



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ASOCIACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y
FUNCIONALIDAD DE PRÓTESIS TOTALES EN
ADULTOS MAYORES, QUE ASISTEN A LA CLÍNICA
DE PROSTODONCIA DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA, UNAM.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

AMELIA CUEVAS ARELLANO

TUTOR: Mtro. ENRIQUE NAVARRO BORI

ASESORA: Dra. MARÍA DEL CARMEN VILLANUEVA VILCHIS



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.



A mi mamá por apoyarme en todo momento, todo lo que me enseñaste a ganarme las cosas y esforzarme, esto es tan sólo una pequeña recompensa de lo mucho que te mereces. Te amo.

A mi papá por apoyarme y alentarme a hacer lo que me gusta no sólo en lo escolar sino también en lo personal y luchar por lo que quiero. Te adoro.

A Héctor por apoyarme este tiempo y ayudarme, muchas gracias por todo. Te amo

A mis hermanos que me apoyan cada uno en su momento y sé que puedo contar con ellos siempre.

A mis amigos Gerardo J. y Allan por estar todos estos años conmigo en las buenas y malas por apoyarme, porque cada momento que pasamos es genial tenerlos como amigos. Los quiero.

A mis amigas Vero, Susana, Ivette, Sandra, Moni, Fany, Cris, por estar conmigo, ayudarme por cada una de las cosas que compartimos, los consejos, las cosas que vivimos juntas.

A la Dra. Carmen Villanueva Vilchis por cada momento quien me ha orientado en todo momento en la realización de este proyecto y cuyas aportaciones fueron muy valiosas.

Al Dr. Sergio Sánchez García por proporcionar el índice de depresión.



ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	5
II.	MARCO TEÓRICO	6
	ENVEJECIMIENTO.....	6
	TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA.....	7
	CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ENVEJECIMIENTO	8
	CARACTERÍSTICAS ORALES.....	8
	USO DE PRÓTESIS.....	10
	SOPORTE SOCIAL Y DEPRESIÓN	11
	SOPORTE SOCIAL.....	11
	DEPRESIÓN.....	12
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
IV.	JUSTIFICACIÓN	16
V.	OBJETIVOS.....	17
	5.1 General.....	17
	5.2 Específicos.....	17
	5.3 Hipótesis.....	17
VI.	METODOLOGÍA	18
	6.1 Tipo de estudio	18
	6.2 Universo del estudio	18
	6.3 Tamaño y selección de la muestra.....	18
	6.4 Criterios de selección	18
	6.4.1 Criterios de inclusión.....	18
	6.4.2 Criterios de exclusión.....	18
	6.5 Variables.....	18
	6.6 Método de recolección de la información.....	22
	6.7 Método de registro de la información.....	23
	6.8 Análisis estadístico.....	23
	6.9 Consideraciones éticas.....	24
	7.0 Recursos materiales y humanos.....	24



VII.	RESULTADOS	25
VIII.	DISCUSIÓN	42
IX.	CONCLUSIONES	45
X.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
	ANEXOS	50
	ANEXO 1	50
	ANEXO 2	52
	ANEXO 3	54
	ANEXO 4	56



I. INTRODUCCIÓN

La depresión es una enfermedad crónica en adultos mayores, sabemos muy bien que la queja mayor que manifiestan es la pérdida de roles sociales debido a los cambios y pérdidas a través de los años.

Los síntomas depresivos son frecuentes entre adultos mayores, causa sufrimiento y disminuyen la percepción de calidad de vida.

Los problemas bucales tienen un efecto significativo en el bienestar de los adultos mayores. Los padecimientos que principalmente los afectan son la caries dental y la enfermedad periodontal, causantes del alto porcentaje de dientes perdidos.

Estudios demuestran que pacientes que tienen algún grado de depresión presentan descuido de la higiene oral, mayor consumo de dieta cariogénica, flujo salival disminuido que puede estar asociado a medicamentos, deterioro oral acelerado, enfermedad periodontal avanzada, disminución o exageración de la sensibilidad oral y caries rampante. Pueden tener efectos significativos en la adaptación a prótesis totales nuevas llevando a una rehabilitación protésica, que puede no tener el éxito deseado debido a la actitud negativa que podría presentar el paciente debido a su condición bucal.

El propósito de este estudio es determinar la relación entre los síntomas depresivos y la funcionalidad de prótesis totales removibles en adultos mayores, que asisten a las clínicas de Prostodoncia de la Facultad de Odontología, UNAM.



II. MARCO TEÓRICO

ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso natural, dinámico, progresivo e irreversible, en el cual hay alteraciones morfológicas y funcionales, que van modificando progresivamente el estado del organismo, el significado de este proceso no debe confundirse como el causante de las enfermedades¹.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el envejecimiento es un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos para las especies durante todo el ciclo de la vida².

El envejecimiento abarca varios aspectos: El biológico que comprende cambios orgánicos, estructurales y funcionales en los seres vivos y en el ser humano a nivel macroscópico y microscópico y el psicosocial que comprende los cambios psicológicos y sociales que suceden en las personas con el paso del tiempo³.

Una de las características fundamentales del envejecimiento es la pérdida dentaria, esto provoca que el hueso ya no sea estimulado llevando a una reducción en altura de los rebordes alveolares lo que produce un acentuado deterioro en la apariencia facial¹.

En esta etapa ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades que determinan el envejecimiento⁴. Afecta a todos los tejidos, órganos y sistemas y por lo tanto, en la medida que el individuo tiene más edad, el compromiso sistémico es mayor y más complejo⁵.



TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

En la actualidad México y otros países se encuentran atravesando un fenómeno demográfico conocido como transición demográfica que consiste en el cambio de la dinámica de la población, pasando de un escenario con tasas de natalidad y mortalidad altas a otro donde ambas son menores.

Según datos presentados en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, la proporción de adultos mayores en la población era de aproximadamente 8% en 1950 y se calcula que para 2050 será de 21%. México no está exento de este cambio demográfico, ya que el envejecimiento de la población se acelerará significativamente en el presente siglo. Se calcula que el número de adultos mayores aumentará de 6,8 millones en 2002 a 22,2 millones en 2030 y a 36,2 millones en 2050 (2, 3). Sin embargo, el aumento en la esperanza de vida no significa necesariamente una mejoría en sus condiciones de salud. Al contrario, uno de los problemas más importantes en la etapa de adulto mayor es la pérdida de las capacidades funcionales y emocionales⁶.

La proporción de adultos mayores en la población mundial aumenta cada año. En México, por ejemplo, los ancianos representaban el 7,1% de la población (6,9 millones de personas) en el año 2000 y se prevé que su número ascienda a 32,4 millones en 2050, cuando uno de cada cuatro mexicanos tendrá más de 65 años. Conforme avanza la edad, algunas capacidades físicas se deterioran y aumenta la frecuencia de trastornos de salud⁷.



CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ENVEJECIMIENTO

Conforme avanza la edad, algunas capacidades físicas se deterioran y aumenta la frecuencia de trastornos de salud. La mala nutrición es muy frecuente en los adultos mayores, debido en parte a los diversos cambios fisiológicos que ocurren durante el envejecimiento, muchos de los cuales llevan a reducir el consumo de alimentos.

El equilibrio entre una buena alimentación y una adecuada capacidad funcional es frágil y cuando se altera, la desnutrición puede provocar discapacidad o el síndrome geriátrico que se conoce por “fragilidad”. La fragilidad es un trastorno que reduce la autonomía de los ancianos y dificulta su resistencia a las agresiones del medio ambiente o a las lesiones o enfermedades agudas, lo que lleva a la pérdida de masa muscular⁸.

En el sistema cardiovascular aparecen diferentes modificaciones a nivel del corazón como el aumento de grosor del endocardio y la disminución de tamaño del corazón envejecido. A todo este planteamiento le agregamos los agentes farmacológicos propios de los pacientes que padecen de esta enfermedad, que traen consigo cambios bucales como xerostomía, al igual que en los hipertensos⁹.

CARACTERÍSTICAS ORALES

La condición bucal del adulto mayor tiene gran influencia en la selección de los alimentos y por ende, en su condición nutricional. Es así como las personas con impedimentos dentales severos, especialmente los portadores de prótesis dentales completas, seleccionan su dieta comprometiendo su



nutrición. La razón principal del cambio es la disminución de la función sensorial de la boca. Esta alteración afecta también a los adultos mayores, tanto dentados como desdentados parciales, en los que se ha demostrado que los cambios propios de la edad disminuyen significativamente la percepción de los sabores, la dureza y la textura de los alimentos, haciendo que decrezca su interés por alimentarse¹⁰.

Los primeros signos de envejecimiento del aparato digestivo se observan en la cavidad bucal. Es importante indicar que algunos cambios bucales que ocurren en la edad son naturales, como cierto grado de oscurecimiento y desgaste de los dientes.

Algunas características que se presentan en cavidad oral son:

- La deglución se caracteriza frecuentemente por mostrar una mayor duración en el tiempo de deglución de los alimentos.
- El habla es la función motora que parece resistir más la influencia del envejecimiento, la xerostomía puede impedir también la pronunciación de palabras.
- A nivel de la lengua podemos encontrar reducción del epitelio, atrofia de papilas. La presencia de fisuras también es un acontecimiento frecuente, pudiendo estar relacionadas ambas manifestaciones con enfermedades sistémicas.
- En cuanto a la función salival existe una disminución llamándola xerostomía que puede asociarse al uso de medicamentos (antihipertensivos, antiparkinsonianos, psicotrópicos y sedantes).
- Los dientes cambian de tamaño, posición, forma y color por modificación de los propios tejidos dentarios y por acción del medio bucal (atrición, erosión, caries, pérdida de dientes, enfermedad periodontal y otros).



- El periodonto puede reaccionar al proceso de envejecimiento de 2 formas: si existe poca higiene bucal el acumuló de placas dentobacterianas provoca gingivitis y con el tiempo, en los pacientes susceptibles, retracción gingival a nivel de cuello del diente, descubriendo el cemento, y por lo tanto, disminuye la resistencia a las caries. En la encía ocurre la pérdida del punteado, aspecto fibroso.
- En los labios es muy común la queilitis angular relacionada por deficiencias de vitaminas del complejo B y mordedura cerrada. Queilitis y boca de "tabaco" a causa de deshidratación.
- En el hueso alveolar se presenta remodelación constante en relación a las fuerzas oclusales. Al reducirse las fuerzas oclusales, el hueso alveolar es reabsorbido disminuyendo su altura y grosor de las trabéculas; también podemos encontrar un adelgazamiento de la cortical con incremento de la porosidad.

USO DE PRÓTESIS

La prótesis dental es mucho más que una simple reposición de los elementos dentales, es una integradora familiar, social, mantiene la salud general y eleva la expectativa de vida, por proporcionar condiciones al anciano de formar el bolo alimenticio de forma adecuada, impidiendo que disminuya la consistencia alimenticia¹¹.

Las prótesis constituyen una alternativa para la pérdida de la dentadura. Pero, aun cuando son una buena solución, no están exentas de provocar daños, lo cual, junto a la susceptibilidad de los tejidos propiciados por el envejecimiento y por los inadecuados estilos de vida, puede llevar a cambios importantes de las mucosas, los huesos de la cavidad bucal y, en especial, la



aparición de lesiones que pueden variar desde las más simples hasta las malignas y causar un gran problema de salud para las personas y para la sociedad.

En ese sentido, varias investigaciones han demostrado que las prótesis, sobre todo cuando son viejas, están desajustadas, incorrectamente confeccionadas o en mal estado, producen daños que contribuyen aún más al deficiente estado de la cavidad bucal y afectan la salud¹².

SOPORTE SOCIAL Y DEPRESIÓN

Las variables psicológicas y sociales cada vez cobran más importancia en el campo de investigación en salud. Dentro de las más relevantes podemos encontrar el soporte social y la depresión de ahí que tienen que ser estudiadas.

SOPORTE SOCIAL

Este se ha definido de diferentes formas y se ha relacionado en su mayoría a las actividades, relaciones e interacciones de un individuo lo cual involucra su salud. Se trata de un concepto multidimensional, pues los efectos pueden ser tanto positivos como negativos.

El soporte social se puede clasificar como formal e informal, el primero se refiere al conjunto de servicios estructurados de organismos comunitarios y gubernamentales, este es proporcionado por profesionales y su objetivo principal es mantener al adulto mayor en un ambiente natural funcional como sea posible. Busca una calidad de vida óptima, autonomía e independencia de la persona y necesita de la parte informal para complementarse.



El soporte informal, está formado por familia, amigos y personas cercanas quienes serán las principales fuentes de apoyo emocional e instrumental brindando ayuda física real, financiera, o de algún otro tipo ante un periodo de crisis.

Algunos autores han considerado que el soporte social proporciona cierta protección contra efectos de estrés o crisis, formando así un desarrollo a prevenir enfermedades²³.

DEPRESIÓN

La depresión es una enfermedad; no es una cosa de “voluntad”, ni un proceso normal del envejecimiento. No obstante, es una enfermedad grave que trastorna vidas, familias y trabajo, llegando a afectar la salud física; de no tratarse podría incluso ocasionar la muerte.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad¹⁴.

La depresión no es algo normal en el proceso de envejecimiento y la mayoría de los adultos mayores se sienten satisfechos con sus vidas, a pesar del aumento de dolores físicos. Sin embargo, cuando la depresión se presenta puede pasarse por alto porque en la vejez se muestran síntomas menos evidentes y porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer, sentimientos de pena o tristeza.

Los trastornos bucales tienen un efecto significativo en el bienestar de los adultos. Los padecimientos que principalmente los afectan son la caries dental y enfermedad periodontal, causantes del alto porcentaje de dientes perdidos. El edentulismo y el uso de dentaduras mal adaptadas han



mostrado un impacto negativo en la calidad de vida. Mostrando deficiencias en la masticación, comunicarse (hablar), y en la socializar con el medio que lo rodea, preocupación y problemas al hablar por la falta de dientes, falta de compromiso en su aspecto físico, aislamiento, cambios en su estado de ánimo¹⁵.

En síntesis la calidad de vida puede ser modificada por la salud general (determinada por aspectos físicos y mentales) y por factores específicos de salud, entre los cuales se encuentra la salud oral.

Estudios demuestran que individuos que presentan algún grado de depresión presentan descuido de la higiene oral, mayor consumo de dieta cariogénica, flujo salival disminuido que puede estar asociado a medicación, deterioro oral acelerado, enfermedad periodontal avanzada, disestesias orales y caries rampante. Pueden tener efectos significativos en la adaptación a prótesis totales, llevando a una rehabilitación protésica, que puede no tener el éxito deseado debido a la actitud negativa que podría presentar el paciente debido a su condición bucal^{16,17,18}.

Sujetos con deterioro mental portadores de prótesis removible, relatan tener más problemas y menor satisfacción que antes de realizarse el tratamiento, lo que puede ser posible porque al momento de confeccionar las prótesis ya estaban insatisfechos con su condición dental; así el sólo hecho de rehabilitarlos protésicamente no mejora su condición psicológica. Sin embargo se ha observado que a mayor cantidad de unidades oclusales involucradas, se presentaría más satisfacción por parte de estos pacientes, con la rehabilitación oral debido a que presentarían un mayor confort oral.

La evaluación previa del estado de salud mental podría utilizarse como un indicador de éxito de la terapia, ya que puede permitir hacer un pronóstico de



la influencia que podría tener la salud mental en la adaptación, adherencia al tratamiento y la satisfacción del paciente. Es indispensable que el odontólogo posea conocimientos de los trastornos psicológicos más comunes en el adulto mayor y pueda implementar una psicoterapia previa y/o posterior al tratamiento; ya que tendrán una influencia decisiva en el diagnóstico, la planificación y éxito del mismo.

Actualmente existe un creciente interés en las consecuencias de la salud oral en términos de cómo afecta la calidad de vida. En el adulto mayor existen síntomas depresivos que provocan falta de interés por salir al mundo exterior y la familia juega un papel importante para tratarlos.



III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud bucal es un factor que afecta de manera directa emocionalmente a los adultos mayores, por tal motivo se debe tener en cuenta que este afecta en su estado de salud, con lo cual se tiene la finalidad de cambiar esta percepción y concientizar los efectos de salud orales respecto a la depresión.

Los pacientes dentados con altos índices de síntomas depresivos tenían una actitud más negativa hacia la preservación de sus dientes naturales, utilizaban con mayor frecuencia productos azucarados, y reportaban un mayor tiempo transcurrido desde su última visita al dentista y tienden a mantener mejor la superficie de sus dientes.

Las actuales necesidades son poder detectar cuando el paciente tiene síntomas depresivos porque existen muchos casos en que no se diagnóstica y por tal motivo no se toma en cuenta en la valoración médica y odontológica. De esta forma se logrará que el paciente sea tratado de manera correcta y puedan integrarse socialmente.

Todo esto nos lleva a una investigación si ¿Existe asociación entre síntomas depresivos y el uso de prótesis totales removibles en adultos mayores, que asisten a la clínica de la Facultad de Odontología?.



IV. JUSTIFICACIÓN

La actual investigación nos servirá para poder transmitir la importancia de la depresión lo que nos permitirá que aumente el autoestima de los adultos mayores, además de facilitar el otorgamiento a los pacientes de una mejor atención de forma integral.

Actualmente existe un creciente interés en las consecuencias de la salud oral en términos de cómo altera la calidad de vida. El uso de prótesis totales afecta al individuo en su capacidad de alimentarse, comunicarse (hablar), y en la socializar con el medio que lo rodea, preocupación ante los demás por el estado de los dientes y problemas al hablar por la falta de dientes.

Debido a los cambios y pérdidas a través de los años, la depresión es frecuente entre adultos mayores, causa sufrimiento y disminuye la percepción de calidad de vida y salud. La salud bucal tiene un papel esencial en el bienestar y en la calidad de vida, sin embargo, son frecuentes los problemas bucales en la vejez.

El efecto en diversas áreas de la funcionalidad bucal debida a la pérdida de dientes en los adultos puede ser disminuido por el uso de prótesis, con lo que mejora la autopercepción de salud bucal que a su vez afecta la calidad de vida de este grupo de población.



V. OBJETIVOS

5.1 General

Determinar la asociación entre la sintomatología depresiva y la funcionalidad de prótesis totales removibles en adultos mayores, que asisten a las clínicas de Prostodoncia de la Facultad de Odontología, UNAM.

5.2 Específicos

- Determinar la sintomatología depresiva en adultos mayores, que asisten a las clínicas de Prostodoncia de la Facultad de Odontología, UNAM.
- Identificar la funcionalidad de las prótesis totales removibles en adultos mayores, que asisten a las clínicas de Prostodoncia de la Facultad de Odontología, UNAM.
- Identificar la asociación entre la sintomatología depresiva y el soporte social con la funcionalidad las prótesis totales en adultos mayores que asisten a las clínicas de Prostodoncia de la Facultad de Odontología, UNAM.

5.3 Hipótesis

HA: Existe asociación entre la sintomatología depresiva y el estado funcional de las prótesis totales.

H0: No existe asociación entre la sintomatología depresiva y el estado funcional de las prótesis totales.



VI. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de estudio

Transversal

6.2 Universo del estudio

Todos los pacientes que acuden a las clínicas de Prostodoncia de la Facultad de Odontología, UNAM.

6.3 Tamaño y selección de la muestra

119 pacientes elegidos por conveniencia.

6.4 Criterios de selección

6.4.1 Criterios de inclusión

- Adultos mayores de 60 años que acudan a la clínica de Prostodoncia de la Facultad de Odontología, UNAM. Tomando en cuenta la edad de CONAPO, INEGI y el Instituto de Geriátria ^{19,20,21}.
- Adultos mayores portadores de por lo menos una prótesis total (superior o inferior).
- Adultos mayores que estén dispuestos a participar en el estudio.

6.4.2 Criterios de exclusión

- Adultos mayores con deterioro cognitivo avanzado que les impida responder la entrevista.
- Adultos mayores con algún deterioro psicomotor que les impida llevar a cabo la higiene de la prótesis.

6.5 Variables

Sexo: Es registrado como Femenino y Masculino de acuerdo a lo observado en el paciente.



Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha actual. La información se obtendrá a través de la pregunta ¿Cuántos años tiene? y se registrará en años.

Nivel socioeconómico: Es la capacidad para acceder a un conjunto de bienes y estilo de vida. Se medirá a través de 10 preguntas contempladas en la escala AMAI 10X6 que se describe en el anexo 1²².

Atención dental: Se refiere a la atención dental pública o privada que ha recibido durante el último año. La información se obtendrá de manera directa preguntando:

- ¿Ha recibido atención dental en los últimos 12 meses? Se registra como: Si, No, No responde.

Motivo de la atención dental: Se refiere a la causa por la cual el paciente asiste a recibir un tratamiento dental. La información se obtiene de manera directa preguntando:

- ¿Cuál fue el motivo de la última consulta?. Y se registrará como: Revisión, restauración de dientes, dolor dental, dientes flojos, elaboración de algún puente, reparación de puente o dentadura, extracción dental, dolor en la boca o en la cara, no responde.

Tiempo de uso de la prótesis: Es el lapso de tiempo que lleva utilizando la prótesis. La información se obtiene de manera directa preguntando:

- ¿Cuánto tiempo lleva utilizando sus prótesis totales? Se registran el número de años que lleva utilizando las prótesis.



Higiene de las prótesis totales: Se refiere a las prácticas de limpieza, mantenimiento, cuidado y la frecuencia con que lo realiza. Esta información se obtiene con las siguientes preguntas:

- ¿Tiende a limpiar sus prótesis? Se registra como: Si, No, A veces.
- ¿Cuántas veces al día limpia sus prótesis? Se registra como: Una, dos tres, otra.
- ¿Con qué las limpia? Se registran como: pasta dental y cepillo, jabón de pasta, detergente, bicarbonato, sólo con agua, limpiadores especiales.

Sintomatología depresiva: Son signos o señales que nos indican la posibilidad de existencia de alguna enfermedad como puede ser la depresión. Se mide con el Índice CES-D²⁵ validada en México, consta de 20 preguntas que evalúan síntomas depresivos en los pacientes en dos semanas anteriores al día que se aplica la encuesta, referido en el anexo 3. Se registran como: Escasamente 0-1 día, algo 1-2 días, ocasionalmente 3-4 días, la mayoría 5-9 días y casi diario 10-14 días. La escala final se obtiene a través de la sumatoria, por lo que puede ir de 0 a 100. El punto de corte establecido para obtener pacientes con sintomatología depresiva alta es a partir de 16.

Soporte social: Se refiere a como interactúa el paciente con familiares y amigos. Se mide con la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido: Está compuesto de 12 preguntas que miden el apoyo social percibido; consta de 3 subescalas: familia, otros significativos y amigos. El formato de respuesta consta de varias alternativas. Las preguntas se hacen de manera directa y se registran de acuerdo a la Escala Multidimensional de Apoyo Social percibido (Zimet, Dahlem, Zimet&Farley, 1988) referida en el anexo 2²³.



Uso de prótesis total: Se refiere a si el paciente es portador de una prótesis que sustituya todos los órganos dentarios de una arcada. Esta información se obtiene observando y se registra como: Superior, inferior o ambas.

Funcionalidad de prótesis removibles: Son las características que permiten que la prótesis pueda ser utilizada de manera óptima, cumpliendo tres características básicas que son: estabilidad, retención y defectos que tenga la prótesis de acuerdo a los criterios proporcionados por Ettinger²⁴. Para su registro se realizarán las siguientes pruebas:

- **Estabilidad:** Es la característica que permite que la prótesis no tenga un desplazamiento horizontal. Se realiza en la prótesis total superior colocando un dedo a cada lado en la región de premolares y se balancea la dentadura de lado a lado. Al observar que pasa registraremos como: Sin movimiento, algún movimiento pero funcionalmente adecuada y con movimiento. Para su análisis final se agruparon las categorías Algún movimiento y con movimiento en el grupo de mala estabilidad y la categoría sin movimiento en el grupo buena estabilidad.
- **Retención:** Se refiere a que la prótesis se mantenga sujeta en la boca y no se desaloje de su posición. Se realiza en la prótesis total superior, colocando los dedos en el área incisal por las caras palatinas, después se llevará la prótesis hacia labial. Al observar que pasa registraremos como: Sin movimiento, algún movimiento pero funcionalmente adecuada y con movimiento. Para su análisis final se agruparon las categorías Algún movimiento y con movimiento en el grupo de mala retención y la categoría sin movimiento en el grupo buena retención.



- **Defectos en las prótesis totales superiores:** Se refiere a la presencia de reparaciones, fracturas o presencia de burbujas que permitan la acumulación de placa bacteriana. Esta información se obtiene de manera directa y se registra como: Sí y No.

6.6 Método de recolección de la información

- Se seleccionaron y entrevistaron a 119 pacientes de ambos sexos tomando en cuenta los criterios de inclusión, que acuden a la clínica de Prostodoncia de la Facultad de Odontología, UNAM, pidiendo autorización tanto a los profesores como a los pacientes participantes (se les explicó que era una encuesta para una investigación y que ningún dato se proporcionaría fuera de la Facultad de Odontología) en los grupos 4008, 4009, 4010, 4011, 4014, durante la hora de clínica de cada grupo cuando el paciente estaba sentado en la unidad dental en los meses de Febrero – Marzo del 2013.
- Un entrevistador previamente estandarizado realizó las preguntas directas a los pacientes con instrumentos de medición. La encuesta se dividió en seis secciones.
- La primera sección consistió en preguntar datos personales y el Índice AMAI de 10X6 fueron preguntas con opciones.
- La segunda sección consistió en información sobre higiene y cuidado dental, fueron preguntas con opciones.
- La tercera sección fue la aplicación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido y de la Escala CES-D para evaluar sintomatología depresiva que constó de 35 preguntas las cuales se referían a las dos semanas anteriores al día de la encuesta y se



refería al número de días en los cuales se presentó sintomatología depresiva.

- La cuarta y quinta sección era revisar las prótesis totales con el uso de guantes mediante tres pruebas:
 - ✓ La prueba de estabilidad se realiza en la prótesis total superior colocando un dedo a cada lado en la región de premolares y se balancea la dentadura de lado a lado.
 - ✓ La prueba de retención se realiza en la prótesis total superior, colocando los dedos en el área incisal por las caras palatinas, después se llevará la prótesis hacia labial.
 - ✓ Posteriormente desalojamos las prótesis totales las enjuagamos y secamos para observar si cuenta con defectos como burbujas, fracturas o reparaciones que retengan placa bacteriana y se registró.

6.7 Método de registro de la información

Los datos se recolectaron en formatos especiales los cuales fueron vaciados en EXCEL para posteriormente ser analizados en el paquete estadístico SPSS vs 17.00.

6.8 Análisis estadístico.

Se llevó a cabo un análisis descriptivo para las variables sociodemográficas, posteriormente se aplicó una prueba de χ^2 para evaluar asociación entre las variables soporte social, depresión y estado socioeconómico con las variables clínicas de retención, estabilidad y defectos.



6.9 Consideraciones éticas

Basado en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, el título II (de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos) artículo 17, este proyecto no representó riesgo para ninguno de los participantes por lo que no se solicitó la firma de la carta de consentimiento válidamente informado.

7.0 Recursos materiales y humanos.

Materiales:

- 119 formatos de encuesta
- 3 cajas de guantes
- 119 cubrebocas
- 20 espejos para la exploración clínica

Humanos:

- 1 examinador previamente estandarizado.



VII. RESULTADOS

Se entrevistó un total de 119 personas, con una media de edad general de hombres y mujeres de 68.5 ± 4.53 de los cuales el 38.7% fueron hombres y el 61.3% fueron mujeres. Se observó diferencia estadística de acuerdo al sexo ($\chi^2 = 6.126$ $p = .013$). Tabla 1

En cuanto a quien es el principal proveedor económico del hogar, 41.2% respondieron que eran ellos mismos ($\chi^2 = 9.325$ $p = .009$). Se observó diferencia estadística de acuerdo al proveedor familiar. En cuanto a la escolaridad, el mayor porcentaje tenía estudios de primaria completa. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la escolaridad del proveedor ($\chi^2 = 56.714$ $p < .001$). Tabla 1



Tabla 1. Distribución de la población por variables sociodemográficas.

Sexo	n	%
Femenino	73	61.3
Masculino	46	38.7
Total	119	100.0
$\chi^2 = 6.126$ $p = .013$		
Proveedor		
Usted	49	41.2
Espos(a)	46	38.7
Hijos	24	20.2
Total	119	100.0
$\chi^2 = 9.325$ $p = .009$		
Escolaridad del proveedor		
No estudio	5	4.2
Primaria incompleta	12	10.1
Primaria completa	35	29.4
Secundaria completa	5	4.2
Secundaria completa	13	10.9
Carrera técnica	10	8.4
Preparatoria incompleta	8	6.7
Licenciatura incompleta	13	10.9
Licenciatura completa	11	9.2
Diplomado o maestría	7	5.9
Total	119	100.0
$\chi^2 = 56.714$ $p < .001$		
Fuente: Directa		

En lo referente a la atención dental en los últimos doce meses, un 13.4% si acudió a algún tipo de servicio dental mientras que un 52.9% no acudió al dentista y un 33.6% refirió no acordarse. Entre los entrevistados que asistieron y los que no asistieron si hay una diferencia considerable que resultó estadísticamente significativa ($\chi^2 = 27.849$ $p < .001$). Tabla 2



En cuanto al principal motivo de consulta de los entrevistados era sólo para una revisión dental con un 90.8%. Se observó diferencia estadística de acuerdo al motivo de atención ($\chi^2= 274.380$ $p<.001$). Tabla 2

Tabla 2. Distribución de la población por variables de atención médica.

Atención dental último año	n	%
Si	16	13.4
No	63	52.9
No responde	40	33.6
Total	119	100.0
$\chi^2= 27.849$ $p<.001$		
Motivo de última consulta		
Revisión	108	90.8
Dolor dental	4	3.4
Elaboración de algún puente o dentadura	2	1.7
Reparación de puente o dentadura	5	4.2
Total	119	100.0
$\chi^2= 274.380$ $p<.001$		
Fuente: Directa		

En lo referente al tiempo que llevan utilizando sus prótesis se clasificaron tres categorías de 1-11 años, 12-23 años, 24-32 años, el que sobresale es de 1-11 años con 68.9%. Se observó diferencia estadística de acuerdo al número de años utilizando la prótesis ($\chi^2= 27.697$ $p<.001$). Tabla 3



En cuanto a la higiene de la prótesis por día, se encontró que un 48.7% si limpia sus prótesis y un 47.9% no las limpia ($\chi^2= 132.555$ $p<.001$). Dentro de las personas entrevistados que si limpian su prótesis lo hacen con pasta y cepillo en un 90.8% ($\chi^2= 274.580$ $p<.001$), observándose diferencia estadística significativa en ambos casos. Tabla 3

En cuanto al uso de prótesis por la noche, un 47.9% indico retirársela ya que al empezar a recibir el tratamiento les fue indicado, sin embargo un 41.2% reporto dejársela en boca, pues refirieron no sentirse cómodos ($\chi^2= 27.697$ $p<.001$). Se observó diferencia estadística de acuerdo al uso de prótesis durante la noche. Los pacientes que se retiran la prótesis para dormir refirieron guardarla en un vaso con agua con un 47.9% ($\chi^2= 274.380$ $p<.001$). Tabla3.



Tabla 3. Distribución de la población por variables de cuidado y limpieza de la prótesis.

Tiempo usando prótesis	n	%
1-11 años	82	68.9
12-23 años	30	25.2
24-32 años	7	5.9
Total	119	100.0
$\chi^2= 27.697$ p<.001		
Limpieza de prótesis		
Si	58	48.7
No	57	47.9
A veces	4	3.4
Total	119	100.0
$\chi^2= 132.555$ p<.001		
Higiene de la prótesis		
Pasta dental y cepillo	108	90.8
Detergente	4	3.4
Sólo con agua	2	1.7
Limpiadores especiales	5	4.2
Total	119	100.0
$\chi^2= 274.580$ p<.001		
Duerme con prótesis		
Si	57	47.9
No	49	41.2
A veces	13	10.9
Total	119	100.0
$\chi^2= 27.697$ p<.001		
Donde guarda su prótesis		
En el cajón	3	2.5
En un vaso de agua	57	47.9
En una servilleta	4	3.4
No aplica	55	46.2
Total	119	100.0
$\chi^2= 274.380$ p<.001		
Fuente: Directa		



En cuanto al estado socioeconómico, el nivel que predomina entre los pacientes entrevistados es el nivel medio con el 69.7% y sólo un 10% corresponden a un nivel alto. Se observó diferencia estadística en cuanto al estado socioeconómico ($\chi^2= 72.824$ $p<.001$). Tabla 4

De acuerdo al soporte social, se encontró que el 74.8% de los entrevistados cuentan con un nivel medio de soporte social mientras un 8.4 tiene un nivel bajo. Se observó diferencia estadística en cuanto al nivel de soporte social ($\chi^2= 93.294$ $p<.001$). Tabla 4

Tabla 4. Distribución de la población por nivel socioeconómico de acuerdo a la clasificación del índice AMAI 10X6.

Clasificación de nivel socioeconómico		
Bajo	24	20.2
Medio	83	69.7
Alto	12	10.1
Total	119	100
$\chi^2= 72.824$ $p<.001$		
Clasificación de soporte social		
Bajo soporte social	10	8.4
Medio soporte social	89	74.8
Alto soporte social	20	16.8
Total	119	100
$\chi^2= 93.294$ $p<.001$		
Fuente: Directa		

De acuerdo al nivel socioeconómico y la retención de la prótesis superior el 75.7% de los entrevistados su prótesis presentan buena retención y el 65.8% una mala retención ambos pertenecen a la clase media. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la retención de la prótesis por nivel socioeconómico ($\chi^2= 1.211$ $p<=.546$). Tabla 5



En cuanto a la prótesis inferior el 83.3% de los entrevistados tiene buena retención y corresponden a la clase media. Se observó diferencia estadística significativa de acuerdo a la retención de las prótesis inferiores por nivel socioeconómico ($\chi^2= 8.333$ $p=.016$). Tabla 5

Tabla 5. Relación del nivel socioeconómico con la retención.

Nivel Socioeconómico	Retención Superior					
	Buena		Mala		Total	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	6	16.2	18	24.7	24	21.8
Medio	28	75.7	48	65.8	76	69.1
Alto	3	8.1	7	9.6	10	9.1
Total	37	100	73	100	110	100
$\chi^2= 1.211$ $p=.546$						
Nivel Socioeconómico	Retención Inferior					
	Buena		Mala		Total	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	6	16.7	11	17.7	17	17.3
Medio	30	83.3	39	2.9	69	70.4
Alto	0	0	12	19.4	12	12.2
Total	36	100	62	100	98	100
$\chi^2= 8.333$ $p=.016$						
Fuente: Directa						

La relación de nivel socioeconómico con estabilidad superior reportó que aquellos 71.4% de los portadores con mala estabilidad de las prótesis superiores pertenecen a un nivel medio mientras que 65% del mismo nivel



tienen buena estabilidad. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la estabilidad superior por nivel socioeconómico ($\chi^2= 1.257$ $p=.533$).

Tabla 6

En cuanto a los entrevistados respecto a la estabilidad inferior, 82.9% con buena estabilidad corresponden a la clase media, mientras que 64.1% tienen mala estabilidad. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la estabilidad inferior por nivel socioeconómico ($\chi^2= 7.693$ $p=.021$). Tabla 6

Tabla 6. Relación del nivel socioeconómico con la estabilidad.

Nivel Socioeconómico	Estabilidad Superior					
	Buena		Mala		Total	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	11	27.5	13	18.6	24	21.8
Medio	26	65	50	71.4	76	69.1
Alto	3	7.5	7	120	10	9.1
Total	40	100	70	100	110	100
$\chi^2= 1.257$ $p=.533$						
Nivel Socioeconómico	Estabilidad Inferior					
	Buena		Mala		Total	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	6	17.1	11	17.2	17	17.2
Medio	29	82.9	41	64.1	70	70.7
Alto	0	0	12	18.8	12	12.1
Total	35	100	64	100	99	100
$\chi^2= 7.693$ $p=.021$						
Fuente: Directa						



En cuanto a los defectos en la prótesis superiores, 81.3% de las mismas presentaban algún defecto y pertenecían a la clase media. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la presencia de defectos en las prótesis superiores por estado socioeconómico ($\chi^2= 6.204$ $p=.045$). Tabla 7

De acuerdo a los datos obtenidos para los defectos en la prótesis inferiores se encontró que un 81.3% si tenían defectos perteneciendo a la clase media, mientras que 18.8% de prótesis con defectos pertenecen a un nivel socioeconómico alto. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la presencia de defectos en las prótesis inferiores por nivel socioeconómico ($\chi^2= 4.540$ $p=.103$).Tabla 7



Tabla 7. Relación del nivel socioeconómico con defectos presentes en las prótesis.

Nivel Socioeconómico	Defectos Superior					
	No		Si		Total	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	23	25	0	0	23	21.3
Medio	62	67.4	13	81.3	75	69.4
Alto	7	7.6	3	18.8	10	9.3
Total	92	100	16	100	108	100
$\chi^2 = 6.204$ $p = .045$						
Nivel Socioeconómico	Defectos Inferior					
	No		Si		Total	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	17	20.7	0	0	17	17.3
Medio	57	69.5	13	81.3	70	71.4
Alto	8	9.8	3	18.8	11	11.2
Total	82	100	16	100	98	100
$\chi^2 = 4.540$ $p = .103$						
Fuente: Directa						

Respecto a la relación de soporte social y retención, dio como resultado que un 82.2% ($\chi^2 = 16.701$ $p < .001$) en la prótesis superior y un 85.5% ($\chi^2 = 13.293$ $p < .001$) en la prótesis inferior su retención es mala y pertenecen a un soporte social de nivel medio. Tabla 8



Tabla 8. Relación de soporte social con retención de las prótesis totales.

Soporte Social	Retención Superior					
	Buena		Mala		Total	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	0	0	7	96	7	6.4
Medio	23	62.2	60	82.2	83	75.5
Alto	14	37.8	6	8.2	20	18.2
Total	37	100	73	100	110	110
$\chi^2 = 16.701$ p<.001						
Soporte Social	Retención Inferior					
	Buena		Mala		Total	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	3	8.3	3	4.8	6	6.1
Medio	19	52.8	53	85.5	72	73.5
Alto	14	38.9	6	9.7	20	20.4
Total	36	100	62	100	98	100
$\chi^2 = 13.293$ p<.001						
Fuente: Directa						

Respecto al soporte social y su relación con la estabilidad el 81.4% en superior y 85.9% en inferior pertenecen al nivel medio de soporte social y presentan una mala estabilidad. Se observó diferencia estadística significativa de acuerdo a la distribución de la estabilidad por soporte social ($\chi^2 = 14.689$ p<.001) y ($\chi^2 = 14.722$ p<.001). Tabla 9



Tabla 9. Relación de soporte social con estabilidad de las prótesis totales.

Soporte Social	Estabilidad Superior					
	Buena		Mala		Total	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	0	0	7	10	7	6.4
Medio	26	65	57	81.4	83	75.5
Alto	14	35	6	8.6	20	18.2
Total	40	100	70	100	110	100
$\chi^2 = 14.689$ p<.001						
Soporte Social	Estabilidad Inferior					
	Buena		Mala		Total	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	3	8.6	3	4.7	6	6.1
Medio	18	51.4	55	85.9	73	73.7
Alto	14	40	6	9.4	20	20.2
Total	35	100	64	100	99	100
$\chi^2 = 14.722$ p<.001						
Fuente: Directa						

En cuanto a los defectos de las prótesis en relación al soporte social se encontró que en superior el 77.2% mientras que en las prótesis inferiores este porcentaje corresponde a 76.8% y ambos pertenecen al nivel medio de soporte social. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la presencia de defectos por nivel de soporte social tanto en superior como en inferior respectivamente ($\chi^2 = 2.037$ p=.361) y ($\chi^2 = 3.143$ p= .208). Tabla 10.



Tabla 10. Relación de soporte social con defectos presentes en las prótesis totales.

Soporte Social	Defectos Superior					
	Si		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	6	6.5	1	6.3	7	6.5
Medio	71	77.2	10	62.5	81	75
Alto	15	16.3	5	31.3	20	18.5
Total	92	100	16	100	108	100
$\chi^2 = 2.037$ $p = .361$						
Soporte Social	Defectos Inferior					
	Si		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	4	4.9	2	12.5	6	6.1
Medio	63	76.8	9	56.3	72	73.5
Alto	15	18.3	5	31.3	20	20.4
Total	82	100	16	100	98	100
$\chi^2 = 3.143$ $p = .208$						
Fuente: Directa						

De acuerdo a la clasificación CES-D se encontró que la mayoría de la población estudiada no tiene síntomas depresivos en un 87.4% y un 12.6% tienen depresión mayor. Se observó diferencia estadística significativa de acuerdo a la presencia de sintomatología depresiva mayor ($\chi^2 = 66.56$ $p < .001$). Tabla 11



Tabla 11. Distribución de la población por niveles de síntomas depresivos.

CES-D		
	n	%
No depresión	104	87.4
Depresión mayor	15	12.6
Total	119	100
$\chi^2=66.56$ $p<.001$		
Fuente: Directa		

Relacionando la retención superior con los niveles de CES-D se encontró que un 60.0% de las prótesis con mala retención, corresponden a portadores con sintomatología alta depresiva, mientras que este porcentaje corresponde a 67.4% en las personas que no tienen depresión. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la retención de las prótesis superiores por la distribución de síntomas depresivos ($\chi^2= .315$ $p= .575$). Tabla 12

En cuanto a la relación que existe de la retención inferior con los niveles de CES-D resultó que el 73.3% tienen síntomas depresivos contando con una mala retención inferior en su prótesis mientras que el mismo porcentaje correspondió a 61.4 en las personas sin sintomatología depresiva. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la retención de las prótesis inferiores por la sintomatología depresiva ($\chi^2= .772$ $p= .379$). Tabla 12



Tabla 12. Relación del índice CES-D con la retención de las prótesis.

Retención superior	CES-D					
	No depresión		Depresión mayor		Total	
	n	%	n	%	n	%
Buena	31	32.6	6	40	37	33.6
Mala	64	67.4	9	60	73	66.4
Total	95	100	15	100	110	100
$\chi^2 = .315$ $p = .575$						
Retención inferior	CES-D					
	No depresión		Depresión mayor		Total	
	n	%	n	%	n	%
Buena	32	38.6	4	26.7	36	36.7
Mala	51	61.4	11	73.3	62	63.3
Total	83	100	15	100	98	100
$\chi^2 = .772$ $p = .379$						
Fuente: Directa						

Relacionando la estabilidad superior con los niveles de CES-D se encontró que un 60% de las prótesis con mala retención, corresponden a portadores con sintomatología alta depresiva mientras que 40% tienen una buena estabilidad. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución de estabilidad superior de las prótesis por los síntomas depresivos p ($\chi^2 = .501$ $p = .778$). Tabla 13

En cuanto a la relación que existe de la estabilidad inferior con los niveles de CES-D resultó que el 73.3% tienen síntomas depresivos altos contando con una mala estabilidad inferior en su prótesis, mientras que este porcentaje



corresponde a 63.1 en aquellos individuos sin sintomatología depresiva, sin embargo, no se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución de estabilidad superior por sintomatología depresiva ($\chi^2 = .099$ $p = .753$). Tabla 13

Tabla 13. Relación del índice CES-D con la estabilidad de las prótesis.

Estabilidad superior	CES-D					
	No depresión		Depresión mayor		Total	
	n	%	n	%	n	%
Buena	34	35.8	6	40	40	36.4
Mala	61	64.2	9	60	70	63.6
Total	95	100	15	100	110	100
$\chi^2 = .099$ $p = .753$						
Estabilidad Inferior	CES-D					
	No depresión		Depresión mayor		Total	
	n	%	n	%	n	%
Buena	31	36.9	4	26.7	35	35.4
Mala	53	63.1	11	73.3	64	64.6
Total	84	100	15	100	99	100
$\chi^2 = .584$ $p = .445$						
Fuente: Directa						

Relacionando los defectos de las prótesis superiores con los niveles de CES-D se encontró que un 86% de la población estudiada no tienen síntomas depresivos y si tienen defectos en la prótesis superior, mientras que 80% de las personas con sintomatología depresiva mayor también presentan defectos en su prótesis. No se observó diferencia estadística significativa en



cuanto a la presencia de defectos en las prótesis superiores por sintomatología depresiva ($\chi^2 = .371$ $p = .542$). Tabla 14

En cuanto a la relación que existe entre los defectos de la prótesis inferior con los niveles de CES-D resultó que el 84.3% no tienen síntomas depresivos y si tienen defectos en la prótesis inferior, mientras que este porcentaje correspondió a 80% en las personas con sintomatología depresiva mayor. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la presencia de defectos en las prótesis inferiores por sintomatología depresiva ($\chi^2 = .175$ $p = .676$). Tabla 14

Tabla 14. Relación del índice CES-D con los defectos de las prótesis.

Defectos superior	CES-D					
	No depresión		Depresión mayor		Total	
	n	%	n	%	n	%
Si	80	86	12	80	92	85.2
No	13	14	3	20	16	14.8
Total	93	100	15	100	108	100
$\chi^2 = .371$ $p = .542$						
Defectos inferior	CES-D					
	No depresión		Depresión mayor		Total	
	n	%	n	%	n	%
Si	70	84.3	12	80	82	83.7
No	13	15.7	3	20	16	16.3
Total	83	100	15	100	98	100
$\chi^2 = .175$ $p = .676$						
Fuente: Directa						



VIII. DISCUSIÓN

Actualmente existe un constante crecimiento en la población de adultos mayores por lo que se requiere cubrir los servicios que necesitan. Se ha descrito que los adultos mayores deprimidos que cuentan con el apoyo de familia y amigos pueden tener una mejor expectativa en su calidad de vida.

Restrepo²⁶ en su artículo, nos dice como los adultos mayores que conviven con su familia y amigos tienden a tener un nivel mental y emocional más alto que aquellos que viven solos. En cuanto al autor Vega Angarita¹³ se refiere a que en niveles bajos de soporte social están proporcionalmente relacionados con alteraciones en la cavidad bucal y falta de interés en su higiene. En cuanto a los resultados del presente trabajo, se observó que la mayoría de la población entrevistada tiene un nivel medio soporte social por lo que no se observó una alta prevalencia de síntomas depresivos, ya que la prevalencia general de sintomatología depresiva alta, sólo se encontró un 12.6%, sin embargo hay que considerar que las características de la muestra son muy limitadas, pues se trata de una población de pacientes no cautivos, que tienen convivencia con otros sectores de la población, además, en un contexto de atención institucional, difícilmente se pueden encontrar situaciones de deterioro extremo de salud bucal y general.

Friedlander^{16,17} en su artículo dice que individuos que presentan algún grado de depresión presentan descuido de la higiene oral lo cual puede tener efectos significativos en la adaptación a las prótesis totales, llevando a una rehabilitación protésica sin el éxito deseado debido a la actitud negativa que podría presentar el paciente debido a su condición bucal, sin embargo, en el presente estudio no pudimos corroborar diferencias estadísticas significativas en cuanto a la distribución de problemas de retención, estabilidad y



funcionalidad de las prótesis. Además, es importante señalar que a pesar de que habitualmente la funcionalidad de las dentaduras se ha medido utilizando los criterios de retención y estabilidad, son dos variables de carácter muy subjetivo, lo cual podría reflejarse en la falta de asociaciones estadísticas, esto es congruente con lo mencionado por Kazunori Ikebe²⁷ que prefirió el uso del desempeño masticatorio en personas adultas mayores para evaluar funcionalidad porque tiene una mayor validez.

En el presente estudio, se observa una asociación importante entre el nivel socioeconómico y la retención y estabilidad de las prótesis inferiores, siendo estas las que mayores problemas presentaron y esto es congruente con lo mencionado por Buket²⁸ donde reportó que los adultos mayores que usan prótesis totales tienen limitaciones en sus ingresos.

Cabe mencionar que el presente estudio es un intento por relacionar los síntomas depresivos en adultos mayores con la funcionalidad de las prótesis, sin embargo, es un proceso complejo, de entrada si planteamos la direccionalidad de la asociación, es decir, es posible que los problemas depresivos lleven a un descuido general y bucal, sin embargo también es factible que ocurra la dirección contraria, esto es que los problemas bucales, lleven a un estado depresivo al afectar la calidad de vida como lo menciona Castrejón¹⁵ al afirmar que el edentulismo y el uso de dentaduras mal adaptadas han mostrado un impacto negativo en la calidad de vida, mostrando deficiencias en la masticación, comunicación y en la socialización con el medio que lo rodea provocando falta de compromiso en su aspecto físico, aislamiento, cambios en su estado de ánimo. Esto puede ser observado en los resultados que obtuvimos ya que en la mayoría de los casos de pacientes entrevistados tienen algún problema en la funcionalidad de sus prótesis ya sea en retención, estabilidad y defectos.



Se debe clarificar, que los problemas funcionales de las prótesis, pueden deberse también a una serie de factores relacionados a su manufactura, sin embargo, estos no pudieron ser evaluados durante el estudio, puesto que los pacientes fueron revisados durante su horario de atención en clínica, lo que afectó de manera relevante el tiempo requerido para la toma de dichas variables, sin embargo, no deja de ser importante continuar con el estudio de aquellas variables sociales y psicológicas que pueden influir en la salud. Es muy parecido a lo que refiere Friedlander¹⁷ en otro de sus artículos nos dice que pacientes con depresión tendrán efectos significativos en la adaptación de sus prótesis debido a que no tienen una buena actitud lo que se ve reflejado en la salud oral.



IX. CONCLUSIONES

No se observó asociación entre los síntomas depresivos con la funcionalidad de las prótesis.

El 12.6% de la población estudiada presentó sintomatología depresiva alta durante las dos semanas previas, probablemente este porcentaje es mayor en otras poblaciones.

Existe asociación entre el nivel socioeconómico y los criterios de retención y estabilidad en las prótesis inferiores, y con los defectos de las prótesis superiores.

De acuerdo a lo esperado, se observó una asociación entre el soporte social y la funcionalidad de las prótesis totales en todos los criterios excepto en defectos.

Es necesario mejorar el presente estudio, incluyendo variables clínicas relacionadas a la funcionalidad de las prótesis como tamaño y forma del reborde residual, la manufactura de las prótesis y todas aquellas que pudieran relacionarse.

El presente estudio sin embargo, es un intento por ahondar en el área social y de comportamiento que ayude a esclarecer el papel de estas variables en el estado de salud bucal de los individuos.



X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz Y; Martell I; Zamora JD. Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. *Rev Cubana Estomatol.* 2007 Sep 2013; 44(3); 74-84.
2. Camacho ER. Programa de envejecimiento activo. Instituto de Geriátria, 1ª edición. México 2010; 69-83.
3. Reyes CA: Envejecimiento Normal. *Rev. Estom.* Cali 2003 (Colombia) 3(1) 1-64.
4. Fuente HJ, Sumano MO, Sifuentes VMC, Zelocuatecatl AA. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Univ Odontol* 2010; 29(63): 83-92.
5. Levy B. Disease-related changes in older adults. *Geriatric dentistry: aging and oral health.* Eds. Papas A, Niessen L y Chauncevy. 1991, pp 83-102.
6. Dorantes G, Ávila JA, Mejía S, Gutiérrez LM. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Rev Panam Salud Publica.* 2007;22(1):1–11.
7. Ávila JA, Pierre M, Aguilar S. Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México, *Rev Panam Salud Pública/ Pan Am J. Public Health* 2006; 19(5).
8. Esquivel RI, Jiménez J. Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal. *Revista ADM* 2012; LXIX: 69-75.



9. Carrera R, Carmona M, Jiménez Z, Alfaro X. Cambios Bucales en el adulto mayor. *Revista Cubana de Estomatología*, 2007: 44 (4);107-115.
10. Wayler AH. Impact of complete dentures and impaired natural dentition and masticatory performance and food choice in health aging men. *J. Prosthetic Dentistry* 1983, 49(3); pp 427-433.
11. Oliveira E, Martinez EM, Falcón RM, Freitas AC. Prótesis dental en el paciente anciano, aspectos relevantes. *Revista Estomatológica Herediana*; Lima 2007: 17(1); 22-46.
12. García B, Benet M, Castillo EE. Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor. *Revista Científica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*. 8 (1); 287-299.
13. Vega OM, González DS. Apoyo social: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*. 2009: 16(1): 1-11.
14. Locker D, et al." Oral health related quality of life on a population of medically compromised elderly people". *Community Dent Health*, Jun., 2002;19 (2) pp.: 90-97.
15. Castrejón R. salud bucal en los adultos mayores y su impacto en la calidad de vida. Instituto de Geriátría, 1ª edición. México 2010; 46-50.



16. Friedlander AH, Norman DC. "Late life depression: its oral health significance" *Int Dent J.* 2003. Feb; 53(1): 41-50.
17. Friedlander AH, Norman DC "Late-life Depression: Psychopathology, medical interventions and dental implications" *Oral Surg Oral Med Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 94(4): 404-12.
18. Friedlander AH, Norman DC. "Late life depression: its oral health significance" *Int Dent J.* 2003. Feb; 53(1): 41-50.
19. Instituto de Geriátría. *Perspectivas para el desarrollo de la investigación sobre el envejecimiento y la gerontología en México.* 1ª edición, México 2010; 46-47.
20. Instituto de Geriátría. *Envejecimiento humano una visión transdisciplinaria.* Red temática, envejecimiento, salud y desarrollo social. 1ª edición, México 2010; 110-115.
21. Instituto de Geriátría. *Aspectos moleculares del envejecimiento.* 1ª edición, México 2010; 10-11.
22. Índice AMAI INEGI. Consultada en febrero del 2013. Disponible en: <http://www.amai.org/NSE/CUESTIONARIO REGLA AMAI NSE 10X6.pdf>
23. Zimet G *The Multidimensional Scale of Perceived Social Support.* *Journal of Personality Assessment.* 1988; 52(1): 30-41.



24. Ettinger RL, Jakobsen JR: A comparison of patient satisfaction and dentist evaluation of overdenture therapy. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25: 223-227.
25. Reyes M, Soto A, G. Milla J, García A, Hubard L. Actualización de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (ces-d). estudio piloto en una muestra geriátrica mexicana. *Salud Mental*, febrero 2003; 26(1); 20-36.
26. Restrepo SL, Morales RM, Ramírez MC, López MV, Varela LE. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en la salud. *Revista Chilena de Nutrición*. 2006; 33(3); 500-510.
27. Kazunori K, Takashi TN. Dental status and satisfaction with oral function in a sample of community-dwelling elderly people in Japan. *Spec Care Dentist*. 22(1);33-40.
28. Buket AE, Takashi TN. Dental status and satisfaction with oral function in a sample of community-dwelling elderly people in Japan. *Spec Care Dentist*. 22(1);252-257.



ANEXOS

ANEXO 1

Índice AMAI 10X6. Mide el nivel socioeconómico, consta de 10 preguntas

1. ¿Cuál es el total de cuartos, piezas o habitaciones con que cuenta su hogar?, por favor no incluya baños, medios baños, pasillos, patios y zotehuelas. (Si el entrevistado pregunta específicamente si cierto tipo de pieza pueda incluirla o no, debe consultarse la referencia que se anexa)

()

2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar?

()

3. ¿En hogar cuenta con regadera funcionando en alguno de los baños? ()

1. No tiene

2. Si tiene

4. Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿cuántos focos tiene su vivienda?

()

5. ¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra, o de cemento, o de algún otro tipo de acabado?

1. Tierra o cemento (firme de) ()

2. Otro tipo de material o acabo

6. ¿Cuántos automóviles propios, excluyendo taxis, tienen en su hogar? ()

7. ¿Cuántas televisiones a color funcionando tienen en este hogar? ()



8. ¿Cuántas computadoras personales, ya sea de escritorio o lap top, tiene funcionando en este hogar? ()

9. ¿En este hogar cuentan con estufa de gas o eléctrica? ()

1. No tiene

2. Si tiene

10. ¿Quién es el principal proveedor en casa y cuál es su escolaridad? ()

1. No estudio

2. Primaria incompleta

3. Primaria completa

4. Secundaria incompleta

5. Secundaria completa

6. Carrera comercial

7. Carrera técnica

8. Preparatoria incompleta

9. Preparatoria completa

10. Licenciatura incompleta

11. Licenciatura completa

12. Diplomado o Maestría

13. Doctorado

14. No Sabe /no contesto



ANEXO 2

Escala Multidimensional de Apoyo Social percibido(Zimet, Dahlem, Zimet&Farley, 1988).

La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, está compuesta por doce preguntas, las cuales recolectan información del apoyo social percibido por los; consta de 3 subescalas: familia, otros significativos y amigos. Su escala de respuesta va desde: 1 Muy en desacuerdo a 7 muy de acuerdo.



Preguntas	Completament e en desacuerdo	Bastante en desacuerd o	En desacuerd o	Neutr o	De acuerd o	Bastant e de acuerdo	Completament e de acuerdo
20. Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar.							
21. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar.							
22. Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme.							
23. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero.							
24. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito.							
25. Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme.							
26. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.							
27. Puedo conversar de mis problemas con mi familia.							
28. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos							
29. Hay una persona que se interesa por lo que yo siento.							
30. Mi familia me ayuda a tomar decisiones							
31. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos.							



ANEXO 3

ESCALA CES-D

Dicha escala mide signos o señales que nos indican la posibilidad de existencia de alguna enfermedad como puede ser la depresión. Se mide con el Índice CES-D validada en México, consta de 35 preguntas que evalúan síntomas depresivos en los pacientes en dos semanas anteriores al día que se aplica la encuesta. Se registran como: Escasamente 0-1 día, algo 1-2 días, ocasionalmente 3-4 días, la mayoría 5-9 días y casi diario 10-14 días.



DURANTE CUANTOS DÍAS	Escasamente 0-1 día	Algo 1-2 días	Ocasionalmente 3-4 días	La mayoría 5-9 días	Casi diario 10- 14 días
1. Tenía poco apetito					
2. No podía quitarse la tristeza					
3. Tenía dificultad para poner su mente en lo que estaba haciendo					
4. Se sentía deprimido(a)					
5. Dormía sin descansar					
6. Se sentía triste					
7. No podía seguir adelante					
8. Nada le hacía feliz					
9. Sentía que era una mala persona					
10. Había perdido interés en sus actividades diarias					
11. Dormía más de lo habitual					
12. Sentía que se movía muy lento					
13. Se sentía agitado(a)					
14. Sentía deseos de estar muerto(a)					
15. Quería hacerse daño					
16. Se sentía cansado(a) todo el tiempo					
17. Estaba a disgusto consigo mismo(a)					
18. Perdió peso sin intentarlo					
19. Le costaba mucho trabajo dormir					
20. Era difícil concentrarse en las cosas importantes					
21. Se molesto por cosas que usualmente no le molestaban					
22. Sentía que era tan bueno(a) como otra gente					
23. Sintió que todo lo que hacía era con su esfuerzo					
24. Se sentía esperanzado(a) hacia el futuro					
25. Pensó que su vida ha sido un fracaso					
26. Se sentía temeroso(a)					
27. Se sentía feliz					
28. Hablo menos de lo usual					
29. Se sentía sólo (a)					
30. Las personas eran poco amigables					
31. Disfruto de la vida					
32. Tenía ataques de llanto					
33. Se divirtió mucho					
34. Sentía que iba a darse por vencido(a)					
35. Sentía que le desagradaba a la gente					



ANEXO 4

Folio: _____



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Esta encuesta forma parte de un programa que se lleva a cabo en la Facultad de Odontología UNAM. Las siguientes preguntas se relacionan con datos sociodemográficos y personales. La información que proporcione será confidencial. ¡Gracias por su participación!

Instrucciones: Colocar respuesta en el paréntesis con número

Nombre: _____

Sexo: 1. Femenino 2. Masculino ()

Edad: _____

SECCIÓN I

1. ¿Cuál es el total de cuartos, piezas o habitaciones con que cuenta su hogar?, por favor no incluya baños, medios baños, pasillos, patios y zotehuelas. (Si el entrevistado pregunta específicamente si cierto tipo de pieza pueda incluirla o no, debe consultarse la referencia que se anexa) ()

2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar? ()

3. ¿En hogar cuenta con regadera funcionado en alguno de los baños? ()

1. No tiene
2. Si tiene

4. Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿cuántos focos tiene su vivienda? ()

5. ¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra, o de cemento, o de algún otro tipo de acabado?

1. Tierra o cemento (firme de) ()
2. Otro tipo de material o acabo

6. ¿Cuántos automóviles propios, excluyendo taxis, tienen en su hogar? ()



7. ¿Cuántas televisiones a color funcionando tienen en este hogar? ()
8. ¿Cuantas computadoras personales, ya sea de escritorio o lap top, tiene funcionando en este hogar? ()
9. ¿En este hogar cuentan con estufa de gas o eléctrica? ()
1. No tiene
 2. Si tiene
10. ¿Quién es el principal proveedor en casa? ()
1. Usted
 2. Esposa
 3. Hijos
11. ¿Cuál es la escolaridad del proveedor? ()
1. No estudio
 2. Primaria incompleta
 3. Primaria completa
 4. Secundaria incompleta
 5. Secundaria completa
 6. Carrera comercial
 7. Carrera técnica
 8. Preparatoria incompleta
 9. Preparatoria completa
 10. Licenciatura incompleta
 11. Licenciatura completa
 12. Diplomado o Maestría
 13. Doctorado
 14. No Sabe /no contesto

SECCIÓN II

Información sobre su higiene y cuidado dental.

12. ¿Ha recibido atención dental en los últimos 12 meses? ()
1. Si
 2. No
 3. No responde
13. ¿Cuál fue el motivo de la última consulta? ()
1. Revisión
 2. Restauración de dientes
 3. Dolor dental
 4. Dientes flojos
 5. Elaboración de algún puente



6. Reparación de puente o dentadura
7. Extracción dental
8. Dolor en la boca o en la cara
9. No responde

14. ¿Cuánto tiempo lleva utilizando sus puentes o dentaduras? (Colocar el número de años que lleve utilizándolas) ()

15. ¿Tiende a limpiar sus puentes o sus dentaduras? ()

1. Si
2. No
3. A veces

16. ¿Cuántas veces al día limpia sus puentes o dentaduras? ()

1. Una
2. Dos
3. Tres
4. Otra

17. ¿Con qué las limpia? ()

1. Pasta dental y cepillo
2. Jabón de pasta
3. Detergente
4. Bicarbonato
5. Sólo con agua
6. Limpiadores especiales

18. ¿Duerme con sus puentes o dentaduras puestas? ()

1. Si
2. No
3. A veces
4. No aplica

19. En caso de no dormir con su dentadura ¿Dónde las guarda cuando no están en su boca? ()

1. En el cajón
2. En un vaso de agua
3. En una servilleta
4. No aplica



SECCIÓN III

Escala Multidimensional de Apoyo Social percibido (Zimet, Dahlem, Zimet&Farley, 1988)

Lea los siguientes enunciados e indique una respuesta, coloque una X en el recuadro que haya seleccionado, sólo puede haber una respuesta por enunciado.

Preguntas	Completament e en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	En desacuerdo	Neutr o	De acuerdo	Bastant e de acuerdo	Completament e de acuerdo
20. Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar.							
21. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar.							
22. Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme.							
23. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero.							
24. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito.							
25. Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme.							
26. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.							
27. Puedo conversar de mis problemas con mi familia.							
28. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos							
29. Hay una persona que se interesa por lo que yo siento.							
30. Mi familia me ayuda a tomar decisiones							
31. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos.							



SECCIÓN IV

Examen Clínico

32. Usa de prótesis ()

1. Si
2. No

33. Su prótesis total es ()

1. Superior
2. Inferior
3. Ambas

34. Su prótesis parcial es ()

1. Superior
2. Inferior
3. Ambas

SECCIÓN V

Prueba de retención y estabilidad (en prótesis total) SUPERIOR INFERIOR

33. Retención () ()

1. Buen sellado
2. Algún movimiento pero funcionalmente adecuada
3. Movimiento

34. Estabilidad () ()

1. Sin movimiento
2. Algún movimiento pero funcionalmente adecuada
3. Movimiento

35. Defectos () ()

1. Si
2. No



SECCIÓN VI. Versión revisada del CES-D utilizada en el presente estudio. Las preguntas en negritas corresponden a innovaciones introducidas al instrumento.

DURANTE CUANTOS DÍAS	Escasamente 0-1 día	Algo 1-2 días	Ocasionalmente 3-4 días	La mayoría 5-9 días	Casi diario 10- 14 días
36. Tenía poco apetito					
37. No podía quitarse la tristeza					
38. Tenía dificultad para poner su mente en lo que estaba haciendo					
39. Se sentía deprimido(a)					
40. Dormía sin descansar					
41. Se sentía triste					
42. No podía seguir adelante					
43. Nada le hacía feliz					
44. Sentía que era una mala persona					
45. Había perdido interés en sus actividades diarias					
46. Dormía más de lo habitual					
47. Sentía que se movía muy lento					
48. Se sentía agitado(a)					
49. Sentía deseos de estar muerto(a)					
50. Quería hacerse daño					
51. Se sentía cansado(a) todo el tiempo					
52. Estaba a disgusto consigo mismo(a)					
53. Perdió peso sin intentarlo					
54. Le costaba mucho trabajo dormir					
55. Era difícil concentrarse en las cosas importantes					
56. Se molesto por cosas que usualmente no le molestaban					
57. Sentía que era tan bueno(a) como otra gente					
58. Sintió que todo lo que hacía era con su esfuerzo					
59. Se sentía esperanzado(a) hacia el futuro					
60. Pensó que su vida ha sido un fracaso					
61. Se sentía temeroso(a)					
62. Se sentía feliz					
63. Hablo menos de lo usual					
64. Se sentía sólo (a)					
65. Las personas eran poco amigables					
66. Disfruto de la vida					
67. Tenía ataques de llanto					
68. Se divirtió mucho					
69. Sentía que iba a darse por vencido(a)					
70. Sentía que le desagradaba a la gente					