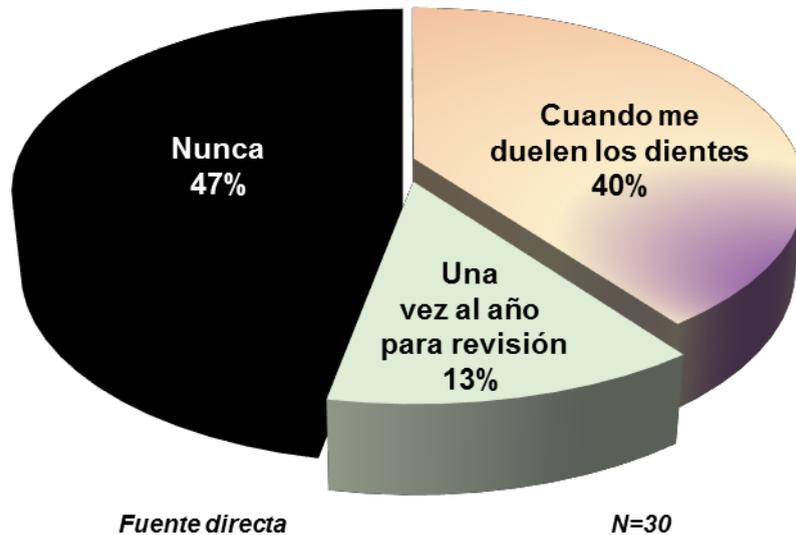
La mitad de las personas prefieren utilizar cepillo lo que representa el 53%, cepillo o enjuague bucal en el 17%, y el 13% refieren no utilizar alguno de los auxiliares de higiene oral. (Gráfica 3)

Gráfico 3. Utilización de auxiliares de higiene oral. Consultorio Rayón. Tlalchapa. Gro. 2022.



Las evidencias clínicas de la cavidad oral de los encuestados son coincidentes con la frecuencia con la que visitan al odontólogo: (Gráfica 3)

Gráfica 4
Frecuencia de visitas al odontólogo. Consultorio
Rayón. Tlalchapa, Gro.



Autopercepción de la salud oral

Hablando de la autopercepción de la salud oral se les cuestiono como consideraban su salud oral el 17% (n=5) no tienen idea como de como la consideran, la consideran excelente el 3% (n=1) y buena el 13% (n=4). Llama la atención que casi la mitad de ellos (47%) menciona auto percibir su salud oral como mala, es bien sabido que el sangrado de las encías pone en evidencia la presencia temprana de gingivitis, pero se observó que el 47% nunca realiza una visita con una visita al odontólogo, y esto coincide con la autopercepción de la salud mala y es coincidente con la información que se obtuvo. (Tabla 2)

Tabla 2. Autopercepción de la salud. Tlalchapa, Gro. 2022.		
Autopercepción	No.	%
Excelente	1	3%
Buena	4	13%
Regular	6	20%
Mala	14	47%
No sé	5	17%
Total	30	100%

Fuente directa

N=30

Evidencias clínicas



Imagen 19. Paciente femenino de 69 años



Imagen 20. Paciente masculino 76 años



Paciente femenina 54 años

Autopercepción de la salud: Evidencias clínicas

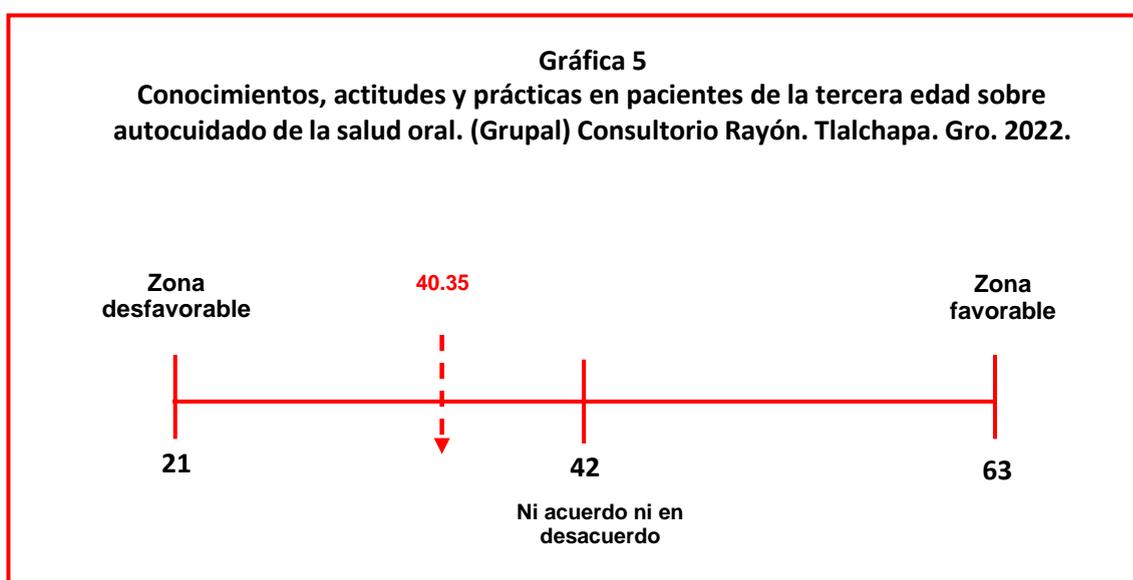


Grado de conocimientos, actitudes y prácticas sobre autocuidado de la salud oral

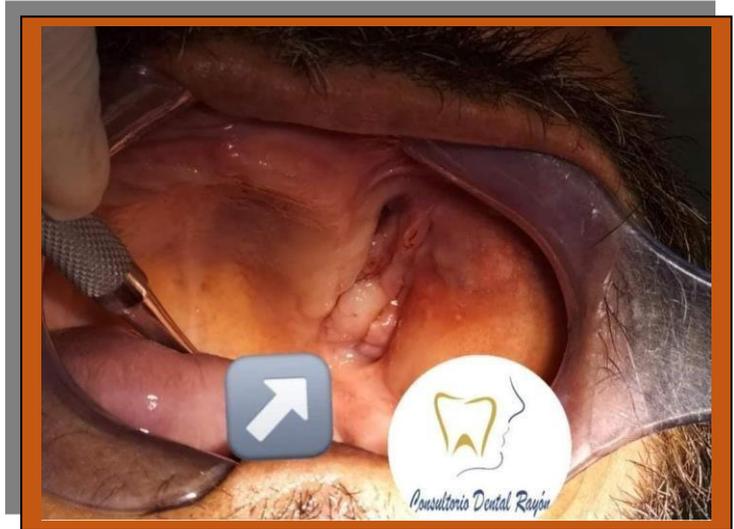
Conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud oral. Grupal

La información correspondiente a la evaluación del rubro de conocimientos, actitudes y prácticas se presenta de forma global como en la gráfica 5 y separados por rubros en actitudes grafica 6, conocimiento grafica 7 y prácticas grafica 8.

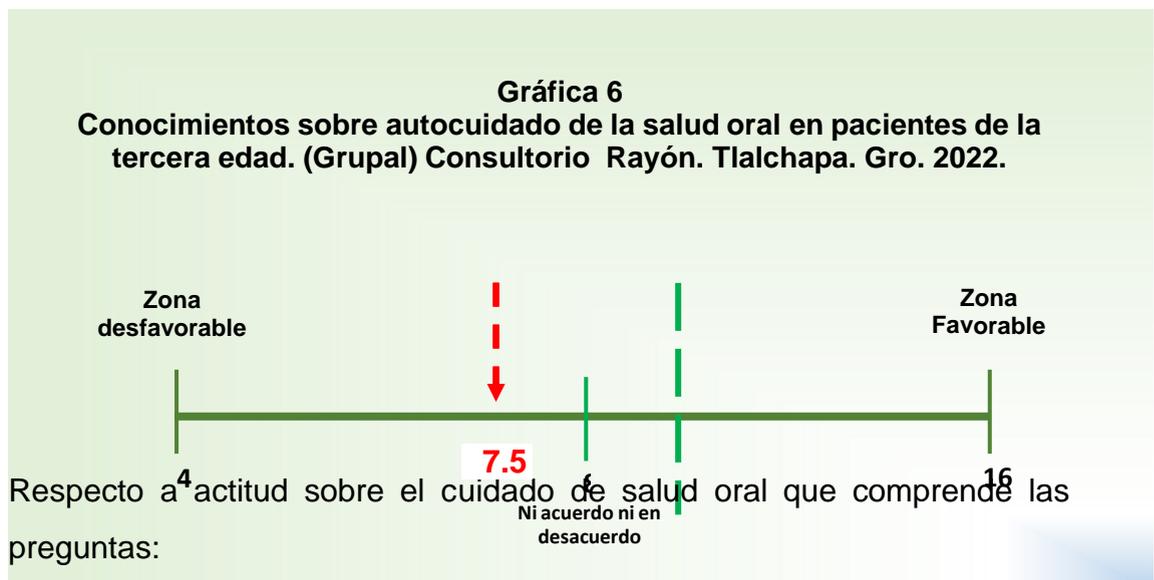
En términos de conocimientos, actitudes y prácticas se sumaron el puntaje de estos tres rubros obtenido por cada uno de los pacientes posteriormente se hizo la sumatoria de los 30 pacientes y esa sumatoriase dividió entre 30 individuos. Se observa que cuando se analizaron juntos los conocimientos actitudes y prácticas este rubro está por debajo del puntaje central es decir ni siquiera opinaron ni acuerdo ni en desacuerdo fue el puntaje desfavorable lo que pone en evidencia que conjuntando todas estas variables conocimientos, actitudes y prácticas los pacientes presentan una pobre realidad en términos de salud oral.



El promedio grupal es de 40.35, promedio que está por debajo de la respuesta ni acuerdo ni en desacuerdo que eligen los pacientes cuando no saben lo que se les pregunta, pero no quieren evidenciar su ignorancia.



La gráfica 6 presenta los resultados solo de la variable conocimiento, y al igual que en el caso anterior, los pacientes cuentan con el mínimo de conocimientos y esto corresponde a la zona desfavorable o sea se evidencia que la actitud que tienen es desfavorable para la auto conservación de su salud oral y se refleja en las evidencias clínicas.



Ítems

1. Cuando se “pican los dientes” es mejor que se caigan solos
2. Es normal que los adultos mayores tengan “masilla” sobre la superficie de los dientes y no es necesario cepillarlos.
3. Lo esperado es que se pierdan los dientes en la tercera edad y por eso no me preocupo.
4. Cuando los dientes “se me pican” prefiero que me los extraigan para evitar el dolor.

En el rubro de prácticas con 6 ítems se observa, de igual forma que en el rubro de conocimientos, que el promedio de las actividades que realizan ellos para la conservación de su salud oral no son las más adecuadas, de nueva cuenta se vuelve a arriesgar a los encuestados a contestar con una mediana respuesta ni acuerdo ni en desacuerdo lo que de todos modos pone en evidencia unas pobres prácticas de salud (Grafica 8).

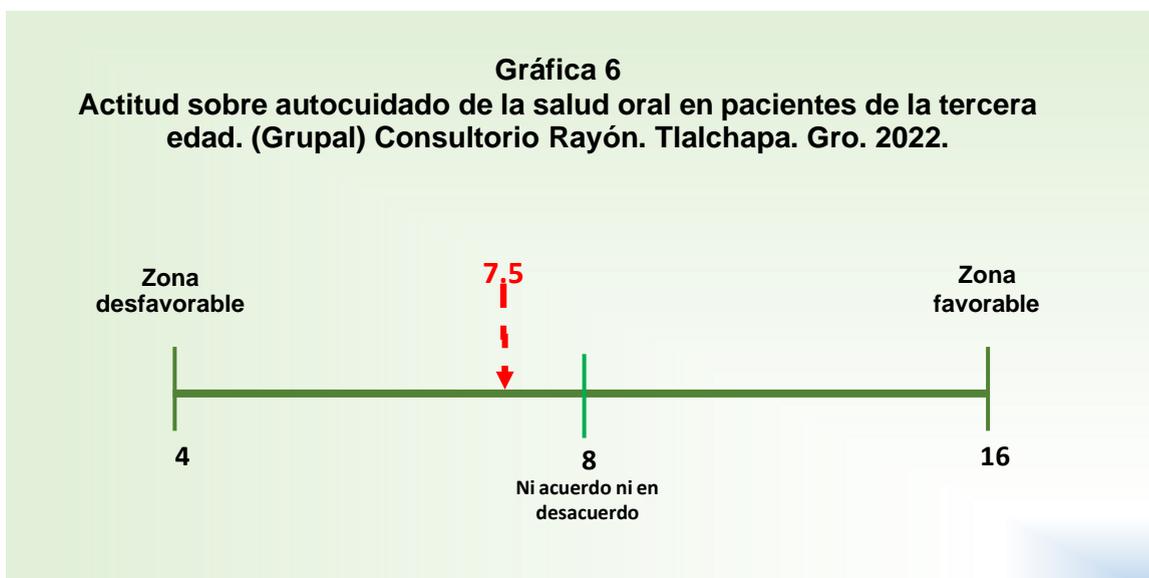
Gráfica 8
Prácticas sobre autocuidado de la salud oral en pacientes de la tercera edad.
(Grupal) Consultorio Rayón. Tlalchapa. Gro. 2022.





Paciente masculino 66 años.

Lo referente a actitud sobre higiene y autocuidado de la salud oral en los 30 pacientes está bajo la zona desfavorable, solo basta ver los resultados asentados en las gráficas 2,3 y 4: nula higiene oral. (Gráfica 6) La mayoría termina en extracción.





8. CONCLUSIONES

- El desconocimiento sobre autocuidado de la salud oral en el adulto mayor es el principal factor de riesgo para pérdida dental a más temprana edad, sobre todo en comunidades rurales donde la presencia de odontólogos es escasa y las personas tienen que desplazarse a la cabecera municipal.
- El adulto mayor, al asumir que el aumento de la edad es sinónimo de pérdida dental, aunado a que solo asisten al consultorio dental en caso de dolor presenta como resultado una mala salud oral.
- Las prácticas de cuidado de la salud oral en comunidades rurales se basan principalmente en dos aspectos: mitos sobre control del dolor y prevención de caries dental y la transmisión de consejos de forma oral.
- El abandono de la salud oral y de la higiene oral se ha traducido en presencia exagerada de biopelícula, cálculo dental, caries dental grado 3 y 4 amén de la presencia de múltiples restos radiculares.
- Cuando el paciente de la tercera edad es sujeto de promoción de para la salud, es capaz de realizar actividades para la conservación de sus prótesis u de los tejidos bucales que conserva.
- Es importante que los cirujanos dentistas enseñemos a las personas de la tercera edad que el no ir al dentista es un error y que, aunque tengan pocos órganos dentales deben tomarle la importancia necesaria.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Informe mundial sobre envejecimiento y la salud. OMS. 2015. Disponible en https://drive.google.com/file/d/1xdUtwOGhvDIF_krDoIWw9UoSIKiX-lw/view
2. Envejecimiento saludable y calidad de vida. La Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el periodo de 2021-2030 como la Década del Envejecimiento Saludable. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores | 27 de agosto de 2021. Disponible <https://www.gob.mx/inapam/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es>
3. Calidad de vida para un envejecimiento saludable. La Asamblea General de las Naciones Unidas . disponible en <https://www.gob.mx/inapam/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es>
4. Delgado W. Salud bucal : importancia en el adulto y adulto mayor. DIAGNÓSTICO Vol 57(1) Enero-Marzo 2018.
5. Meneses E. Salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores. Tesis de grado. Fundación DIALNET. disponible <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=93692>. 2010.
6. Serrano P. La salud bucodental en los mayores. Prevención y cuidados para una atención integral. Instituto de la Salud Pública. Biblioteca virtual. Comunidad de Madrid.
7. Diagnóstico y manejo de los problemas bucales en el adulto mayor. GPC, Guía práctica; P.1-14 Guía práctica clínica
8. Las personas mayores y la salud oral. Departamento de salud y Servicios Humanos de EU. Institutos Nacionales de la Salud. Septiembre 2020.
9. Mitos sobre la salud bucal que deberías desterrar. <https://www.mundodeportivo.com/vidae/salud/20210921/1001690753/mitos-sobre-salud-bucal-deberias-desterrar-act-pau.html>
10. Torrecilla R, Valdivia G, Castro I, Yera K, Yero IM. Intervención educativa sobre salud bucal en adultos mayores de un consultorio médico. 16 de Abril [Internet]. 2020 Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_4/article/view/1034.

11. Duarte RE. Velazco E. Escala de calidad de vida en adultos mayores mexicanos: validación psicométrica. Universidad del Valle de México. Horizonte Sanitario. disponible: <https://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view>
12. Torrecilla R, Valdivia G, Castro I, Yera K, Yero IM. Intervención educativa sobre salud bucal en adultos mayores de un consultorio médico. 16 de Abril [Internet]. 2020 Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_4/article/view/1034.
13. Duarte RE. Velazco E. Escala de calidad de vida en adultos mayores mexicanos: validación psicométrica. Universidad del Valle de México. Horizonte Sanitario. disponible: <https://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view>
14. ¿Qué es la escala de Likert y cómo utilizarla? disponible en <https://www.questionpro.com/blog/es/que-es-la-escala-de-likert-y-como-utilizarla/#:~>
15. REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (Consultado en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>).
16. Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos: UNESCO (consulta http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=)
17. PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS. Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm)
18. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. (Consulta <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>)
19. El Comité Director de la Bioética de Europa. (Consulta http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/02_Biomedical_research_en/Guide/Guide_ES).