



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**IMPACTO DE LA SALUD BUCAL EN LA CALIDAD DE
VIDA DE ADULTOS MAYORES QUE DEMANDAN
ATENCIÓN DENTAL, COYOACÁN 2008**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTA

OSCAR SUMANO MORENO

**TUTORA: MTRA. MARIA CRISTINA SIFUENTES
VALENZUELA**

**ASESORES: MTRO. JAVIER DE LA FUENTE HERNÁNDEZ
MTRO. ALBERTO ZELOCUATECATL AGUILAR**

México D. F.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

	Pág.
1.- Introducción.....	5
2. - Marco teórico.....	7
2.1.- Concepto de Salud.....	8
2.2.- Salud Bucal.....	10
2.3.- Calidad de vida.....	12
2.4.- Concepto de calidad de vida relacionado con la salud.....	14
2.5.- Concepto de calidad de vida relacionado con la salud bucal.....	17
2.6.- El Adulto mayor y la salud.....	18
2.7.- Indicadores sociales de la salud bucal.....	21
2.8.- Índices de calidad de vida bucal.....	22
3.- Planteamiento del problema.....	27
4.- Justificación.....	28
5.- Objetivos.....	29
5.1. - Objetivo general.....	29
5.2. - Objetivos específicos.....	29
6.- Hipótesis.....	30
7.- Material y Método.....	31
7.1. - Tipo de estudio.....	31
7.2. - Población de estudio.....	31
7.3. - Selección y tamaño de la muestra.....	31
7.4. - Criterios de selección.....	32
7.4.1. - Criterios de inclusión.....	32
7.4.2. - Criterios de exclusión.....	32
7.5. - Variables.....	33
7.6. - Método de recolección de la información.....	34
7.7. - Método de registro y procesamiento de la información.....	35
7.8. - Análisis estadístico.....	35
8.- Recursos.....	37
8.1. - Humanos.....	37
8.1. - Materiales.....	37
8.3. - Financieros.....	37
9.- Consideraciones éticas.....	38
10.- Resultados.....	39

11.- Discusión.....	45
12.- Conclusiones.....	47
13.- Bibliografía.....	49
14.- Anexos.....	54
14.1. - Anexo 1.....	55
14.2. - Anexo 2.....	57
14.3. - Anexo 3.....	60

1. – Introducción

El diagnóstico del estado de salud de la población en donde intervienen diversos factores se hace muy complejo, más aún si pretendemos abarcarlo en toda su magnitud, para una colectividad o comunidad determinada, sea ésta la de un país, provincia, municipio, área de salud, centros educacionales o laborales, entre otros.

Todas las poblaciones deben ser estudiadas para conocer su estado de salud, sus componentes, sus determinantes, factores de riesgo y su causalidad, para poder elaborar un plan de acción y de ejecución específico que permita alcanzar indicadores de salud cada vez más favorables.

El deseo de los hombres por gozar de salud, con objeto de realizar todo aquello para lo que su racionalidad les capacita, ha sido una constante a lo largo de la historia de la humanidad. Los intentos por definirla, a pesar de su valor extraordinario y relativo, han sido y continúan siendo múltiples y pluralistas.¹

La morbilidad bucal de manera muy particular la caries dental, las periodontopatías y las maloclusiones, han sido tradicionalmente menospreciadas como problema médico y de salud pública, por no ocasionar mortalidad directa, cuando en realidad, su elevada frecuencia (en más del 95 % de la población), las molestias locales, repercusiones estéticas, trastornos digestivos e incluso graves complicaciones sistémicas, justifican una particular atención por parte del médico y de la administración sanitaria. Además, tiene una gran importancia económica por cuanto consume recursos financieros en su prevención y tratamiento y resta aportaciones a causa del ausentismo laboral y escolar, que por sí mismo o sus complicaciones conllevan.²

Muy recientemente la participación política y el alto costo de los servicios en la provisión de los cuidados de salud han generado el interés de indicadores sociales que midan el

impacto de las enfermedades bucales, además que consideren las diversas tendencias y corrientes temporales existentes, que incluyan cambios en los modelos de práctica médica y dental.³

En este contexto el propósito de esta investigación es identificar el impacto de la salud bucal en la calidad de vida en una población de adultos mayores que demandan atención dental en Centros Comunitarios de la Delegación Coyoacán; ya que ello permitirá identificar elementos que respalden la planeación de programas de salud específicos para esta población, asimismo, dicha información puede contribuir en el fortalecimiento de las estrategias en salud bucal que se llevan a cabo en adultos mayores.

2. – Marco teórico

En los últimos años se ha dado una creciente preocupación por conceptualizar y evaluar la calidad de vida de los grupos humanos y su expresión en las condiciones de ésta y para la salud. Para ello, es de suma importancia conocer la calidad de vida de cada individuo, así como los factores que contribuyen a modificarla de forma positiva o negativa, tanto en el estado de salud general y dentro de ésta el estado de salud bucal.

Una de las funciones de la odontología es mejorar o mantener la calidad de vida de las personas, ya que la mayoría de las enfermedades bucodentales y sus consecuencias tienen efectos en el desempeño de las actividades de la vida diaria.⁴ Es así que se define a la calidad de vida en relación con la salud bucal como la percepción que el individuo tiene del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como de tejidos duros y blandos de la cavidad bucal en el desempeño de las actividades de la vida diaria, teniendo en cuenta sus circunstancias presentes y pasadas, sus implicaciones en el cuidado, sus expectativas y sus paradigmas, acorde al sistema de valores de su contexto sociocultural.⁵

Hoy en día se considera a la salud bucodental como parte esencial de la salud general de una persona; en este sentido la caries puede ocasionar problemas locales (estéticos, de la masticación y de la fonación) y procesos infecciosos que pueden afectar distintos sistemas orgánicos.¹ Ante tal situación el estado bucal se ve reflejado en la calidad de vida de las personas, el cual afecta los roles que llevan a cabo por el estado de su condición bucal.⁶

Por tradición, los métodos utilizados para determinar la salud bucal se limitan a la medición de indicadores clínicos, así como, a la ausencia y presencia de enfermedad. Sin embargo, estos métodos no suministran información acerca de la percepción de las personas sobre el estado de salud bucodental, y las repercusiones de la salud bucal sobre las actividades que realiza con regularidad, como son: las dificultades vinculadas al comer, hablar, lavarse los dientes, relajarse, mantener el estado emocional normal, dormir, trabajar y disfrutar el contacto con la gente, entre otras actividades.⁷

2.1. – Concepto de Salud

La salud desde su concepto hasta su propio valor ha sido buscada por el hombre a través de la historia, ubicándose en polos opuestos la salud y enfermedad. Siendo que para preservar la salud es necesaria la adaptación del organismo para conservar su integridad; manteniendo de esta forma su medio interno en equilibrio con el externo.⁸

La salud por sí sola engloba una serie de conceptos que van desde la connotación médica “La salud es la ausencia de enfermedad”,⁸ es decir que aquel que no tiene enfermedad presenta un estado de salud y aquel que tiene enfermedad no goza de esta. En este sentido, un paciente deja de estar sano y pasa al estado de enfermedad en función de criterios diagnósticos, no existiendo un límite estricto entre ambos estados.

En cambio la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 define a la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades”. Dicha definición es amplia e incorpora aspectos positivos, ya que considera la salud no sólo como la ausencia de enfermedad desde una perspectiva biológica, sino como un estado óptimo positivo, sintetizado en la expresión “completo bienestar”; además no sólo se refiere al área física del ser humano, sino que por primera vez se incluyen las áreas mental y social.¹¹

Entre los aspectos criticables a esta definición cabría considerar el hecho de que un completo bienestar físico, mental y social es difícilmente alcanzable, lo cual no corresponde a la realidad, Algunos autores,^{1, 2, 6, 8, 9} entre ellos Terris discrepan de la definición de la OMS, puesto que la salud, como la enfermedad, no es un absoluto, por lo que existen distintos grados de salud como hay también diversos grados de enfermedad.²

Callahan, por su parte considera a la salud como “una definición peligrosa, y recomienda la necesidad de hacer un esfuerzo para cambiarla por algo más modesto”. Al hacer hincapié en un “bienestar físico, mental y social total” coloca, tanto a la medicina como a la

sociedad, en una posición insostenible al ser requeridas para lograr metas inalcanzables. Por ejemplo no hay motivo para pensar que tan sólo puede proporcionar una contribución modesta para el “bienestar social total”.⁸

No obstante, el bienestar se interpreta en términos de la eficiencia con que el hombre da solución a los conflictos que confronta en su constante adaptación a los ambientes en los que transcurre su vida, calificar como estática la definición de la OMS no es tan cierto; ya que la salud expresa la relación dinámica y armoniosa entre el ambiente, el comportamiento de los hombres y los componentes propios de su naturaleza humana.⁹

En opinión de Dubos, “el proceso de la vida implica la interacción y la integración de dos sistemas ecológicos (el medio interno y el medio externo)”. Por un lado está el organismo individual, que constituye un conjunto de partes interdependientes –células, fluidos y estructuras tegumentarias-, relacionadas entre sí por medio de una compleja red de mecanismos de equilibrio. Por otra parte, en condiciones normales, el medio externo cambia continuamente y de manera impredecible. Muchas de las modificaciones que ocurren en el mundo exterior pueden tener efectos dañinos, de modo que todo el organismo tiene que sufrir cambios adaptativos consecuentes para poder sobrevivir y continuar funcionando eficientemente. Así, cualquier factor que rompa el equilibrio de estos dos sistemas ecológicos puede convertirse en causa de enfermedad.⁹

Es así que con las múltiples definiciones de salud la ubican en un polo opuesto al de la enfermedad y su paso de uno a otro se traduce en una buena o mala calidad de vida. Para preservar la salud, es necesario que el organismo ponga en juego diversos mecanismos adaptativos mediante los cuales preserve su integridad. De esta manera mantiene su medio interno con relativa constancia, preservando así un balance positivo y favoreciendo consecuentemente su bienestar físico. En tal contexto, el hombre logra su bienestar físico, mental y social en el ambiente en el que se desenvuelve.⁹

2.2. – Salud Bucal

Salud bucal es un componente fundamental de la salud; definir este concepto es muy difícil puesto que involucra complejos procesos donde se conjugan aspectos biológicos, sociales, históricos, de género, tecnológicos, económicos y culturales, así como el sistema de valores.¹⁰

La salud bucal es una parte integrante de la salud general: la salud bucal es esencial para una óptima calidad de vida, ya que tiene influencia en la vida cotidiana y en las relaciones con las personas que le rodean. Un individuo no puede ser considerado como completamente sano si existe presencia activa de enfermedad bucal.²

Los conceptos contemporáneos de salud sugieren que el estado bucodental debe definirse como “el bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado dental, así como tejidos duros y blandos de la cavidad bucal”.^{11, 12} En consecuencia, esta definición propone que para medir la salud bucodental no sólo deben utilizarse índices que cuantifiquen la presencia, sino complementarlo con medidas de bienestar psicológico y social.⁷

Actualmente, la salud bucal se considera una parte integral del complejo craneofacial que participa en funciones vitales como la alimentación, la comunicación, el afecto y la sexualidad. Al nacer el primer contacto con el mundo se establece a través de la boca, aquí es donde se da la primera satisfacción; este primer acercamiento favorece el vínculo entre la madre y el hijo. Algunas teorías psicoanalíticas señalan que la etapa oral es fundamental en el desarrollo del individuo. En este contexto la boca tiene una fuerte carga simbólica, que a nivel cultural queda expresada en los mitos y a nivel personal en el inconsciente. Todos estos elementos permiten entender que la boca, sus afecciones y cuidados, tienen un impacto significativo en la calidad de vida.¹⁰

La salud bucal, es esencial para tener una buena calidad de vida, con tal reconocimiento la OMS la integra en todos sus programas de salud general a nivel comunitario y nacional,

reorientando sus esfuerzos desde mediados del 2002 especialmente hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, así como desarrollando áreas prioritarias en salud bucal mediante actividades que concuerdan con las políticas globales de la organización.^{13, 14}

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera entre las principales enfermedades que afectan la cavidad bucal: la caries dental y las enfermedades periodontales como las más prevalentes, en frecuencia media las anomalías cráneo faciales y maloclusiones, siendo el cáncer de frecuencia variable.¹⁵ Asimismo, este organismo identifica como la tercera patología mundial a la caries dental, dada su frecuencia y extensión; así como que su prevalencia aumenta con el grado de civilización y desarrollo, afectando a más del 95% de la población en los países desarrollados, sin embargo, alrededor del 2% de la población es inmune a ella.² La clasificación Internacional de la OMS indica que México se ubica entre los países con alto rango de morbilidad bucal, dentro de las patologías bucales la caries dental afecta a más del 90% de la población Mexicana.¹⁵

Entre los indicadores clínicos de salud bucal se encuentra el índice de caries dental CPOD (número de dientes cariados, perdidos y obturados) que muestra problemas de salud no resueltos. Este índice tiene características particulares, ya que se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental; señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados. Internacionalmente, se han creado indicadores bacteriológicos y salivales para determinar los factores de riesgo en el desarrollo de la enfermedad, pero todavía no se cuenta con uno que identifique claramente el riesgo, justamente por la multifactorialidad de la enfermedad.

De la misma manera, se ha encontrado que los trastornos bucales restringen las actividades en la escuela, en el trabajo y en la casa, y que las enfermedades de la boca causan sufrimiento y la pérdida de innumerables horas de trabajo por día en el mundo. Muchas enfermedades infecciosas y crónicas tienen repercusiones en la cavidad bucal, como lo son el SIDA o la diabetes, así como las deficiencias nutricionales.¹⁶

Es importante señalar que las enfermedades se modifican como consecuencia del desarrollo social: aumentando, disminuyendo o desapareciendo de la faz del planeta, por ejemplo, el perfil epidemiológico de la caries está cambiando a nivel mundial. Sin embargo, mientras que en los países desarrollados que tienen en marcha programas preventivos, como es el caso de Estados Unidos, en donde las patologías bucales más prevalentes tienden a disminuir, en los países en vías de desarrollo dichas patologías van en aumento.¹³

2.3. – Calidad de vida

El término calidad ha recorrido un largo camino desde que empezó a utilizarse en ámbitos sociolaborales como indicador de rendimiento (calidad del producto), es decir, como indicador de la relación costo/beneficio, hasta su introducción en el campo de la sanidad, donde se aplicó a la gestión y a la evaluación de la rentabilidad económica de determinados procesos; más tarde el término se incorporó a la clínica para justificar la intervención terapéutica.¹⁷ La calidad de vida se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla la persona.

La calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos,^{18 19} donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, socio psicológica, cultural y política) que interactúan con él. El aspecto subjetivo está dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, traducándose en sentimientos positivos o negativos. La calidad de vida es un concepto eminentemente evaluador o valorativo capaz de abarcar muchos más fenómenos que los que caben en cualquier especialidad o rama de las ciencias, es decir, las

definiciones sobre las que se sustentan las investigaciones son múltiples y según el contexto del cual parte su valoración.²⁰

Existen diversas definiciones sobre calidad de vida, Felce y Perry hallaron tres conceptualizaciones que se retroalimentaron con una cuarta: 1) la calidad de las condiciones de vida de una persona; 2) la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales; 3) la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, por último como 4) la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.²¹

Andrews y Withey sostienen que la calidad de vida no es el reflejo de las condiciones reales y objetivas, sino de la evaluación de éstas por parte del individuo. Según este enfoque, la calidad de vida puede entenderse como el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios de su vida actual,²² desde esta perspectiva, la calidad de vida es un concepto básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante un conjunto de situaciones reales de la vida diaria.

La Organización Mundial de la Salud (1991) propuso la siguiente definición por consenso de “calidad de vida” (basada en estudios transculturales), “percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. Este concepto, es, por tanto extenso, e incorpora una serie de dimensiones relacionadas entre sí de forma compleja, tal como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y las creencias religiosas. El grupo de trabajo de la OMS, a través de un estudio multicéntrico, ha identificado los diez factores que más influyen en el nivel global de la calidad de vida de un individuo: sentimientos positivos, actividades de la vida diaria, energía y fatiga, sentimientos negativos, capacidad de trabajo, autoestima, actividades de ocio, relaciones personales, dolor y discomfort, sueño y descanso.¹⁷

De acuerdo a esta definición, la calidad de vida es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

El concepto de calidad de vida es un constructo contemporáneo con el que se trata de unificar ideas sobre la visión holística del ser humano. En 1998, el Whoqol Group definió la calidad de vida como: “La percepción del individuo sobre la posición de su vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los cuales él habita, y en relación con sus objetivos, expectativas y preocupaciones”. Desarrolló estas ideas sobre seis indicadores: físico, psíquico, nivel de independencia, relaciones sociales, medio ambiente y espiritualidad (religión, creencias).²³

Actualmente el concepto de calidad de vida hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de al menos los siguientes elementos: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos; además, puede ser definido, en términos generales, como una medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico, tal como lo percibe cada persona.²⁴

2.4. – Concepto de calidad de vida relacionado con la salud

El concepto de salud tiene íntima relación con el de calidad de vida. En la actualidad, las exigencias sociales no se limitan a aumentar los años de vida, sino demandan que estos años de vida sean de calidad, de esta forma se busca un incremento en los años de vida saludable; la OMS esto lo resumió en su consigna “añadir vida a los años”.¹³

Existen algunas definiciones del concepto “calidad de vida relacionado con la salud”, una de ellas es la de Patrick y Erickson, quienes la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.²²

Para Schumaker y Naughton “la calidad de vida relacionada con la salud” es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo,²⁵ concepto que consideramos que más se ajusta a los objetivos del presente estudio.

De la misma manera, Schwartzmann L y col., consideran la calidad de vida como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la persona y su medio ambiente. De acuerdo a este concepto, la calidad de vida en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad. Dicho resultado se mide con la percepción del grado de bienestar físico, psíquico y social y en la evaluación general de la vida que hace el paciente, teniendo en cuenta los cambios que estas situaciones pueden producir en el sistema de valores, creencias y expectativas. La esencia de este concepto consiste en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.²⁶

Es claro que la calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa y social, así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas.

En 1993 la OMS definió la calidad de vida en relación con la salud como: “la percepción que el individuo tiene del grado de disfrute de su vida, teniendo en cuenta sus voluntades,

sus expectativas y sus paradigmas y acorde al sistema de valores de su contexto sociocultural”.⁵ Dicho concepto engloba las relaciones sociales, la salud física, el estado psicológico-afectivo y el nivel de independencia que a su vez en conjunto participan en la autovaloración de la calidad de vida de una persona.

La prevalencia de enfermedades crónicas, en la mayoría de los países y en la población adulta mayor para la que el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de las personas, conlleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad y expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de vida de esta población. En este contexto, la incorporación de la medida de la calidad de vida relacionada con la salud como una medida necesaria ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones clínicas; ²⁷ aportando evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en el área de la salud. ²⁸

Considerando que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la calidad de vida, dos personas con el mismo estado de salud pueden tener diferente percepción personal de su salud. ²⁹ Dicha discapacidad puede conducir a dificultades en las funciones de la vida diaria, o limitar las posibilidades de participar en las actividades sociales dentro de la familia y la comunidad. Ante tal circunstancia la OMS emplea desde 1980 los siguientes términos para describir sus consecuencias. ¹⁴

- a) Deficiencia: es la pérdida de la función psicológica, fisiológica o de una estructura anatómica (en los niveles de órgano y función).
- b) Discapacidad: es toda restricción (resultado de una deficiencia) de la habilidad para desarrollar una actividad considerada normal para un individuo y que se manifiesta por dificultad para caminar, hablar, vestirse, o comprender; es decir, generalmente deriva de una deficiencia.

- c) Minusvalía: es la desventaja de una persona como resultado de una deficiencia o discapacidad que impide el total desarrollo de su funcionamiento normal.

2.5. – Concepto de calidad de vida relacionado con la salud bucal

Una de las funciones de la odontología es mejorar o mantener la calidad de vida de las personas, ya que la mayor parte de las enfermedades bucodentales y sus consecuencias tienen efectos en el desempeño de las actividades de la vida diaria.⁴ Por consiguiente puede definirse la calidad de vida en relación con la salud bucal como “la percepción que tiene el individuo del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como de tejidos duros y blandos de la cavidad bucal en el desempeño de las actividades diarias, teniendo en cuenta sus circunstancias presentes y pasadas, sus implicaciones en el cuidado, sus expectativas y sus paradigmas acorde al sistema de valores de su contexto sociocultural”.⁵

Inglehart y Bagramian definen la calidad de vida relacionada con la salud bucal por medio de juicios acerca de qué manera los siguientes factores afectan al bienestar: factores funcionales (masticación, digestión, fonación, respiración, entre otras), factores psicológicos (que conciernen a la apariencia personal y a la autoestima), factores sociales (como la relación con los demás) y finalmente a factores como el dolor y la incomodidad.³⁰

La calidad de vida relacionada con la salud bucal puede variar únicamente por adaptación y compensación orgánica con el paso del tiempo.³¹ A su vez se pueden producir mejoras y deterioros simultáneos en la calidad de vida bucal por ser de naturaleza multidimensional, por ejemplo al perder piezas dentales aumenta la dificultad masticatoria, pero se alivia el dolor-disconfort que generaban las piezas.³²

Es necesario señalar hasta qué punto los elementos que conforman la calidad de vida relacionada con la salud bucal condicionan la práctica de la odontología, en la actualidad la creciente demanda de una odontología estética es un claro ejemplo de esta situación. La

importancia de la odontología preventiva y de la promoción de la salud para asumir este nuevo reto de conseguir una mejora de la calidad de vida es fundamental y no admite comparación con ninguna de las disciplinas de la odontología.

2.6. – El Adulto mayor y la salud

En las últimas décadas, las acciones en promoción de la salud y los avances en el control de la fecundidad han contribuido a incrementar la esperanza de vida, con el consecuente aumento en el número de adultos mayores.³³ Este fenómeno de paulatino envejecimiento de las poblaciones es conocido como transición demográfica.

Las Naciones Unidas (1997), estimaron para México un índice de envejecimiento de 18% en el año de 1995, y el porcentaje de población de 60 años y más en 6.3% de la población; para el año 2025 el índice de envejecimiento representará 47%, y el porcentaje de personas de 60 años y más será de 11.6% del total de la población. En cuanto al perfil sociodemográfico, el grupo mayor de 60 años crecerá más rápidamente, con predominio en el sexo femenino.³⁴

En México datos del INEGI indican que hasta 2008 la esperanza promedio de vida de la población mexicana es de 75.1 años; 77.5 en las mujeres y 72.7 en los varones. En este sentido, el mismo instituto señaló que en el II Censo de Población y Vivienda 2006, se anota que el segmento de la tercera edad crece en términos absolutos y relativos; así en el último quinquenio, el total con 60 años y más se incremento en 1.4 millones, pasando de 7.1 por ciento del total poblacional en el año 2000 a 8.1 en el último ejercicio.³⁵

Hoy en día las condiciones de salud de este sector de la población ya plantean un complicado esquema que no sólo se compone de enfermedad y muerte, sino de discapacidad y limitación de actividades de la vida diaria. Esto es resultado directo de la

combinación de causas transmisibles, por un lado, así como de trastornos de tipo crónico degenerativo y lesiones accidentales, por el otro.

En México, como consecuencia del incremento en la población de adultos mayores, se presentan con mayor frecuencia las enfermedades crónico-degenerativas que caracterizan a dicho grupo de individuos. De acuerdo con algunos estudios de prospección, se espera que para el tercer milenio el perfil de morbilidad bucal se caracterice por una elevada incidencia de caries dental y periodontopatías, por lo que las necesidades de atención en este grupo de personas aumentan considerablemente.³⁶ Por lo anterior, se deberán incrementar los servicios de salud, educación y mercado de servicio dental, ya que los adultos mayores tienen especial interés en el valor de sus dientes y dentaduras, por su efecto en la realización de funciones como comer, masticar, así como en la estética que influye en su apariencia personal y en funciones sociales que juegan un papel importante en la sociedad.

En la actualidad en nuestro país muchos pacientes adultos mayores son desdentados y su principal problema bucal es mantener adecuadamente su estado prostodóntico. Si bien observamos una tendencia decreciente en la frecuencia de edentulismo, muchos de los adultos mayores usan prótesis dentales, que en el mejor de los casos no son más que un pobre sustituto de la dentadura normal. Las consecuencias de la pérdida dental son graves, pues limitan la gama de alimentos a ser consumidos, en detrimento del aporte proteico y de fibras en particular. El consumo de productos hidrocarbonatados y ricos en calorías favorece la pérdida dental. La repercusión funcional por deterioro del estado nutritivo es una consecuencia de la misma, así como, el impacto sobre la autoestima y la comunicación; esto último por alteraciones de la fonación.³⁷

La pérdida de los dientes naturales reduce sustancialmente la calidad de vida y genera cambios en la imagen y el funcionamiento. También es el reflejo de la actitud del paciente y el dentista, de la viabilidad y accesibilidad al cuidado dental y de la prevalencia de estándares de cuidado.

Estudios realizados sobre el impacto de las condiciones bucales en adultos mayores reportaron que las enfermedades bucales manifiestan disfunción, falta de bienestar y discapacidad con predominante interés clínico; las enfermedades periodontales, restos radiculares, caries y dientes perdidos se relacionan con impactos de tipo social, cultural y económico; asimismo se reveló un gran impacto al dolor, dificultad al comer y aislamiento. De la misma manera encontraron evidencias de afectación en el bienestar de los ancianos y diferencias entre los dentados y los desdentados.^{38, 39}

En la población de adultos mayores se comenzaron a realizar los primeros estudios sobre calidad de vida bucal, pues se presumía que este subgrupo poblacional sería el más discapacitado bucalmente, ya que la patología bucal es de carácter progresivo y acumulativo cuya resolución terapéutica en muchos casos es mutilante. Posteriormente los estudios se han ido orientando a valorar la calidad de vida en otros grupos de la población.⁴⁰

La calidad de vida es importante en todas las edades, pero en etapas avanzadas de la vida reviste una importancia fundamental por el número adicional de años de vida que los mayores tienen por delante. Tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, las enfermedades no transmisibles y crónicas son las causas principales de mortalidad, morbilidad y discapacidad en la vejez. Sin embargo, en todo el mundo, los sistemas sanitarios están concebidos fundamentalmente para prestar atención episódica a enfermos agudos. En particular, es preciso fortalecer los servicios sanitarios orientados hacia las necesidades de las personas mayores y mejorar su integración con otros niveles de atención para asegurar la necesaria continuidad en el servicio. El sistema de atención primaria de salud también es el mejor canal para prestar apoyo a los dispensadores informales que prestan atención a largo plazo en los hogares a personas mayores dependientes.¹³

2.7. – Indicadores sociales de salud bucal

Existen diversas formas de cuantificar la calidad de vida. Las medidas varían desde aquellas que son objetivas y fáciles de medir y aquellas que se basan en juicios subjetivos. Debido a que algunos de los componentes de la calidad de vida no pueden ser observados directamente, éstos se evalúan a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas. Cada pregunta representa una variable que aporta un peso específico a una calificación global, para un factor o dominio. En teoría se asume que hay un valor verdadero de la calidad de vida y que puede medirse indirectamente por medio de escalas. Cada variable mide un concepto, y combinadas conforman una escala estadísticamente cuantificable, que se combinan para formar calificaciones de dominios.⁴¹

En las últimas tres décadas, diversos investigadores han desarrollado una serie de indicadores de los efectos que las enfermedades bucales generan en el bienestar funcional, social y psicológico. La finalidad de dichos indicadores es complementar los índices clínicos ya que estos tienen un poder limitado en el momento de explicar la salud bucal, la sintomatología, la función masticatoria, el bienestar psicológico y social.

Los “indicadores sociobucles” valoran la percepción psicosocial que las condiciones bucales producen en la vida diaria del individuo mediante cuestionarios que sondan las diferentes dimensiones del bienestar que se puedan ver afectadas por problemas de salud bucal. Cuando alguna de las dimensiones se ve afectada se dice que existe influencia de esa dimensión en la percepción de su calidad de vida. Dichos indicadores sociobucles permiten emplear una evaluación adicional al tradicional enfoque de las exámenes físicas realizadas a través del conteo de dientes cariados, perdidos y obturados.³

2.8. – Índices de calidad de vida bucal

Las medidas e indicadores de malestar, incapacidad y minusvalía, asociados a las enfermedades bucales son reconocidos en documentos, pues afectan –en gran medida- la calidad de vida de un individuo y el bienestar de una sociedad.³ Los indicadores sociobucles son cuestionarios cuyas preguntas corresponden a las dimensiones con las que los creadores del cuestionario quisieron dar cobertura suficiente a la calidad de vida bucal.

El potencial de aplicación de este tipo de mediciones es la de proporcionarnos un instrumento que nos permita identificar individuos que requieran tratamiento bucodental, ya que este instrumento sería útil para las viviendas colectivas o los centros para adultos mayores, en él se determinaría de una manera rápida y poco costosa quién sería beneficiado al ser referido a una atención profesional.³

Existe una revisión reciente que resulta fundamental para profundizar sobre todos los instrumentos de calidad de vida bucal utilizados hasta el año 2004.⁴² A continuación únicamente se mencionarán los instrumentos que por su importancia estratégica, sus incorporaciones metodológicas o sus fundamentos teóricos se han considerado claves en el desarrollo de los indicadores de calidad de vida bucal.⁴²

Cushing AM, Sheiham A, y Maizels J (1986) desarrollaron el primer indicador sociodental denominado “Social Impact of Dental Disease” (SIDD). El cuestionario está formado por catorce preguntas que pertenecían conceptualmente a cinco dimensiones: masticación, social, dolor, discomfort y estética. La puntuación total de impactos se obtenía sumando el número de dimensiones afectadas (de 0 a 5). El SIDD sentó las bases científicas y operativas de las mediciones del bienestar bucal y aunque no se ha vuelto a utilizar este instrumento, otros cuestionarios se han basado en él para mejorar su rendimiento descriptivo y analítico.⁴⁰

Gooch y Dolan desarrollaron en 1989 el cuestionario “Dental Health Index” (DHI). Este breve instrumento compuesto por tres preguntas índices, consideraba las dimensiones de dolor, preocupación y relaciones sociales. Las respuestas Likert codificadas de 1 a 4, representan la magnitud del bienestar bucal. La brevedad es una virtud de cualquier cuestionario que puede convertirse en defecto invalidante si no da cobertura suficiente a las dimensiones que componen el constructo que se trata de medir. En este sentido el DHI presentaba ciertas limitantes al no computar los impactos por dimensiones que hubieran permitido un análisis parcial de impacto más interesante, no obstante al utilizar la puntuación agregada de las tres dimensiones, existió de cierta forma correlación del instrumento y el índice clínico de caries “dientes cariados, perdidos y obturados” (CPO) dotando al cuestionario de cierta validez de criterio clínico.⁴²

Strauss en 1995 desarrolló el “Dental Impact Profile” (DIP), cuestionario integrado por 25 preguntas (ítems) distribuidos en cuatro dimensiones: masticación, estética, romance y bienestar. El formato de preguntas alude al efecto positivo, negativo o neutral que los dientes o dentaduras tienen en las personas, a través de las veinticinco preguntas incluidas. El perfil global de impacto se basa en la proporción de efectos negativos y positivos que los dientes producen en el individuo. Siendo lo novedoso de este cuestionario que obtiene un perfil global del efecto positivo o negativo de la boca dado que la mayoría de los cuestionarios de calidad de vida bucal únicamente se centran en codificar numéricamente los efectos negativos de la boca, dientes o dentaduras. En su estudio encontraron que la dimensión masticación es la predominante en la calidad de vida bucal tanto en efectos positivos como negativos.⁴²

En 1998 Locker describió un marco conceptual basado en la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías de la OMS, que favoreció la comprensión de las diferentes consecuencias que pueden tener las deficiencias bucales, ayudando a medir, ponderar, clasificar y jerarquizar dichos efectos.⁴³ Este marco conceptual representa un hito metodológico en la evaluación de los impactos bucales. Todos los cuestionarios que a continuación se reseñan utilizan esta filosofía conceptual.⁴²

Atchison y Dolan (1990) diseñaron el cuestionario “Geriatric Oral Health Assessment Index” (GOHAI) destinado a valorar el impacto de los problemas bucales en la población de adultos mayores. El GOHAI consta de doce preguntas que estadísticamente pertenecen a una única dimensión denominada bienestar bucal que es abordada evaluando los siguientes aspectos: preocupación con la boca, dificultad al masticar, tragar, relaciones sociales y dolor-disconfort. Al tener una sola dimensión el uso de este cuestionario no permite calcular cómo se afectan los diferentes términos del bienestar bucal. El formato de preguntas recoge la frecuencia de aparición de las doce situaciones de impacto en los últimos tres meses. Las respuestas en escala Lickert estaban codificadas de 0 a 5 por lo que el intervalo de impacto total variaba de 0 a 60. Originalmente a mayor puntuación mayor bienestar bucal porque el cuestionario estaba codificado a la inversa. El GOHAI es un instrumento que por ser corto y destinado específicamente a la población de adultos mayores para la que tiene adecuada validez lo hace ideal para estudios epidemiológicos sobre este grupo poblacional. Sin embargo, como posteriormente se demostró con éxito su validez en muestras de edades más jóvenes, las autoras recomendaron denominarlo “general” en lugar de “geriatric” sin que se alteren sus siglas GOHAI.⁴²

Gary D. Slade y A. John Spencer desarrollaron en Australia durante el año de 1994 el cuestionario “Oral Health Impact Profile” (OHIP) Perfil del Impacto de la Salud Bucal para capturar y jerarquizar los impactos bucales según las pautas del marco conceptual propuesto por Locker.^{43, 44} El cuestionario original de 49 preguntas (OHIP-49) recoge información acerca de siete dimensiones teóricas: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y minusvalía. Para un análisis refinado de la calidad de vida bucal el OHIP-49 ofrece tanto una puntuación global del nivel de impacto como la comparación del peso relativo de las siete dimensiones en esta puntuación. En su estudio encuentran que la limitación funcional es la dimensión frecuentemente afectada. La puntuación global toma valores en el intervalo de 0 (ningún impacto bucal) a 4 (máximo impacto bucal).⁴⁴

El OHIP esta basado en un modelo de la salud adaptado para la odontología de uno propuesto por la OMS para la salud general. El modelo propone que una jerarquía de

impactos puede surgir de la enfermedad oral; por ejemplo: las enfermedades orales pueden llevar a la pérdida de dientes (deterioro); en alguna etapa esto puede llevar a dificultades para masticar (limitación funcional) o a veces presentarse dolencias causadas por las dentaduras (incomodidad y dolor). Finalmente esto puede restringir la capacidad para comer o la necesidad de evitar alimentos predilectos (incapacidad). En el caso extremo la persona puede disuadir comer en sitios concurridos por la gente, fuera de la casa o con los miembros de la familia, llevándolo a un sentimiento de aislamiento social (minusvalía). En un sentido la medida de OHIP es un equivalente formalizado y estandarizado para preguntar a las personas desde el punto de vista bucodental “¿cómo se ha percibido durante los último seis meses?”.⁴³

Una de las principales limitaciones del OHIP-49 radica en su gran extensión de 49 preguntas, por lo que Slade en 1997 validó el OHIP en formato corto de 14 preguntas (OHIP-14) derivadas de las 49 originales, manteniendo suficiente capacidad psicométrica y discriminativa. El OHIP-14 es uno de los instrumentos más internacionalizados al que se le ha reconocido su capacidad para describir y evaluar el bienestar bucal.⁴⁵

En 1997 Adulyanon y Shciham presentaron el cuestionario OIDP (Oral Impacts on Daily Performances) diseñado para evaluar los impactos terminales (discapacidad ó minusvalía) que las condiciones bucodentales generan en la vida diaria de las personas. Desde el punto de vista conceptual tiene 9 dimensiones: comer, pronunciar, higiene, rol ocupacional, relaciones sociales, dormir, relax, sonreír y estado emocional valoradas cada una por un ítem en el que se evalúa el impacto en términos de frecuencia y severidad por el propio individuo. A pesar de ser un instrumento corto presenta fiabilidad y validez.⁴²

Respecto a la utilización de los índices de calidad de vida bucal, en 1998 se publicó un estudio que examina las mediciones metodológicas que se presentan en el gravamen longitudinal del cambio en la calidad de la vida relativa a la salud bucal (OHRQOL). Se llevó a cabo con 498 personas de 60 años o más en Australia del Sur. La calidad de vida relacionada con la salud bucal fue medida utilizando el Perfil Bucal del Impacto de la Salud (OHIP). El 31.7% presentó un cierto deterioro en OHRQOL, los tres grupos de riesgo

elevado tenían aproximadamente dos veces este índice comparado con los grupos de poco riesgo.³²

Asimismo, se efectuó una investigación con el propósito de desarrollar y probar el (OHIP), en donde se contó con 49 declaraciones únicas que describían las consecuencias de desórdenes bucales. Estas fueron derivadas inicialmente a partir de 535 respuestas obtenidas en entrevistas con 64 pacientes. La importancia relativa dentro de cada una de las siete escalas conceptuales fue determinada por 328 personas usando el método de Thurstone de comparaciones apareadas. La confiabilidad del instrumento fue evaluada en una cohorte de 122 personas de 60 años y más. La validez fue examinada usando datos longitudinales a partir de los 60 años y la cohorte del excedente donde la capacidad del OHIP observó asociaciones con la necesidad percibida de una visita dental.⁴⁴

En México existe evidencia de la realización de una investigación por Cabrera Coria y De la Fuente Hernández, quienes emplearon indicadores sociales en la medición del impacto en las enfermedades bucales; en dicho estudio utilizaron el Índice de Impactos Orales en el Desempeño Diario (OIDP) diseñado para evaluar los impactos terminales (discapacidad o minusvalía) que las condiciones bucales generan en la vida diaria de las personas. En dicho estudio se aplicó este cuestionario a 228 personas entre 35 y 44 años; para posteriormente obtener un análisis de la información, del cual podemos observar que un 69.3 % de las personas encuestadas tuvieron por lo menos una actividad afectada por un impacto bucal en los últimos seis meses; la incidencia mayor de afecciones de las actividades fue el comer con un 69.3 %, después el limpiarse los dientes con un 46.5 % y, finalmente, sonreír con un 46.1 %. Con ello se enfatiza que los indicadores sociales utilizados permiten evaluar de manera sutil y veraz la forma en que las enfermedades o condiciones bucales afectan de significativamente la vida diaria y la calidad de la misma, permitiendo utilizar una evaluación adicional al tradicional enfoque de las exámenes físicas realizadas a través del conteo índice CPO-D.³

3. – Planteamiento del problema

En el ámbito odontológico la investigación se enfoca principalmente al estudio de aspectos biológicos, utilizando mediciones epidemiológicas. Los aspectos subjetivos que incluyen la autopercepción de salud, la incomodidad, la insatisfacción, el bienestar y el enfoque que tiene la salud bucal sobre las actividades habituales de la vida diaria, han recibido poca atención en México.

En los adultos mayores se presentan con mayor frecuencia las enfermedades crónico-degenerativas que caracterizan a los adultos mayores. El perfil epidemiológico bucal de esta población se caracteriza por una elevada incidencia de caries y periodontopatías, que al no tratarse a tiempo conlleva a la pérdida de dientes naturales y al tratamiento protésico. Las enfermedades y afecciones bucales pueden provocar que el individuo tenga una percepción distorsionada de su imagen y disminución de su bienestar; al presentar problemas para pronunciar, el individuo elegirá disminuir su interacción con la sociedad. Los problemas con la masticación (por dolor o por ausencia de dientes) ó por el sabor percibido de los alimentos provocarán cambios en su elección afectando su nutrición;^{2, 46} asimismo, el impacto de las afecciones bucales influye en las funciones sociales limitando la comunicación verbal, la interacción social y las relaciones íntimas. Dichos padecimientos bucales repercuten en el bienestar funcional, psicológico y social en la vida diaria del individuo^{44, 45}. Ante tal problemática el propósito de este estudio fue identificar en los adultos mayores el estado de salud bucal en particular el estado de caries dental y el impacto que tiene este padecimiento en su calidad de vida.

Por lo que surgió la pregunta de investigación:

¿Qué efecto tiene el estado de la salud bucal en particular la caries dental en la calidad de vida de los adultos mayores?

4. – Justificación

En odontología como en otras ramas de la medicina, se han reconocido que las medidas objetivas de la enfermedad proporcionan poca información sobre el impacto que tienen los trastornos bucales sobre la vida diaria y la calidad de vida. El estado de salud-enfermedad bucal tiene un importante impacto en la calidad de vida de todo ser humano.

En Latinoamérica los individuos adultos mayores refieren una deficiente salud bucal, visitan con menos frecuencia al dentista y pierden los dientes, no como efecto de la edad, sino por la aparición de enfermedades crónicas mal controladas y una higiene bucal deficiente.³³ En este contexto dichas condiciones de salud bucal presentan una importante influencia en la percepción sobre la calidad de vida de los adultos mayores.

Por lo anterior es necesario estudiar los efectos que tiene el estado de salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores. La investigación es conveniente porque ayudará a conocer la relación existente entre el estado de salud bucal y sus enfermedades en particular la caries dental y la calidad de vida, y proporcionará información útil para manejar la salud bucal de dicha población, lo cual, además nos permitirá sentar las bases para la realización de nuevos programas destinados a fortalecer la salud bucal y proporcionar así una mejoría en la calidad de vida de dicha población. También se pretende que los resultados obtenidos sirvan de referencia para su consideración en las adecuaciones de los planes y programas de estudio de odontología, así como en las políticas de salud pública impulsadas.

5. – Objetivo

5.1. – Objetivo general

Determinar el impacto de la salud bucal en particular el relativo a la caries dental en la calidad de vida de los adultos mayores que asisten a los consultorios dentales de la Delegación Coyoacán.

5.2. – Objetivos específicos

1. Identificar a través del índice OHIP-14 el impacto en la calidad de vida de adultos mayores.
2. Determinar el índice CPO-D en adultos mayores y analizar cada uno de sus componentes.
3. Identificar si existen diferencias en cuanto a la relación entre CPO-D y OHIP-14 de acuerdo al sexo y grupos de edad.

6. – Hipótesis

Ha: El estado de salud bucal influye en el impacto de la calidad de vida de los adultos mayores.

Ho: El estado de salud bucal no influye en el impacto de la calidad de vida de los adultos mayores.

7. – Material y Método

7.1. – Tipo de estudio

Se realizo un estudio transversal.

7.2. – Población de estudio

150 adultos mayores entre los 60 a 85 años, que demandaron consulta dental en los consultorios dentales pertenecientes a los Servicios Profesionales Odontológicos que ofrece la Delegación Coyoacán, en la Ciudad de México Distrito Federal.

7.3. – Selección y tamaño de la muestra

La selección de los individuos se realizó a través de un muestreo no probabilístico por disponibilidad de elementos, el tamaño de la muestra fue de 150 adultos mayores.

7.4. – Criterios de selección

7.4.1. – Criterios de inclusión

- 1 Personas que aceptaron participar en el estudio.
- 2 Personas de 60 a 85 años de edad cumplidos.
- 3 Demandantes de consulta dental en los servicios profesionales odontológicos que ofrece la Delegación Coyoacán.

7.4.2. – Criterios de exclusión

- 1 Pacientes con algún traumatismo reciente ajeno a la consulta odontológica.
- 2 Personas bajo tratamiento dental en el momento de la entrevista.
- 3 Adultos mayores con discapacidad mental que les impida responder la entrevista.

7.5. – Variables

<i>Variable</i>	<i>Conceptualización</i>	<i>Operacionalización</i>	<i>Escala de medición</i>
Edad	Años de vida cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha de la entrevista.	Se pregunto los años al momento de la entrevista y después se clasificó de acuerdo a los siguientes grupos: 60-69 años = 0 70-79 años = 1 80-89 años =2	Intervalo
Sexo	Diferencia física constitutiva referida del hombre y la mujer	Femenino = 0 Masculino = 1	Nominal
Calidad de vida	Percepción personal que tiene el individuo de su situación de vida influenciada por muchos factores entre ellos la salud	Se midió a través de la aplicación del cuestionario OHIP-14, Instrumento desarrollado con la finalidad de medir la percepción subjetiva de la calidad de vida con respecto a la salud bucal (Anexo 1). Se clasifico como: Mala percepción de salud bucal 1-56 puntos = 0 Buen percepción de salud bucal 0 puntos = 1	Nominal
Caries Dental	Enfermedad Bucal de evolución crónica y etiología multifactorial que afecta los tejidos calcificados de los dientes.	El método de evaluación de la caries dental se realizo mediante una exploración clínica y registro del índice de salud bucal CPO-D. El índice CPO-D es la sumatoria de dientes cariados, perdidos y obturados, informa acerca de los dientes cariados, perdidos y obturados, además de la experiencia presente y pasada de caries por diente (Anexo 2). De acuerdo a los siguientes criterios se clasifico: Grave 21 – 28 = 0 Alto 11 – 20 = 1 Medio 4 – 10= 2 Bajo 1 – 3 = 3	Ordinal

7.6. – Método de recolección de la información

Se llevó a cabo una entrevista con el personal a cargo de la Coordinación Médica y Dental de los Centros Comunitarios ubicados en la Delegación Coyoacán y con los coordinadores de grupos de adultos mayores de esta Delegación para solicitar su autorización y apoyo al proyecto de investigación.

Posteriormente se procedió a llevar a cabo la obtención de la información requerida en dicho estudio por medio de una entrevista (Índice OHIP) y realización de un examen clínico bucodental (CPO-D), esto de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, y bajo previo consentimiento verbal informado. Se realizaron para ello visitas alternadas a los diez centros de atención comunitaria de la Delegación Coyoacán donde se prestan servicios profesionales odontológicos y existen grupos de reunión de adultos mayores que solicitan atención dental.

Se obtuvo información de cada adulto mayor mediante una entrevista estructurada, en la cual se recabó a manera de interrogatorio directo los siguientes datos: edad, sexo, así como, percepción subjetiva de la calidad de vida bucal a través del índice OHIP-14.

Después de la entrevista se realizó al entrevistado un examen clínico bucodental, esto con la persona recostada en un sillón o sentada en una silla utilizando luz natural, lámpara exploratoria, 1x4 con espejos planos del número 5 y explorador estandarizado, asimismo se emplearon las técnicas y barreras biológicas (bata, un par de guantes de látex nuevos no estériles desechables para cada paciente durante la exploración clínica, cubrebocas, anteojos o careta, y por parte del paciente baberos desechables como protector corporal; así como, la utilización de las medidas de prevención para evitar la contaminación cruzada: cubiertas desechables por cada paciente para impedir la contaminación de las áreas expuestas a los aerosoles y/o salpicaduras) para llevar a cabo la exploración bucodental; esto siguiendo los criterios propuestos por la OMS y por la Norma Oficial Mexicana para el Control y Manejo de Infecciones Bucales NOM-013-SSA2-1994.

En un odontograma para dentición permanente se registró el CPO-D por cada diente, comenzando la exploración bucal y su registro siguiendo los criterios propuestos por la OMS, se inicio por el cuadrante superior derecho comenzando con el diente número 17 para seguir al cuadrante superior izquierdo hasta llegar al número 27, en seguida se continuo con el cuadrante inferior izquierdo en el diente número 37 en dirección al cuadrante inferior derecho hasta llegar al diente número 47. (Anexo 2)

Una vez concluida la entrevista y el registro de CPO-D se brindaron las gracias al adulto mayor por su participación.

7.7. – Método de registro y procesamiento de la información

El registro tanto del cuestionario OHIP como del examen clínico CPO-D fue codificado y capturado en un formato desarrollado para dicho estudio en una base de datos en paquete estadístico SPSS para Windows versión 15.0.

7.8. – Análisis estadístico

Se determinó la frecuencia y distribución de sexo y edad de la muestra, así como la frecuencia y severidad de cada pregunta del índice OHIP. Para el análisis del OHIP-14 se emplearon tres métodos, el primero el método simple por frecuencia, el cual consiste en contar para cada pregunta el número de respuestas escala Lickert reportadas como: “nunca (0)”, “casi nunca (1)”, “ocasionalmente (2)”, “frecuentemente (3)” o “muy frecuentemente (4)”. El segundo método mediante el cual se evaluó el OHIP-14 fue mediante el análisis de cada pregunta del OHIP-14, agrupando sus respuestas por el criterio de no experiencia de impacto asociado a la respuesta “nunca (0)” y por otro lado las categorías de “ocasionalmente (2)”, “frecuentemente (3)” y “muy frecuentemente (4)” concentradas

como la experiencia de algún impacto. El otro método empleado para contabilizar los resultados fue una cuenta total de los puntos OHIP obtenidos como resultados por cada entrevistado, lo cual brinda una sumatoria de los cero (ningún impacto) a los 56 (alto impacto) puntos, este método además se utilizó para identificar relaciones del OHIP con CPO-D, edad y sexo. Es importante mencionar que únicamente se describieron los valores más relevantes.

Se determinó la media de CPO-D y la distribución de los componentes para su mejor análisis e interpretación se expreso en porcentajes. Se identificó la existencia de diferencias entre OHIP-14 y CPO-D en los grupos de acuerdo a su sexo y edad, y se compararon entre personas que tuvieron impacto en la calidad de vida (de 1- 56 puntos de OHIP) y los que no presentaron impacto (cero puntos de OHIP).

Asimismo, se realizó la prueba de Correlación de Pearson, para verificar la relación entre OHIP-14 y CPO-D, es decir relación existente entre calidad de vida y salud bucal referente a caries.

8. – Recursos

8.1. – Humanos

Directora de tesis.

Asesores de tesis.

Alumno que realizó la tesis.

Coordinadores del área médica, dental y de grupos de adultos mayores.

Adultos mayores.

8.2. – Materiales

200 cuestionarios para levantamiento de índice OHIP-14 y CPO-D.

5 lápices.

5 plumas.

200 pares de guantes.

50 cubre bocas.

20 paquetes 1x4.

1 unidad dental o silla.

1 lámpara exploratoria portátil.

1 bata blanca.

1 computadora.

1 impresora.

1000 hojas de papel.

8.3. – Financieros

A cargo del alumno que realizó la tesis. Suman un cálculo de \$7, 000.

9. – Consideraciones éticas

Con lo que respecta a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos y de acuerdo a los principios de Helsinki vertidos en la Ley General de Salud, se solicitó el consentimiento informado de las personas a estudiar. Para seleccionarlos se utilizaron los criterios descritos, tomándose las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo a las personas a examinar, considerando que esta investigación se encuentra estipulada en el Título Segundo, Capítulo I, artículo 17, inciso I: Investigación sin riesgos, ya que sólo se observó el estado de salud bucal de cada sujeto y se aplicó un cuestionario; por lo que los procedimientos que se efectuaron no tuvieron ningún efecto nocivo a su salud. Por ser un estudio que no representa riesgos para la persona nos apegamos al artículo 23 del mismo capítulo... “se podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formulación por escrito...”. Por lo que solamente se solicitó el consentimiento verbal de la persona explicándole claramente, que en caso de no desear participar no tendría ninguna repercusión.

10. – RESULTADOS

Se realizó un estudio transversal analítico en adultos mayores demandantes de consulta dental en los consultorios dentales pertenecientes a los Servicios Profesionales Odontológicos que ofrece la Delegación Coyoacán. La muestra de estudio fue de 150 sujetos a los cuales se les realizó una entrevista que incluyó el registro del índice OHIP-14 y un examen clínico bucodental para obtener el índice CPO-D.

De los 150 sujetos encuestados, 87 (58%) fueron mujeres y 63 (42%) varones; la edad promedio de la muestra fue 69.9 años con una desviación estándar (D. E.) de ± 6.78 y un intervalo de 60 a 85 años.

De acuerdo a las respuestas expresadas por los adultos mayores al índice OHIP-14 se identificaron las siguientes frecuencias:

Se identificó en todas las preguntas una mayor frecuencia a la respuesta *nunca* excepto en la pregunta cinco (*preocupación con los problemas de la boca*) en la cual la respuesta con mayor peso fue la de *frecuentemente* con 56(37.3%) de los adultos mayores. Las preguntas con alto puntaje con respuesta *nunca* fueron: la pregunta doce (*dificultad para realizar sus actividades diarias*) con 130(86.7%) adultos mayores, seguida por la pregunta catorce (incapacidad total para realizar sus actividades diarias) con 128(85.3%) sujetos, ha esta última le siguió la pregunta once (*irritabilidad debido a problemas con sus dientes*) a la cual 121(80.7%) individuos de estudio respondieron de igual manera *nunca*; la pregunta cinco (*preocupación con los problemas de la boca*) por su parte tuvo el menor número de respuestas *nunca* con sólo 19(12.7%) sujetos. (Cuadro 1)

Asimismo se observó seguida de la respuesta *nunca* otras contestaciones que son importantes mencionar: a la primera pregunta (*dificultad para pronunciar palabras*) se identificó la respuesta *ocasionalmente* con 21(14%) adultos mayores, en la pregunta dos (*repercusiones en el sabor de los alimentos*) 20(13.3%) sujetos contestaron *frecuentemente*,

a la pregunta tres (*dolor en la boca*) 35(23.3%) individuos mencionaron *frecuentemente*, respecto a la pregunta cuatro (*molestias al comer*) 36(24%) adultos mayores consideraron *frecuentemente*, en cuanto a la pregunta cinco (*preocupación por problemas con sus dientes y boca*) 52(34.7%) sujetos contestaron *muy frecuentemente*, respecto a la pregunta seis (*presencia de estrés*) 31(20.7%) individuos respondieron *frecuentemente*, a la pregunta siete (*cambios en sus alimentos*) 32(21.3%) adultos mencionaron *muy frecuentemente*, en cuanto a la pregunta ocho (*interrupción de alimentos*) 32(21.3%) sujetos indicaron *frecuentemente*, a la pregunta nueve (*dificultad para descansar*) 18(12%) individuos respondieron *ocasionalmente*, respecto a la pregunta diez (*vergüenza por problemas con su boca*) 25(16.7%) adultos mayores mencionaron *frecuentemente*, en cuanto a la pregunta once (*irritabilidad debido a problemas con sus dientes*) 13(8.7%) individuos de estudio contestaron *ocasionalmente*, a la pregunta doce (*dificultad para realizar sus actividades diarias*) 6(4%) sujetos indicaron *ocasionalmente*, en cuanto a la pregunta trece (*impresión de que la vida es menos agradable*) 21(14%) adultos mencionaron *frecuentemente*, y por último a la pregunta catorce (*incapacidad total para realizar sus actividades diarias*) 12(8%) sujetos de estudio respondieron *casi nunca*. (Cuadro 1)

En su mayoría la respuesta con menor frecuencia fue *casi nunca* a excepción de las preguntas once (*irritabilidad debido a problemas con sus dientes*) y doce (*dificultad para realizar sus actividades diarias*) en las que se identificó a la respuesta *muy frecuentemente* con menor reporte de frecuencia. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Frecuencia de respuestas otorgadas a las preguntas del índice OHIP-14 por adultos mayores, Coyoacán 2008.

PREGUNTA	0	1	2	3	4
	NUNCA N (%)	CASI NUNCA N (%)	OCASION ALMENTE N (%)	FRECUEN TEMENTE N (%)	MUY FRECUENTEMENTE N (%)
Limitación funcional					
1. ¿Ha tenido dificultad para pronunciar palabras?	88 (58.7)	7 (4.7)	21 (14)	20 (13.3)	14 (9.3)
2. ¿El sabor de sus alimentos ha empeorado?	82 (54.7)	11 (7.3)	18 (12)	20 (13.3)	19 (12.7)
Dolor físico					
3. ¿Ha sentido dolor en su boca?	59 (39.3)	15 (10)	22 (14.7)	35 (23.3)	19 (12.7)
4. ¿Ha presentado molestia al comer?	54 (36)	10 (6.7)	19 (12.7)	36 (24)	31 (20.7)

PREGUNTA	0	1	2	3	4
	NUNCA N (%)	CASI NUNCA N (%)	OCASION ALMENTE N (%)	FRECUEN TEMENTE N (%)	MUY FRECUENTEMENTE N (%)
Malestar psicológico					
5. ¿Le preocupan los problemas con su boca?	19 (12.7)	3 (2)	20 (13.3)	56 (37.3)	52 (34.7)
6. ¿Se ha sentido estresado?	70(46.7)	12(8)	18(12)	31(20.7)	19(12.7)
7. ¿Ha tenido que cambiar sus alimentos?	71 (47.3)	4 (2.7)	17 (11.3)	26 (17.3)	32 (21.3)
8. ¿Ha tenido que interrumpir sus alimentos?	66 (44)	8 (5.3)	17 (11.3)	32 (21.3)	27 (18)
Incapacidad psicológica					
9. ¿Ha encontrado dificultad para descansar?	95 (63.3)	13 (8.7)	18 (12)	14 (9.3)	10 (6.7)
10. ¿Se ha sentido avergonzado por problemas con su boca?	84 (56)	8 (5.3)	13 (8.7)	25 (16.7)	20 (13.3)
Incapacidad social					
11. ¿Ha estado irritable debido a problemas con su boca?	121 (80.7)	8 (5.3)	13 (8.7)	5 (3.3)	3 (2)
12. ¿Ha tenido dificultad para realizar sus actividades diarias?	130 (86.7)	5 (3.3)	6 (4)	5 (3.3)	4 (2.7)
Minusvalía					
13. ¿Ha sentido que la vida en general ha sido menos agradable?	91 (60.7)	11 (7.3)	10 (6.7)	21 (14)	17 (11.3)
14. ¿Ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades diarias?	128 (85.3)	12 (8)	5 (3.3)	2 (1.3)	3 (2)

Fuente Directa

Con respecto al análisis del índice OHIP-14 en adultos mayores por el criterio de experiencia y no experiencia de impacto, se observaron los siguientes datos relevantes: la proporción mayor la representó la pregunta cinco (*preocupación por problemas con sus dientes y boca*) identificando a 131 (87.3%) de los adultos mayores con experiencia de impacto, siguiendo la pregunta cuatro (*molestias al comer*) a la cual 96 (64%) sujetos se registraron con impacto; en tercer lugar se ubicó la pregunta tres (*dolor en la boca*) con 91 (60.7 %) de los individuos quienes presentaron experiencia de dolor, además, a la pregunta ocho (*interrupción de alimentos*) 84 (56%) adultos reportaron experiencia del evento. Por otro lado se observó una menor experiencia de impacto en la pregunta catorce (*incapacidad total para realizar sus actividades diarias*) a la cual únicamente 22 (14.7%) de los adultos mayores proporcionaron respuestas con impacto, asimismo, para la pregunta doce (*dificultad para realizar sus actividades diarias*) solamente 20 (13.3%) de los sujetos presentaron experiencia del evento. (Cuadro 2)

Cuadro 2. Agrupación de OHIP-14 con respecto a la experiencia de impacto de adultos mayores, Coyoacán 2008.

PREGUNTA	NO EXPERIENCIA DE IMPACTO N (%)	EXPERIENCIA DE IMPACTO N (%)
	Limitación funcional	
1. ¿Ha tenido dificultad para pronunciar palabras?	88 (58.7)	62 (41.3)
2. ¿El sabor de sus alimentos ha empeorado?	82 (54.7)	68 (45.3)
	Dolor físico	
3. ¿Ha sentido dolor en su boca?	59 (39.3)	91 (60.7)
4. ¿Ha presentado molestia al comer?	54 (36)	96 (64)
	Malestar psicológico	
5. ¿Le preocupan los problemas con su boca?	19 (12.7)	131 (87.3)
6. ¿Se ha sentido estresado?	70 (46.7)	80 (53.3)
	Incapacidad física	
7. ¿Ha tenido que cambiar sus alimentos?	71 (47.3)	79 (52.7%)
8. ¿Ha tenido que interrumpir sus alimentos?	66 (44)	84 (56)
	Incapacidad psicológica	
9. ¿Ha encontrado dificultad para descansar?	95 (63.3)	55 (36.7)
10. ¿Se ha sentido avergonzado por problemas con su boca?	84 (56)	66 (44)
	Incapacidad social	
11. ¿Ha estado irritable debido a problemas con su boca?	121 (80.7)	29 (19.3)
12. ¿Ha tenido dificultad para realizar sus actividades diarias?	130 (86.7)	20 (13.3)
	Minusvalía	
13. ¿Ha sentido que la vida en general ha sido menos agradable?	91 (60.7)	59 (39.3)
14. ¿Ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades diarias?	128 (85.3)	22 (14.7)

Fuente Directa

De esta forma se identificaron las dimensiones más afectadas en la población de adultos mayores, siendo estas las correspondientes a malestar psicológico, dolor físico e incapacidad física, y las menos afectadas pertenecieron a la incapacidad social y minusvalía.

También se realizó un conteo individual de los puntos obtenidos por las respuestas del índice OHIP-14 cuyos resultados nos brindaron en la población de estudio un promedio de 17.50 puntos, un intervalo de 0 (no impacto) a 55 (alto impacto) puntos, así como una D. E. de ± 12.47 . Este método se empleo ya que proporciona una mejor distribución para los procedimientos estadísticos de relación con otras variables.

Por su parte el índice CPO-D obtuvo una media de 14.10 con un intervalo de 0 a 28 dientes con experiencia de caries y una D. E. de ± 5.43 . Asimismo se identificó al componente cariado con una media de 3.96 con intervalo de 0 a 14 dientes cariados y una D. E. de ± 3.31 . Con respecto a los dientes perdidos la media fue de 5.95 con intervalo de 0 a 27 y una D. E. de ± 6.42 . La media de dientes obturados fue de 4.19 con intervalo de 0 a 15 y una D. E. de ± 3.77 . (Cuadro 3)

Cuadro 3. Componentes CPO-D de adultos mayores, Coyoacán 2008.

	MEDIA	MEDIANA	D. E.	MNIMO	MAXIMO
CPO-D	14.10	14	5.43	0	28
CARIADOS	3.96	3	3.31	0	14
PERDIDOS	5.95	4	6.42	0	27
OBTURADOS	4.19	4	3.77	0	15

Fuente Directa

De la misma manera, se identificó una prevalencia de caries en los adultos mayores de 97.3% y de edentulismo del 1%. En cuanto a los componentes del CPO-D la prevalencia de dientes perdidos fue de 76.7%, para los dientes cariados del 78% y por último para dientes obturados del 63%.

En este estudio se encontraron diferencias significativas en el índice CPO-D de acuerdo al sexo y edad de los adultos mayores. Del análisis estadístico podemos observar al sexo femenino con un mayor índice CPO-D y el grupo de edad en el cual se identificó un alto índice CPO-D fue el comprendido entre los 80 a 89 años en las mujeres y en los hombres de los 60 a 69 años. (Cuadro 4)

Cuadro 4. Cuadro de contingencia CPO-D agrupado por Edad y Sexo de los adultos mayores

Sexo			Edad		
			60 a 69 años	70 a 79 años	80 a 89 años
Femenino	CPO-D	Grave	25.0%	25.0%	50.0%
		Alto	69.0%	27.6%	3.4%
		Medio	47.8%	47.8%	4.3%
Masculino	CPO-D	Grave	70.0%	10.0%	20.0%
		Alto	41.9%	51.6%	6.5%
		Medio	41.2%	35.3%	23.5%
		Bajo	33.3%	33.3%	33.3%

Fuente Directa

De acuerdo al análisis estadístico entre edad y sexo con respecto al índice OHIP-14, no se encontraron diferencias significativas. Pero podemos observar que ambos sexos presentaron impacto en su calidad de vida en particular el femenino, y el grupo de edad con mayor impacto correspondió a las personas de 60 a 69 años. (Cuadro 5)

Cuadro 5. Cuadro de contingencia OHIP codificado por impacto o percepción de salud bucal agrupado por edad y sexo de los adultos mayores

Sexo			Edad		
			60 a 69 años	70 a 79 años	80 a 89 años
Femenino	OHIP	Mala percepción de salud bucal o impacto negativo	60.0%	32.9%	7.1%
		Buena percepción de salud bucal o impacto positivo	50.0%	50.0%	.0%
Masculino	OHIP	Mala percepción de salud bucal o impacto negativo	45.8%	39.0%	15.3%
		Buena percepción de salud bucal o impacto positivo	75.0%	25.0%	.0%

Fuente Directa

La correlación realizada entre el estado de salud bucal y la calidad de vida de los adultos mayores mediante la prueba Pearson arrojó una correlación positiva débil ($r = 0.26$; $p = 0.01$), tomando en cuenta el índice OHIP-14 y el CPO-D. Lo cual demuestra la existencia de relación entre calidad de vida y salud bucal.

11. – Discusión

En esta investigación se identificó el efecto que tiene el estado de salud bucal específicamente el relacionado con la caries dental en la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores.

Los resultados obtenidos indican que las dimensiones de mayor impacto correspondieron al malestar psicológico, dolor físico e incapacidad física, asimismo, se observó un menor impacto para las categorías de incapacidad social y minusvalía. Esto coincide con las investigaciones realizadas por N. M. Nuttall en el Reino Unido en 1998⁴⁷ y Wöstmann, en pacientes geriátricos en Alemania durante el 2008⁴⁶ quienes emplearon el índice OHIP-14 en adultos mayores. Cabe destacar a la minusvalía como una experiencia bastante rara de encontrar en las respectivas poblaciones de estudio, resultados que también coinciden con nuestra investigación.

Cabe señalar que se observó en los hombres un menor impacto entre su salud bucal y calidad de vida a diferencia de las mujeres en las cuales se identificó todo lo contrario, situación que puede ser explicada de acuerdo con Jiménez Férrez,³³ es más frecuente observar mayor preocupación de las mujeres por su estado de salud ya que ellas asisten al médico y buscan ayuda ante cualquier problema de salud a diferencia de los hombres; lo ocurrido en los hombres no puede ser indicativo de que tengan un mejor estado de salud bucal, explicable, tal vez porque a los hombres les cuesta más trabajo aceptar sus limitaciones y padecimientos.

En cuanto al índice CPO-D el promedio más alto lo ocuparon los dientes perdidos con 14.10, seguido por el de obturados con 4.19 y el de cariados con una media de 3.96, circunstancia que concuerda con otros estudios como el desarrollado por De la Fuente Hernández en adultos mayores pertenecientes al IMSS del sureste de la Ciudad de México durante el 2007,⁷ y el estudio llevado a cabo por Fuentes Pérez igualmente en adultos mayores pertenecientes al IMSS durante el 2008.⁴⁸ Sin embargo, la información disponible

sobre el estado bucodental referente al adulto mayor en la Ciudad de México nos indica un nivel alarmante de dientes perdidos y sugiere que la presencia de caries es elevada y que las necesidades de atención odontológica no han sido cubiertas. Asimismo, no son visibles las estrategias que se han preparado para tratar los desafíos persistentes y dinámicos de la salud bucodental para enfrentar y alcanzar las metas del milenio propuestas por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud,⁴⁹ cuya meta fundamental ha sido atender, reducir y prevenir la carga de morbilidad de diversos padecimientos bucodentales para el año 2015, brindando atención específica a grupos vulnerables entre ellos los adultos mayores, así como a las repercusiones del estado bucodental en su calidad de vida. Sin embargo, a pesar de que la clasificación CPOD empleada en la comparación entre países, de acuerdo a la prevalencia de caries, en 1996 clasificó a México entre los países en crecimiento (CPOD-12 de 3-5) y en el 2005 dentro de los de consolidación (CPOD-12 < 3),⁴⁹ a pesar de ello los datos obtenidos en el presente estudio ubicaron a la población de estudio dentro de los países emergentes (CPOD-12 >5), lo cual puede ser indicio de la real situación en la cual se encuentra la salud bucodental de dicha población.

La correlación débil entre los parámetros clínicos de la enfermedad bucodental e indicadores subjetivos como lo es la calidad de vida puede ser atribuida al hecho de que los parámetros clínicos miden la enfermedad y los indicadores subjetivos miden la salud, siendo, comúnmente estos influenciados por las características socio-culturales de una población determinada.⁵⁰ Una explicación adicional para esta situación es que cuando se realiza la cuenta de los impactos subjetivos en una escala, las relaciones de impactos específicos con variables clínicas son diluidas por la adición de otros impactos;⁵¹ además, aunque individuos de mayor edad tengan problemas o enfermedades bucodentales, estos tienden a colocar un valor positivo a sus aspectos bucodentales;⁵² por lo que es improbable que los adultos mayores informarán impactos negativos, especialmente en relación con los aspectos psicosociales de su vida aunque ellos tengan la enfermedad bucodental. Esto también puede ser una razón por la que no se identificó una correlación más concreta entre estas dos medidas: estado de salud bucal y calidad de vida.

12. – Conclusiones

Con base en los resultados obtenidos se pudo demostrar la existencia de impacto de la salud bucal específicamente la caries dental en la calidad de vida de los adultos mayores que asistieron a los consultorios dentales de la Delegación Coyoacán durante el año 2008. Asimismo se observó una mayor incidencia en las dimensiones de malestar psicológico, dolor físico y limitación funcional, lo cual refiere implicaciones importantes en la realización de sus actividades cotidianas. También se identificó menor impacto para las categorías de incapacidad social y minusvalía.

Con respecto a los análisis estadísticos entre edad y sexo se identificó que los hombres refieren un menor impacto de su salud bucal sobre la calidad de vida a diferencia de las mujeres. El grupo de edad más afectado fue el comprendido entre los 60 a 69 años. En el análisis de la correlación entre salud bucal y calidad de vida existió una correlación positiva, lo cual expresa la presencia de relación entre salud bucal y calidad de vida.

En investigaciones efectuadas, existe suficiente evidencia de la relación entre salud bucal y calidad de vida,^{7,32,44, 46,47, 48, 50, 52} se observa que con mayor frecuencia, este grupo de edad percibe que el estado de su salud bucal afecta su calidad de vida, teniendo esto una influencia significativa, de aquí la importancia de realizar tratamientos adecuados para reparar las funciones fisiológicas del sistema masticatorio sin dejar de lado el aspecto estético, ya que así se podrán satisfacer las expectativas de los adultos mayores ayudando en la mejoría de su desarrollo físico, psicológico y social, lo cual contribuirá a mejorar su calidad de vida. Es por esto que los profesionales de la salud deberían de estar preparados para tomar en cuenta no solo el estado clínico, si no el aspecto subjetivo del individuo, así se podría realizar un diagnóstico y tratamiento adecuado y eficiente.

A pesar de que esta investigación se llevó a cabo en una pequeña muestra, los resultados obtenidos nos permiten brindar evidencia suficiente para incrementar los servicios de salud, educación, mercado y modificar las políticas de salud pública a favor de la salud

bucodental de los adultos mayores. Por lo tanto la odontología y los profesionales de la salud en México tienen por delante un reto enorme en la atención de esta población debido a los cambios demográficos que han ido incrementando el número de adultos mayores, es por esto que los servicios de salud deberán tener mayor preparación e infraestructura para su atención, efectuando un trabajo interdisciplinario en el cual las enfermedades bucales sean detectadas y no se excluyan de la evaluación de la salud del adulto mayor; el médico general y particularmente el geriatra tienen la responsabilidad de realizar exámenes estomatológicos de rutina, lo que permite la canalización oportuna del paciente adulto mayor a los servicios odontológicos, donde se determinarán las necesidades de prevención, intervención temprana y rehabilitación de las diversas condiciones que afectan la boca del paciente adulto mayor, así con ello se lograra un envejecimiento saludable en la población.

Igualmente, con base a los datos obtenidos se considera conveniente impulsar este tipo de investigaciones que sirva como referente para brindar un espacio mayor a la atención de esta población en los programas educativos del área odontológica, debido a su impacto en la formación integral de los cirujanos dentistas en la realización de su ejercicio profesional, integral y eficiente, conscientes de la problemática y tratamientos referentes al adulto mayor no solo en el aspecto de su condición de salud física sino también con lo relacionado a la percepción subjetiva que ellos brindan a su estado de salud y que repercute en su calidad de vida.

13. – Bibliografía

1. Fias A. Salud pública y educación para la salud. Barcelona: Masson, 2002.
2. Piedrola G. Gil y otros. Medicina preventiva y salud pública. 9ª ed. Barcelona: Masson, 1992.
3. Cabrera A, De la Fuente J. La utilización de indicadores sociales en la medición del impacto en las enfermedades bucales; Tesis. México, Facultad de Odontología, UNAM, 1999.
4. Cohen K, Jago JD, Toward the formulation of socio-dental indicators. *Int J Health Serv* 1976;6:681-687.
5. World Health Organization. Study protocol for the WHO project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQoL). *Qual Life Res* 1993;2: 153-159.
6. Luisa A, Oblitas G. Psicología de la Salud y Calidad de Vida. México: Thomson, 2004
7. Sánchez S, Juárez T, Reyes H, De la Fuente J, Solórzano F, García C. Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales. *Salud Pública de México* 2007; 49:173-181.
8. H. Greene Walter. Educación para la salud. México: Mc Graw-Hill Interamericana, 1988.
9. Vega L. La salud en el nuevo contexto de la nueva salud pública. México: El manual moderno, 2000.
10. Luengas I. Tendencias en la formación de odontólogos en la universidad pública en México, en el contexto de la globalización, 1986-2001: una lectura ética. Tesis para obtener el grado de doctor en Sociología, México, UNAM, 2004.
11. WHO definition of health: Disponible en: <http://www.who.int/about/definition/en/>.
12. Engel GL. The clinical application of biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980; 137:535-544.
13. Organización Mundial de la Salud. The global oral health programme at WHO headquarters. Ginebra 2002, <http://www.who.int/en>.

14. OMS. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: A manual of classification; Geneva: World Health Organization; 1980.
15. Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSS2-1994 para la prevención y control de enfermedades bucales publicada el 6 de enero de 1995.
16. Petersen E. The world oral health report 2003: continuous improvement or oral health in the 21st century. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2003; 37:3-24.
17. Nieto J, Abad A. y otros. *Psicología para ciencias de la salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. España: Mc Graw-Hill Interamericana, 2004.
18. Dulcey E. Quintero G. Calidad de vida y envejecimiento. En: Rocabruno JC. *Tratado de Gerontología y geriatría Clínica*. La Habana: Academia, 1999:128-136
19. Quintero G. Calidad de vida y envejecimiento. En: Prieto O, Vega E. *Temas de Gerontología*. Ciudad de la Habana: Científica Técnica; 1996.
20. Faden R, Germán P. Calidad de vida: consideraciones en geriatría. *Clínica de Medicina Geriátrica*. México: Panamericana; 1998.
21. Felce D, Perry J. Quality of life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*. 1995;16(1):51-74.
22. Lawton P, Moss M. Fulcomer M y Kleban H. A research and service oriented Multilevel assessment instrument. *Journal of Gerontology*, 1982, 37:91-99.
23. D`Alvia, Rodolfo. *Calidad de vida: la relación bio-psico-social del sujeto*. Lugar Editorial,, Buenos Aires, 2005.
24. Levi L, y Anderson L. *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México: El manual moderno, 1980.
25. Naughton J, Shumaker A, Anderson T, Czajkowski M. Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. En *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. 1996;15:117-131
26. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. En: *Ciencia y Enfermería IX* 2003;(2):9-21.

27. Guyatt H, Feeny H, Patrick D. Measuring Health-Related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine*. 1993; 118(8):622-629
28. Testa M. Current Concepts: Assessment of Quality-of-Life Outcomes. *N Engl J Med*. 1996 March; 334(13):835-840.
29. Guyatt H, Cook J. Health status, quality of life, and the individual. *JAMA* 1994; 272: 630-631.
30. Inglehart M, Bagramian R. Oral Health-Related Quality of Life: An Introduction. En: Inglehart M, Bagramian R, editors. *Oral Health-Related Quality of Life*. Chicago: Quintessence, 2002; p. 111-121
31. Gregory J, Gibson B, Robinson G. Variation and change in the meaning of oral health related quality of life: a grounded systems approach. *Soc Sci Med*. 2005; 60: 1859-68.
32. Slade G. Assessing change in the quality of life using the Oral Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1998; 26: 52-61.
33. Jiménez, Esquivel, González. La percepción de salud bucal como medida de la calidad de vida en ancianos. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*. 2003; 60: 19-24.
34. Encuesta de salud bucodental, Métodos básicos. (1997). 4ª edición. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
35. Correa R. Pocos ancianos tienen recursos suficientes para enfrentar la vejez. *Gaceta UNAM, México*, 2008, N° 4096, 1 de septiembre de 2008, p. 8.
36. Gómez R, Lara R. La transición demográfica en México y las especialidades odontológicas. *Práctica Odontológica* 1999; 20(10): 36-38.
37. Gutiérrez M. Afecciones orales. En: Anzola E, Galinsky D, Morales F, Salas R, Sánchez M. *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1994.
38. Slade D, Spencer J, Locker D, Hunt J, Strauss P, Beck D. Variations in the social impact of oral conditions among older adults in South Australia, Ontario and North Carolina. *J Dent Res* 1996; 75(7): 1439-1450.

39. Slade D, Hoskin W, Spencer J. Trends and fluctuations in the impact of oral conditions among older adults during a one year period. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1996; 24: 317-321.
40. Cushing M, Sheiham A, y Maizels J. Developing socio-dental indicators. The social impact of dental disease. *Community Dent Health*. 1986; 3: 3-17.
41. Group. Study protocol for the World Health Organization Project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res* 1993;2: 153-159.
42. Skaret E, Astrom N, Haugejorden O. Oral Helt-Related Quality of Life (OHRQoL), Review of existing instruments and suggestions for use in oral health outcome research in Europe. En: *European Global Oral health Indicators Development Project*. Francia: Quintessence International; 2004. p. 99-110.
43. Locker D. Measuring Oral Health: A conceptual framework, *Community Dent Health*. 1998; 5: 3-18.
44. Slade D, Spencer J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. 1994; 11: 3-11.
45. Slade D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997; 25: 284-290.
46. Wöstmann B, Michel K, Brinkert B, Melchheier A, Rhemann P, Balkenhol M. Influence of denture improvement on the nutritional status and quality of life of geriatric patients. *Journal of Dentistry*. 2008, 5:1-6.
47. N M Nuttall, J G Steele, C M Pine, D White y N B Pitts. The impact of oral health on people in the UK in 1998. *British Dental Journal*. 2001; 190: 121 – 126.
48. Fuentes Pérez A. A. Impacto del estado de salud bucal en la calidad de vida de Adultos de 60 años y más pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social; Tesis. México, Facultad de Odontología, UNAM, 2008.
49. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. 138.a sesión del comité ejecutivo. Washington, D.C, EUA, 19-23 de junio de 2006, <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CE/ce138.r17-s.pdf>.
50. Locker D, Slade G. Association between clinical and subjective indicators of oral health status in an older adult population. *Gerodontology*. 1994;11:108–114.

51. Locker D. The burden of oral disorders in a population of older adults. *Community Dent Health*. 1992;9: 109–124.
52. Strauss RP, Hunt RJ. Understanding the value of teeth to older individuals: influence on the quality of life. *J Am Dent Assoc*. 1993; 124:105–110.

Anexos

14.1.- Anexo 1

OHIP-14

El OHIP es un instrumento desarrollado con la finalidad de medir la percepción subjetiva de la incomodidad, la disfunción y la discapacidad atribuidas a las condiciones de salud bucal. El OHIP consiste en un cuestionario que trata de proporcionar un valor numérico al estado subjetivo de la percepción de la calidad de vida bucal. Utiliza el marco conceptual propuesto por Lockert para definir siete dimensiones conceptuales: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social y minusvalía o incapacidad. Este modelo se basa en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud en la cual los impactos de la enfermedad se colocan en una jerarquía que se extiende de síntomas internos, el individuo (representado en la dimensión de limitación funcional), a síntomas externos (desventaja que afectan funciones sociales, tales como trabajo y las actividades cotidianas).

Cada una de las 14 preguntas del OHIP-14 cuenta con cinco posibles respuestas de acuerdo con las pautas del marco conceptual de la escala Lickert: (0) Nunca, (1) Casi nunca, (2) Ocasionalmente, (3) Frecuentemente y (4) Muy Frecuentemente. Las respuestas “no se” y las entradas en blanco o sin responder, se decodifican posteriormente con el valor medio de todas las respuestas válidas a la pregunta correspondiente; sin embargo, si más de nueve preguntas se dejan en blanco o “no se” se desecha el cuestionario.

Para el análisis del OHIP-14 se emplea el método simple por frecuencia, el cual consiste en contar para cada pregunta el número de respuestas en escala Lickert reportadas como: “nunca (0), “casi nunca (1)”, “ocasionalmente (2)”, “frecuentemente (3)” o “muy frecuentemente (4)”. El segundo método mediante el cual se evalúa el OHIP-14 es mediante el análisis de cada pregunta del OHIP-14, agrupando sus respuestas por el criterio de no experiencia de impacto asociado a la respuesta “nunca (0)” y por otro lado las

categorías de “ocasionalmente (2)”, “frecuentemente (3)” y “muy frecuentemente (4)” son concentradas como la experiencia de algún impacto. El otro método empleado para contabilizar los resultados es una cuenta total de los puntos OHIP obtenidos como resultados por cada entrevistado, lo cual brinda un rango de percepción para cada individuo de cero a 56 puntos; la cuenta bajo este método tiene una distribución mejor para los procedimientos estadísticos

14.2.- Anexo 2

Índice CPO-D

El índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPO-D): Es la sumatoria de los dientes cariados, perdidos y obturados. El componente C (cariado) incluye todos los dientes cuya clave es 1 o 2. El componente P (perdido) define únicamente los dientes perdidos por caries marcados con clave 4. En el componente O (obturado) solo se incluyen los dientes obturados sin caries de clave 3. El CPO-D se calcula respecto a 28, quedando excluidos los terceros molares. Los dientes de clave 5 (diente perdido por otra razón), 6 (obturación de fisuras), 7 (soporte de puente, corona especial o funda/implante), 8 (diente no erupcionado) y 9 (No aplicable) no se incluyen en los cálculos de CPO-D.

Los criterios utilizados para evaluar el estado de salud bucal en cuanto al CPO-D son los propuestos por la OMS:

0 (A) Diente Sano: Un diente se considera como sano si no hay evidencia clínica de caries ya sea presente o tratada. Se excluyen las fases de la caries que preceden a la formación de cavidades, así como otros trastornos análogos a las fases iniciales de la caries, por que no se pueden diagnosticar de modo fiable. Así, los dientes con los siguientes defectos en ausencia de otro criterio positivo, son considerados sanos.

- 1 Manchas blancas.
- 2 Manchas decoloradas o ásperas, que no resultan blandas al tacto con cucharilla o explorador.
- 3 Puntos o fisuras manchados en el esmalte, que no presentan signos visuales de alteración del esmalte, ni ablandamiento del suelo o paredes, detectable con instrumentos.
- 4 Áreas oscuras, brillantes, duras o punteadas en el esmalte de un diente que presenta signos de fluorosis moderada a intensa.

5 Lesiones que, basándose en su distribución, sus antecedentes o el examen visual/táctil, parecen deberse a la abrasión.

1 (B) Cariado: Se registra con caries cuando una lesión presente en un hoyo o fisura, o en una superficie dental suave, tiene una cavidad inconfundible, un esmalte socavado o un suelo o pared apreciable reblandecida. También debe incluirse en esta categoría un diente con obturación temporal o un diente que esta obturado provisionalmente pero también cariado (clave 6 (G)). En los casos en los que la corona ha sido destruida por la caries y sólo queda la raíz, se clasifica sólo como caries de la corona. Puede utilizarse instrumentos para confirmar los signos visuales de caries en superficie oclusal, bucal y lingual. En caso de duda la caries no debe registrarse como presente.

2 (C) Diente obturado con caries: Se considera que una corona ésta obturada con caries cuando tiene una o más restauraciones permanentes y una o más zonas están cariadas. No se hace distinción entre caries primaria o secundaria.

3 (D) Obturado sin caries: Se registra así un diente con una o más obturaciones, sin caries secundaria (recurrente), ni primaria; comprobando esto con explorador, cucharilla o sonda. Se incluye en esta categoría un diente con una corona colocada debido a una caries anterior.

4 (E) Diente perdido por caries: Este código se emplea para los dientes permanentes o primarios que han sido extraídos debido a la presencia de caries. Es importante resaltar que no se debe usar este código para dientes perdidos por otra razón que no sea la caries.

5 (F) Diente perdido por otra razón: Aquí se incluyen las ausencias congénitas, extracciones por razones ortodónticas, traumatismos, etc. Esta clave se emplea también para dientes extraídos por enfermedad periodontal.

6 (G) Fisura obturada: Se emplea este código para los dientes que presenten un sellador oclusal o en los que se aprecie que el fondo del surco ha sido ensanchado con fresa redonda

o en forma de llama y se ha colocado un composite. Si un diente con sellador de fisura tiene caries, se codifica como cariado.

7 (H) Soporte de puente, corona o implante: Indica que un diente forma parte de un puente, es decir, es un pilar de puente. También esto incluye a dientes con corona colocada por causas distintas a caries y a los implantes. Los dientes ausentes que son remplazados por el puente o implante se codifican como 4 o 5, al igual que otros dientes ausentes.

8 (I) Diente no erupcionar: Registra aquellos dientes permanentes ausentes por falta de erupción y cuyo espacio no lo ocupa el diente temporal. Estos dientes lógicamente quedan excluidos de cualquier cálculo a efectos de caries.

9 (J) No aplicable: Este código se usa para cualquier diente que no puede ser explorado, por ejemplo inaccesible, con bandas ortodónticas, fracturado, entre otros.

El registro del CPO-D se realiza siguiendo los criterios propuestos por la OMS. Se registra en un odontograma para cada individuo el estado dental y el registro del estado de caries de cada diente. Se realiza explorando con espejo plano del número 5 y explorador estandarizado la corona dental de cada diente para posteriormente registrar la clave asignada a cada diente en el odontograma; el cuadrante por el que se inicia es el superior derecho en el diente número 17 para seguir con los demás dientes en dirección al cuadrante superior izquierdo hasta llegar al número 27, en seguida se continua con el cuadrante inferior izquierdo en el diente número 37 en dirección al cuadrante inferior derecho hasta llegar al diente número 47.

El CPO-D es un índice odontológico que se realiza para cuantificar la prevalencia de la caries dental, esta se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, entre el total de individuos examinados, por lo cual es un promedio. Para su mejor análisis e interpretación se debe descomponer en cada una de sus partes y expresarse en porcentaje o promedio de las mismas.



14.3.- Anexo 3

IMPACTO DE LA SALUD BUCAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES QUE DEMANDAN ATENCIÓN DENTAL, COYOACÁN 2008



Cuestionario

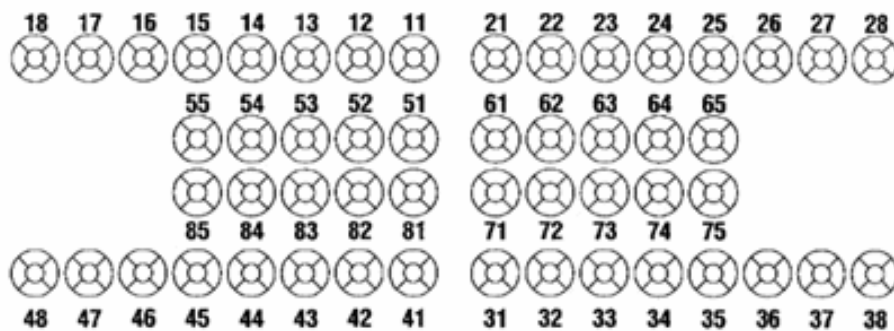
Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ N°: _____

	0 NUNCA	1 CASI NUNCA	2 OCASIO NALMEN TE	3 FRECU NTEMEN TE	4 MUY FRECU NTEMEN TE
Limitación funcional					
¿Usted ha tenido dificultad para pronunciar alguna palabra, debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?					
¿Usted ha sentido que el sabor de sus alimentos ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?					
Dolor físico					
¿Usted ha sentido dolor en su boca?					
¿Usted ha presentado molestia al comer algún alimento, debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?					
Malestar psicológico					
¿A usted le preocupan los problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?					
¿Usted se ha sentido estresado, debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?					
Incapacidad física					
¿Usted ha tenido que cambiar sus alimentos a causa de problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?					
¿Usted ha tenido que interrumpir sus alimentos, debido a que le producen molestias al comerlos?					
Incapacidad psicológica					
¿Usted ha encontrado dificultad para relajarse, descansar o dormir; debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?					
¿Usted se ha sentido avergonzado a causa de problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?					
Incapacidad social					
¿Usted ha estado un poco irritable con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?					
¿Usted ha tenido dificultad para realizar sus actividades diarias por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?					

Minusvalía					
¿Usted ha sentido que la vida en general ha sido menos agradable, menos saludable y ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?					
¿Usted ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades diarias por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?					

CATEGORIA	VALOR
Nunca	0
Casi nunca	1
Ocasionalmente	2
Frecuentemente	3
Muy frecuentemente	4

CPO-D



C	
P	
O	

Código		Criterio
Corona	Raíz	
0	0	Sano
1	1	Cariado
2	2	Obturado, con caries
3	3	Obturado, sin caries
4	---	Perdido por caries
5	---	Perdido por otra causa
6	---	Fisura obturada
7	7	Soporte de puente, corona y/o implante
8	8	Diente no erupcionado
9	9	No aplica