



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE
EDÉNTULO PARCIAL Y TOTAL EN LA
REHABILITACIÓN PROTÉSICA.**

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:

JOANA PAMELA ARRIAGA BUSTOS

TUTORA: Esp. MARÍA DE LOURDES MENDOZA UGALDE

ASESORA: Dra. KATIA JARQUÍN YAÑEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



A la Universidad Nacional Autónoma de México por sentirme muy orgullosa de poder pertenecer a la máxima casa de estudios.

Agradezco a Dios por la vida que me ha dado y por permitirme llegar a este día.

A mis padres, por su amor y apoyo incondicional, por impulsar mi carrera en todo momento y por ser mi mayor ejemplo a seguir.

A mi hermano, por su amor, por creer en mí y siempre estar a mi lado.

A mi tutora, Esp. María de Lourdes Mendoza Ugalde por brindarme su apoyo, por compartirme su gran sabiduría en este trabajo y su enorme paciencia.

A mi asesora, Dra. Katia Jarquín Yañez por brindarme su tiempo y dedicación en todo momento.

Al Dr. José Antonio García Gómez por enseñarme a amar la Odontología.

"Por mi raza hablará el espíritu"



ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	4
II. ANTECEDENTES.....	7
2.1 Fisiopatología del paciente edéntulo parcial y total	8
2.1.1 Características físicas y anatómicas.....	9
2.1.2 Consecuencias biomecánicas.....	15
2.2 Clasificación del paciente geriátrico	16
2.3 Aspectos psicológicos	16
2.3.1 Trastornos psicológicos.....	17
2.3.2 Clasificación de Millus M. House.....	24
2.3.3 Clasificación de Levin.....	25
2.3.4 Clasificación de Chamberlain y colaboradores.....	26
2.4 Determinantes para el diseño de prótesis dentales parciales y totales	27
2.4.1 Sin defectos intraorales.....	27
2.4.2 Con defectos intraorales.....	31
2.5 Calidad de vida en pacientes portadores de prótesis dentales parciales y totales.....	32
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	36
IV. JUSTIFICACIÓN.....	37
V. OBJETIVOS.....	38
5.1 General.....	38
5.2 Específicos	38
VII. MATERIAL Y MÉTODO.....	39
VIII. RESULTADOS.....	42
IX. DISCUSIÓN.....	49
X. CONCLUSIONES.....	51
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
ANEXO 1.....	57
ANEXO 2.....	58
ANEXO 3.....	59



I. INTRODUCCIÓN

La definición del concepto de *salud oral* dada por la OMS, se define como "el bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado de la dentición, así como los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal.

El interés por la salud bucodental en los adultos mayores se ha centrado principalmente en la repercusión que tiene en su estado nutricional y en menor grado en los aspectos psicosociales.

En los últimos años las expectativas de vida han aumentado significativamente, lo que ha ocasionado que existan más problemas de salud debido a que los adultos mayores cada vez son más, además de los efectos de envejecimiento, que en algunos casos llevan a la pérdida de la funcionalidad. Esto conlleva a una mayor vulnerabilidad, dependencia e incapacidad.

Las enfermedades bucodentales influyen en los efectos psicológicos, afectando diversos aspectos cotidianos, como la función masticatoria, la apariencia física, las relaciones interpersonales e incluso las oportunidades de trabajo. Es así que podemos definir que los aspectos psicológicos bucodentales derivan de la autopercepción que tiene el individuo respecto a su estado de salud oral en relación con su vida diaria al masticar, al relacionarse con otras personas, además de cumplir con su satisfacción estética.



Una de las consecuencias de la deficiencia de salud bucodental es la pérdida de los dientes naturales que puede limitar la gama de alimentos consumibles, por lo que los individuos consumen de preferencia alimentos suaves y eliminan de su dieta los que son difíciles de masticar, lo que se traduce en una alimentación deficiente, debido a que los alimentos que se evitan con mayor frecuencia son ricos en proteínas y fibra, repercutiendo no solo en su buen estado nutricional, sino en su autoestima y comunicación interpersonal, esto último por alteraciones de la fonación, además de la seguridad en sí mismos (comodidad).

Por eso, los profesionales de la salud bucodental buscan devolver la funcionalidad y la estética a partir de la rehabilitación protésica, sin embargo, si estas tienen un ajuste pobre, son inestables o incómodas, afectan su calidad de vida.

Por diversas razones, la pérdida de dientes representa un suceso grave en la vida de una persona. En la mayoría, si no en todos los aspectos, la prótesis bucal no está a la altura de la dentición natural que reemplaza. Así, su uso puede tener un número de efectos deletéreos en los tejidos orales que por lo general se relacionan con los números de dientes perdidos y en consecuencia son más marcadas en los casos donde todos los dientes se han perdido y han sido reemplazados por una prótesis.

Dicha prótesis expone los tejidos de soporte a una carga no fisiológica, que se acompaña por una resorción ósea continua, por lo cual debe ser bien diseñada. De este modo pueden sobrevenir diversas reacciones patológicas de la mucosa debidas tanto a factores mecánicos como químicos e incluso microbiológicos.



Además, uno de los problemas paradójicos del uso de la prótesis es el hecho de que muchos pacientes desarrollan una sobreadaptación a las prótesis inadecuadas.

Si bien, la pérdida de dientes y el uso de prótesis bucal, no constituye solamente un problema físico, sino que también representa una carga social y psicológica severa afectando la calidad de vida del paciente y haciendo más complejo el proceso de adaptación protésica; considerando la influencia de los medios informativos muy marcada actualmente en los pacientes.



II. ANTECEDENTES

Los dientes a través de los años han reflejado un simbolismo de gran importancia al que atribuyen un poder mágico y protector que se refleja en amuletos, insignias o herramientas que se portan como emblemas dándole un cierto poder, fuerza y autoridad.

Para algunas culturas su ausencia o fractura en la boca se consideraba como decadencia, debilidad, humillación o incluso debilidad moral.

Desde la antigüedad, el hombre trató de reemplazar los faltantes de su cuerpo utilizando cualquier material que la naturaleza le brindara. En el caso de los dientes, los principales materiales de elección fueron principalmente la madera, hueso, marfil y metales. Hallazgos arqueológicos nos indican que en las culturas antiguas se utilizaban estos materiales para remediar la pérdida de los dientes.

Sería hasta la segunda década del siglo XIX cuando con la llegada de dentistas franceses y norteamericanos se empleó el uso de dentaduras completas y estos artefactos tan preciados empezarían a remediar el sufrimiento de tantos desdentados.

En 1941 el término Prótesis Total cambió por el de Prostodoncia. En esta misma época la Prostodoncia recibió un fuerte impulso gracias a los trabajos del Dr. Honorato Villa quién empezó a trabajar con el articulador New Simplex para posteriormente diseñar un articulador que mejorara todos los existentes. El maestro fue un estudioso de la anatomía dental y de la fisiología de la masticación, fue él quien descubriría la técnica para la colocación de dientes con vertientes de trabajo, oclusión y equilibrio. ¹



Adentrarnos en el pasado, saber desde cuando y porqué existe la Odontología y cómo ha ido evolucionando, nos ayudará a entender nuestro presente como cirujanos dentistas, y nos permitirá valorar la labor que tenemos cotidianamente con la profesión y con la sociedad, además de conocer nuestra historia.¹

2.1 Fisiopatología del paciente edéntulo parcial y total

Actualmente, la salud bucal en la edad adulta implica un mayor cargo de los problemas bucodentales, siendo el reflejo de los diversos factores de riesgo, como son el tabaquismo, la deficiente higiene bucal, la falta de autocuidado, no acudir a servicios dentales, entre otros, lo cual se manifiesta en la presencia de caries y enfermedad periodontal, problemas que traen como consecuencia la pérdida dental.

El tratamiento más frecuente es el reemplazo de los dientes faltantes usando prótesis removibles, que permiten a las personas recobrar la funcionalidad, la estética y la confianza en sí mismas.

Los problemas de salud bucal se pueden clasificar en dos tipos básicos: los que están relacionados en el desarrollo del individuo y los que son adquiridos con el paso del tiempo. Las condiciones de salud bucal adquiridas pueden dividirse en dos de acuerdo con su naturaleza: aquellas relacionadas con los cambios fisiológicos y las que están relacionadas con procesos infecciosos o traumatismos.

Los problemas adquiridos son aquellos que aparecen en cualquier etapa de la vida, pero tienen un efecto acumulativo a través del tiempo, un ejemplo claro de ello es la pérdida dental. Entre los problemas adquiridos primarios están la caries, la gingivitis y la periodontitis, mientras que entre los problemas



adquiridos secundarios se puede mencionar la fractura o pérdida dental, el edentulismo, el uso de prótesis no funcionales y la halitosis.²

2.1.1 Características físicas y anatómicas

Cuando los dientes se pierden y son sustituidos por prótesis bucal, pueden derivar un número de consecuencias. Los estudios clínicos y las investigaciones que se han realizado ya sea de conocimientos básicos o de carácter experimental, siguen aportando datos que hacen más comprensible la oclusión en desdentados. De tal manera, la pérdida dental total o parcial presenta una serie de características esenciales para poder comprenderla y tratarla adecuadamente:

- Cambios en las estructuras duras: pérdida de dientes y de hueso alveolar, cambios en el cóndilo mandibular y eminencia articular.
- Cambios en las estructuras blandas: pérdida de encía, pérdida del periodonto, adquisición de nueva morfología en las estructuras blandas, así como la alteración de la relación oclusal y pérdida de capacidades funcionales.³
- Caries dental

La caries es la condición infecciosa que más se presenta en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud ha estimado que su prevalencia supera 90% en la población abierta y un 98% en los grupos de mayor edad.

La caries es una enfermedad infecciosa en el que diferentes microorganismos producen ácidos que favorecen la desmineralización de la superficie dental

llegando a producir una cavitación en el esmalte produciendo daño colateral en la dentina y pulpa. Aunque la caries es una condición que parece tener bajo impacto, se le reconoce como la principal causa de pérdida dental entre los adultos mayores.⁴ Figura 1

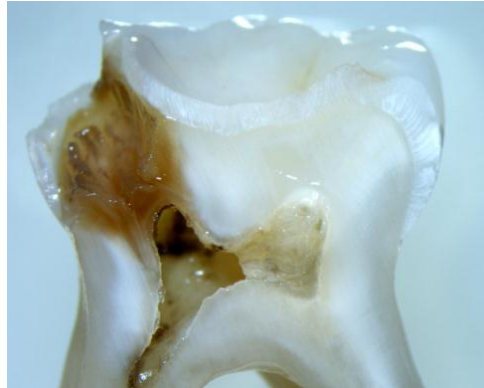


Figura 1 Caries dental extendida hasta la raíz.²

- Enfermedad periodontal

Las enfermedades periodontales son afecciones inflamatorias crónicas que se presentan en los tejidos de soporte de los dientes (encía, ligamento periodontal, hueso alveolar, cemento) entre los que destacan la gingivitis y periodontitis. La gingivitis asociada a placa dentobacteriana es una inflamación gingival que principalmente se debe a una higiene deficiente permitiendo la acumulación de la biopelícula.⁴ Figura 2



Figura 2. La placa dental es un biofilm consistente en aproximadamente unas 600 especies diferentes de bacterias incluyendo *Streptococcus mutans*.³

La periodontitis es una inflamación de los tejidos periodontales que provoca pérdida de inserción periodontal y del hueso alveolar. Se pueden identificar diferentes grados de severidad de la periodontitis considerando el grado de movilidad dental y la capacidad funcional de cada diente afectado. Así, la expresión más grave o severa de la periodontitis es la pérdida dental.^{4,6}

Figura 3



Figura 3 Enfermedad periodontal crónica con formación de bolsas periodontales y recesiones gingivales.⁵

- Edentulismo

El edentulismo es la condición en la que se han perdido todos los dientes naturales, la consecuencia final de la pérdida dental. Aunque algunas personas consideran que es una condición normal del envejecimiento, ésta es una idea errónea ya que los dientes permanentes deben acompañar a las personas durante toda la vida. Este proceso sucede como reflejo de la falta de cuidado dental al no acudir a servicios dentales y una inadecuada higiene bucal.⁴ Figura 4



Figura 4 Persona de la tercera edad con edentulismo.³

- Resorción de la estructura ósea

Cuando se pierden piezas dentarias, se origina la supresión de la estimulación normal del hueso alveolar, dando una neoformación ósea reducida.⁵

El hueso que soporta la prótesis dental tiende a reabsorberse en grado variable. La velocidad con la cual se producen los cambios es más alta inicialmente, pero la resorción continúa a lo largo de la vida (si el hueso se reabsorbe o no), es debido a la atrofia por inactividad o a la carga no fisiológica.

Sin embargo, desde el punto de vista clínico es más importante conocer que la reducción gradual de la altura de los rebordes alveolares con el tiempo causa una reducción de la dimensión vertical en pacientes portadores de prótesis, aunque con gran variación individual. Si la reducción es severa, el paciente puede llegar a tener efectos dramáticos en su fisionomía, tales como:

- Reducir perceptivamente la altura del tercio inferior de la cara e interferir con el soporte de labios y mejillas; así como cambiar la posición relativa de las prótesis en relación con el cráneo y rasgos faciales. ⁶ Figura 5



Figura 5 Resorción ósea en paciente femenino.⁵

- Lesiones de la mucosa

El uso de prótesis también tiene un número de efectos adversos sobre la mucosa. La base de una dentadura tiende a ser colonizada por microorganismos que entran en contacto estrecho y muchas veces traumático, con la mucosa, promoviendo la infección.

Una secuela frecuente es la estomatitis, que va desde condiciones reversibles relativamente menores a patologías de tipo papilares irreversibles, relacionados con frecuencia a la queilitis angular.⁸ Figura 6

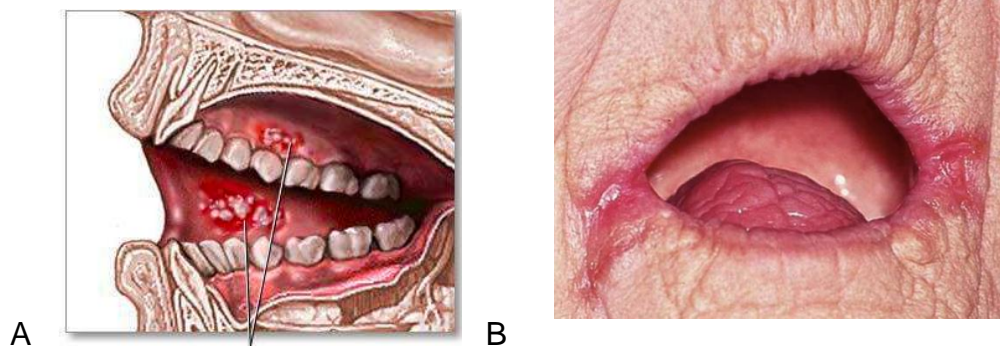


Figura 6 A) Presencia de estomatitis B) Queilitis angular en ambas comisuras.¹⁰

Otro efecto es el uso de la prótesis dental sobre la mucosa por el desarrollo de úlceras ante presión y reacciones hiperplásicas que pueden ser el resultado de la incidencia de una porción de la prótesis sobre la mucosa. Aunque esos casos se dan con frecuencia en prótesis nuevas, también pueden desarrollarse con el tiempo como consecuencia del ritmo desigual de resorción ósea en diversas áreas cubiertas por la prótesis.

Además, el riesgo por el uso de prótesis no funcionales, pueden lesionar la mucosa bucal al combinarse con agentes como el tabaco provocando el desarrollo de lesiones premalignas e incluso malignas.⁸

- Manifestaciones seniles en la mucosa bucal

Es característico en los ancianos que la atrofia de los rebordes residuales coincidan con un adelgazamiento y flacidez del epitelio de la mucosa bucal, la cual se presenta depapilada, brillante y desprendida de los planos óseos profundos y a la palpación se pone de manifiesto su gran movilidad y desplazamiento. Los músculos cutáneos de la mímica se presentan con signos de atrofia variable y se va acentuando a medida que avanza la edad mientras que el tejido muscular laxo casi ha desaparecido por debajo de la mucosa.⁹

Figura 7

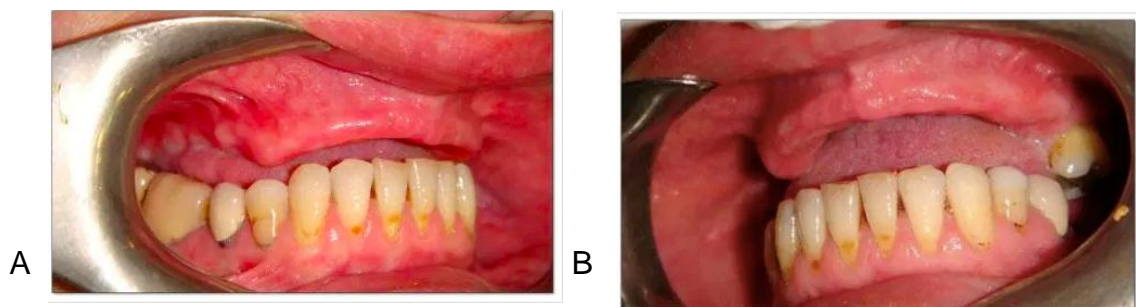


Figura 7 A) Paciente femenino con atrofia maxilar

B) Adelgazamiento de la mucosa.¹³

2.1.2 Consecuencias biomecánicas

Enfermedades tales como la caries o la enfermedad periodontal no son las únicas causas de que un paciente sea edéntulo. Las investigaciones han demostrado que muchos factores no relacionados con la enfermedad como la actitud, conducta, atención dental y características del sistema de atención a la salud representan un factor importante en la decisión de ser edéntulo. En el tratamiento de estos pacientes el problema básico se debe a la diferencia entre las formas en que los dientes naturales y sus reemplazos artificiales se adhieren al hueso de soporte. Se reconoce de inmediato la inconveniencia de los tejidos que soportan las dentaduras completas para resistir la carga masticatoria. De hecho, las cargas máximas de mordida son 5 o 6 veces menores en los usuarios de dentaduras completas que en las personas con dientes naturales y el área de mucosa disponible para recibir la carga de dentaduras completas es limitada. De igual manera, el área portadora de dentadura (porción basal) se hace cada vez más pequeña a medida que se reabsorben los rebordes residuales. Como consecuencia de estos u otros factores, la eficiencia masticatoria de una prótesis total es solo del 25%, aproximadamente en comparación con la dentición natural.^{9,12} Figura 8

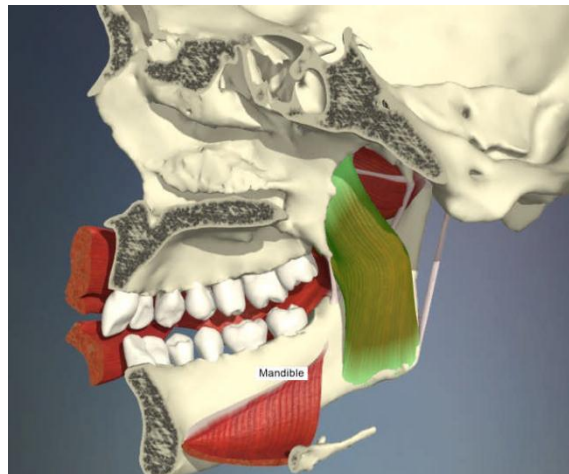


Figura 8 La correcta masticación favorece el desarrollo de una dentadura funcional y saludable.¹³



2.2 Clasificación del paciente geriátrico

Para comprender el estudio de los pacientes a encuestar, se han clasificado las edades de interés geriátrico (cuadro 1), propuesta por Greppy: ¹¹

Cuadro 1 Edades de interés geriátrico propuesta por Greppy para un mayor entendimiento de las características clínicas y fisiológicas que se presentan en cada etapa.

Edad Intermedia	También llamada edad crítica, presenil o del primer envejecimiento. Se comprende a partir de los 45 años a los 60 años. Estos pacientes suelen presentar síntomas como fatiga psicológica, disminución de la memoria, agudeza visual y potencia sexual
Senectud gradual	Abarca de los 60 a los 70 años de edad. Se presentan enfermedades clínicas típicas de la edad avanzada que requieren un diagnóstico y tratamiento oportuno
Senilidad o veje declarada	Se presenta a partir de los 70 a los 90 años de edad, presentando síntomas de insatisfacción existencial (soledad, angustia, estrés, aburrimiento) como consecuencia de la inactividad física y mental y la falta de sentido de sus vidas
Longevidad	Más de 90 años. Se considera como longevo a la persona que vive 90 años o más



2.3 Aspectos psicológicos

La teoría psicológica del envejecimiento se caracteriza por los cambios conductuales que se relacionan con las influencias ambientales reflejadas positiva o negativamente en los adultos mayores. Cada persona mayor es un individuo con experiencia vital y modificación en su entorno que ejerce un efecto sobre ella.

Por ello, la actitud de la sociedad ante los adultos mayores, los familiares y amigos en especial, influyen en cómo se conceptualiza la persona y con ello, cómo vive sus últimos años de vida.¹²

Algunos aspectos psicológicos más frecuentes en el adulto mayor son:

- Pérdida de autoestima.
- Pérdida del significado o sentido de la vida.
- Pérdida de la facilidad de adaptación.
- Insomnio.
- Estrés.
- Pérdida de la memoria.

2.3.1 Trastornos psicológicos

También conocida como enfermedad mental, es una amplia variedad de afecciones que impactan al estado de ánimo, el pensamiento y comportamiento, que a su vez puede afectar su capacidad de relacionarse con los demás. Pueden ser ocasionales o duraderas (crónicas).¹⁴

Existen diversos tipos de trastornos mentales. Algunos comunes son:

- Trastorno de ansiedad.
 - Ataque de pánico.
 - Trastornos fóbicos.
 - Trastornos por estrés postraumático.
 - Trastorno obsesivo-compulsivo.
 - Trastorno del estado de ánimo.
 - Bipolaridad.
 - Depresión.
 - Trastornos de la conducta alimentaria.
 - Trastorno psicótico.
 - Esquizofrenia.
 - Trastorno de personalidad.
-
- Trastorno de ansiedad

Es un trastorno mental que se caracteriza por producir sensaciones de preocupación, ansiedad o miedo, tan fuertes que llegan a interferir con las actividades diarias de quien las padece. Algunos trastornos de ansiedad pueden ser los ataques de pánico, los trastornos obsesivos compulsivos y los trastornos de estrés postraumático. Los trastornos de ansiedad también pueden afectar su estado de ánimo y suelen ocurrir junto con la depresión, aumentando el riesgo de cometer suicidio.¹⁴ Figura 9



Figura 9 Trastorno de ansiedad.²⁶

- Ataque de pánico: A su vez, el trastorno de ansiedad conlleva a un ataque de pánico que se considera un episodio repentino de miedo o ansiedad intensos y síntomas físicos, basado en un peligro aparente y no inminente.¹⁴

- Trastornos fóbicos

Una fobia es un trastorno de salud emocional o psíquico que se caracteriza por un miedo intenso y desproporcionado ante objetos o situaciones concretas como, por ejemplo, a los insectos o a lugares cerrados.¹⁴ Figura 10



Figura 10 Las personas con fobias huyen de aquello que les provoca miedo.²⁷

- Trastornos por estrés postraumático

Trastorno caracterizado por la imposibilidad de recuperarse después de experimentar o presenciar un evento atemorizante. El trastorno puede durar desde meses hasta años y suelen haber episodios que recuerdan el trauma y causan intensas reacciones emocionales y físicas.¹⁴ Figura 11



Figura 11 Trastorno por estrés postraumático.²⁷

- Trastorno obsesivo-compulsivo

Son pensamientos excesivos (obsesiones) que llevan a comportamientos repetitivos (compulsiones). Este trastorno se caracteriza por los pensamientos irracionales y los temores que provocan comportamientos obligatorios¹⁴.

Figura 12



Figura 12 Trastorno obsesivo-compulsivo con el orden.²⁸

- Trastorno del estado de ánimo

Los trastornos del estado de ánimo son alteraciones emocionales que consisten en períodos prolongados de tristeza y júbilo excesivos. Se diagnostica un trastorno de este tipo cuando la tristeza o la euforia son muy intensas y persistentes y están acompañadas de varios síntomas de trastornos de estado de ánimo y deterioran significativamente la capacidad funcional de la persona.¹⁴

Los trastornos de estado de ánimo se clasifican como depresivo y bipolar; y a continuación se describirán:

- Depresivos: Los trastornos depresivos se caracterizan por una tristeza de una intensidad o una duración suficiente como para interferir en la funcionalidad y en ocasiones por una disminución del interés o del placer despertado por las actividades.¹⁴ Figura 13



Figura 13 Trastorno depresivo.²⁸

- Bipolar: Trastorno que provoca altibajos emocionales que van desde trastornos de depresión hasta episodios maniáticos. La fase maniática puede durar semanas o meses.¹⁴ Figura 14



Figura 14 Facetas de bipolaridad.²⁸

- Trastorno de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria son problemas de conducta serios. Puede ser que las personas coman en exceso o que no coman lo suficiente como para mantenerse sanas y saludables. Los tipos de trastorno son:

- Anorexia nerviosa, cuando la persona adelgaza demasiado, pero no come lo suficiente porque se siente "gorda".
- Bulimia nerviosa, que incluye períodos donde la persona come demasiado, seguido de vómitos autoprovocados o uso de laxantes.

- Compulsión para comer, que consiste en comer sin control.¹⁴ Figura 15



Figura 15 La anorexia y la bulimia producen errores de percepción.³⁰

- Trastorno psicótico

Trastorno mental caracterizado por una desconexión de la realidad. La psicosis puede ser el resultado de un trastorno psiquiátrico, como la esquizofrenia. En otras ocasiones, puede ser provocada por un trastorno de la salud, por medicamentos o uso de drogas. Los síntomas posibles son delirios, alucinaciones, hablar de forma incoherente y nerviosismo. La persona con el trastorno no suele ser consciente de su comportamiento.

- Esquizofrenia: Trastorno que afecta la capacidad de una persona para pensar, sentir y comportarse de manera lúcida. Se desconoce la causa exacta de la esquizofrenia pero es posible que tenga que ver con una combinación de factores genéticos y ambientales y de alteración de las sustancias químicas y las estructuras del cerebro.¹⁴ Figura 16



Figura 16 Alucinaciones que engañan los sentidos. ²⁹

- Trastorno de personalidad

Un trastorno de personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia y comportamiento que se aparta de lo que se considera habitual en la cultura del sujeto que lo padece y que se manifiesta en la forma de percibir el mundo que le rodea, la afectividad, las relaciones interpersonales y el control de los impulsos.¹⁴ Figura 17



Figura 17 Trastorno de personalidad.³⁰



2.3.2 Clasificación de Millus M. House

Con el objetivo de ayudar y orientar al odontólogo a identificar sus pacientes y ubicarse él mismo en relación con sus problemas orales, varios autores clasificaron a los pacientes según su actitud y personalidad. ^{11,16}

Cuadro 2 Clasificación según Millus M. House

Filosófico	Racional, sensible organizado que supera conflictos
Exigente	Metódico, preciso y exacto; pone en su lugar demandas severas, debe llegar a un acuerdo antes de empezar el tratamiento
Indiferente	Apático, desinteresado, poco cooperador y falta de motivación; le echa la culpa al odontólogo por su pobre salud; no presta atención a las instrucciones
Histérico	Emocionalmente inestable, emocionante aprensivo, requiere de ayuda psiquiátrica



2.3.3 Clasificación de Levin

Para el estudio de los pacientes según su actitud, Levin los clasifica como (cuadro 3): ¹¹

Cuadro 3 Clasificación de Levin de los pacientes de acuerdo a su personalidad

Impulsivo	Paciente decidido y organizado
Expresivo	Social, con facilidad de intimidar
Amigable	Emocional, lento en las decisiones
Ansioso	Con dificultad para decidirse



2.3.4 Clasificación de Chamberlain y colaboradores

Los pacientes con problemas de adaptación a la prótesis total pueden ser clasificados de esta forma (cuadro 4): ^{11,16}

Cuadro 4 Clasificación de los pacientes con problemas de adaptación a la prótesis total tomado de Chamberlain J Prosthet Dent, 1985

Clase 1	Paciente que vive la pérdida de los dientes como una seria limitación a la calidad de vida; se adapta a la prótesis desde el punto de vista físico, pero no del emocional
Clase 2	Paciente que no se adapta a la prótesis ni desde el punto de vista emocional ni físico; no acepta la pérdida de los dientes y su sustitución con una prótesis requiere una cantidad exagerada de atenciones
Clase 3	Paciente que no lleva la prótesis, no busca la ayuda del odontólogo, se convierte en un paciente deprimido crónico y se aísla de la sociedad



2.4 Determinantes para el diseño de prótesis dentales parciales y totales

El propósito principal de una prótesis total o parcial debe ser siempre la conservación de los dientes remanentes y/o de los tejidos de soporte, para después sustituir los dientes faltantes y acondicionar estructuras remanentes.²

El profesional debe estar consciente de la existencia de dos requisitos previos fundamentales: extrema empatía por el problema ajeno y el conocimiento pleno del alcance y las limitaciones de las técnicas que pueden ser utilizadas para rehabilitar a los pacientes y devolverles una calidad de vida adecuada.

La clave de un adecuado plan de tratamiento protésico consiste en reconocer las necesidades y posibilidades del paciente con las opciones de prótesis que se le pueden ofrecer. Una decisión equivocada en ese sentido puede traer serias dificultades durante el tratamiento y comúnmente llevar al fracaso del mismo. Entretanto, la indicación de una prótesis total o parcial se puede enfrentar con limitaciones financieras, psicológicas, anatómicas e incluso quirúrgicas.^{4,15}

2.4.1 Sin defectos intraorales

Ante la elaboración de un plan de tratamiento deben considerarse ciertos determinantes, como:

- Salud general del paciente

Es de gran relevancia conocer el estado de salud general del paciente ya que en gran medida, ésta es una condición que desempeña un papel importante como parte de las consideraciones para el diagnóstico en la elaboración de una prótesis bucal.⁴



- Cantidad y calidad de tejidos dentarios de soporte

El hueso alveolar después de la pérdida de una raíz dental sufre reabsorción debido a la falta de estímulos generados por los ligamentos periodontales. Las presiones constantes e intermitentes de las prótesis sobre las estructuras de soporte remanentes tendrán una mejor resistencia si la calidad y cantidad de estos tejidos se encuentran en óptimas condiciones.

- Número y posición de los dientes remanentes

El éxito de una adecuada prótesis bucal influye en el número de los dientes remanentes que van a soportarla al igual que su posición.

- Tamaño de los dientes remanentes y su relación con su antagonista

Es de suma importancia valorar el tamaño de los dientes y su relación con su antagonista.

- Necesidades estéticas

La estética es fundamental en el diseño de la prótesis dental. Debemos considerar lo que se quiere obtener estéticamente de acuerdo a las necesidades y expectativas de los pacientes que requieren en su prótesis bucal.⁴



- Condiciones en que se encuentran el proceso residual y los tejidos blandos

El uso de prótesis bucales puede llevar a alteraciones en los tejidos de soporte y en los demás tejidos que la rodean. Por ello, el proceso residual y los tejidos blandos deben presentar una condición sana para evitar daños en los movimientos de masticación. Mucosa, lengua y tejidos de revestimiento del reborde deben ser inspeccionados y palpados; ya que la prioridad del tratamiento puede ser drásticamente alterada por la presencia de algún tipo de lesión como por ejemplo un proceso neoplásico. ⁴

- Factores psicológicos

Resulta interesante considerar la perspectiva del paciente desde el punto de vista psicológico con el fin de conocer el grado de adaptación que pueda lograr con su prótesis bucal. El paciente no suele encontrarse con un entorno especialmente empático para su situación; para muchos, este acontecimiento representa la oposición ante la juventud, belleza, atractivo y ante la pérdida de la autoimagen, la ansiedad y depresión pueden sobrevenir. Por estas y otras razones algunos pacientes llegan a verdaderos extremos por ocultar su edentulismo y prótesis ante la sociedad; por lo que debemos considerar la autopercepción de los pacientes con o sin prótesis. ^{12,15}

- Exploración bucal

La exploración bucal debe ser sistemática y rutinaria para no dejar pasar ninguna alteración y hacer un diagnóstico integral del paciente. ⁴



Se deben considerar diferentes factores para realizar un buen plan de tratamiento como (cuadro 5):⁴

Cuadro 5 Consideraciones esenciales en un plan de tratamiento	
Historia clínica	Comprende la recopilación de aquellos datos que pueden orientar acerca del estado de salud del paciente
Análisis de la oclusión	Debe realizarse adecuadamente para detectar puntos de contacto e interferencias céntricas y excéntricas, Así mismo, es posible identificar mediante este análisis las patologías diversas como el bruxismo
Estudio radiográfico	La evaluación radiográfica constituye un valor importante para conocer las condiciones de las áreas residuales y de los dientes pilares que van a estar involucrados en el diseño de una prótesis bucal
Montaje y estudio de los modelos de diagnóstico	Se puede tener mejor información de la relación entre ambas arcadas y las posibles dificultades de rehabilitación al ser evaluada directamente en boca
Pruebas dentarias	Como la vitalidad, percusión y pruebas térmicas endodónticas de los dientes remanentes y que se consideraran pilares para el soporte de una prótesis



2.4.2 Con defectos intraorales

La prótesis maxilofacial es el arte y la ciencia de la práctica dental dedicada a la rehabilitación de estructuras perdidas para restablecer las funciones y la estética. Estructuras que pueden quedar mutiladas como resultado de intervenciones quirúrgicas, defectos congénitos o traumatismos sufriendo alteraciones tanto funcionales como estéticas.

Existen defectos intraorales que pueden traer dificultades para el diseño y confección de prótesis parciales o totales. Por ello, el cirujano dentista debe comprender sus mecanismos biomecánicos para devolver en la medida de lo posible las funciones y estética a los tejidos afectados en la medida de lo posible y trazar un planteamiento que supere tales dificultades previniendo la evolución de los procesos.¹⁸

El manejo de los tumores malignos asociados con la lengua, el piso de boca, la mandíbula y las estructuras adyacentes; representa un desafío en términos de control de la enfermedad primaria y rehabilitación post-tratamiento. Los sitios intraorales más comunes para el carcinoma de células escamosas son el margen lateral de la lengua y el piso de boca, ambas ubicaciones predisponen a la mandíbula a la invasión tumoral y a menudo requieren su resección junto con grandes porciones de la lengua, el piso de la boca y el sistema linfático regional. Las discapacidades que resultan de tales resecciones pueden incluir problemas en la articulación del habla, dificultad para comer, problemas con la masticación, movimientos mandibulares alterados, control comprometido de las secreciones salivales y desfiguración cosmética severa.^{16,21,22}



2.5 Calidad de vida en pacientes portadores de prótesis dentales parciales y totales

Una de las definiciones de *calidad de vida* más frecuentemente encontrada en la literatura es la de *Felce y Perry* que establece que es "la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales". De esta definición surge que el concepto de calidad de vida no es exclusivamente objetivo sino que también tiene componentes subjetivos. Existen enfoques psicológicos que otorgan gran importancia a la valoración de la calidad de vida especialmente en adultos mayores. La calidad de vida se puede clasificar en 3 niveles: un nivel superior, que implica una total satisfacción del individuo con la vida y la sensación de bienestar; un nivel medio con un amplio dominio de satisfacción que incluye a las cuatro categorías: estado físico y habilidades funcionales, estado psicológico y bienestar, interacciones sociales y estado económico; y un nivel inferior de satisfacción indicado por aspectos específicos de varias enfermedades.

En la actualidad tanto la medicina como la odontología no se basan exclusivamente en valorar la salud, diagnosticar y tratar la enfermedad, sino también en considerar la percepción del paciente acerca del grado de afectación de su calidad de vida debido a los problemas funcionales. No hay duda de que las enfermedades orales pueden influir en la calidad de vida de los individuos por afectar la función masticatoria o fonética, la apariencia física y la vida social. ^{19,2,21}

De esta manera se ha ido incorporando, cada vez con mayor fuerza, el concepto de calidad de vida a la salud oral. La Calidad de Vida en Relación a la Salud Oral (CVRSO) ha sido definida como una valoración multidimensional que mide el impacto de las condiciones bucales sobre las actividades de la



vida diaria. Es cada vez más utilizada para evaluar la salud bucal, como guía para establecer prioridades a la hora de invertir en recursos, como indicador para medir la eficacia en las intervenciones en salud bucal y los resultados de la atención odontológica.

Existen diferentes indicadores o instrumentos para medir la CVRSO, los dos más frecuentemente son el “Índice de Salud Oral Geriátrico” (GOHAI, del inglés: “Geriatric Oral Health Assessment Index”) actualmente renombrado “Índice de Salud Oral General” y el “Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP, del inglés: “Oral Health Impact Profile). Para el presente estudio, se tomaron en cuenta ambos índices para realizar la encuesta sobre los aspectos psicológicos en los pacientes, haciendo ciertas modificaciones en las preguntas originales.

A continuación se presenta el Índice de Salud Oral Geriátrico y el Perfil de Impacto de Salud Oral (cuadro 6 y 7): ^{23,24,25}



Cuadro 6 Índice de la Salud Oral Geriátrica Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)

Preguntas	Respuestas		
	Siempre	A veces	Nunca
1. ¿Limita el tipo o cantidad de alimentos que come debido a problemas con sus dientes o prótesis?	(1)	(2)	(3)
2. ¿Se siente incómodo al cortar o masticar algunos tipos de alimentos, tales como la carne o los vegetales?	(1)	(2)	(3)
3. ¿Es capaz de tragar sin dificultades?	(3)	(2)	(1)
4. ¿Sus dientes o sus prótesis no le permiten hablar del modo que quisiera hacerlo?	(1)	(2)	(3)
5. ¿Sus dientes o sus prótesis le permiten comer cualquier alimento sin sentir molestia o dolor?	(3)	(2)	(1)
6. ¿Limita sus contactos con la gente debido a las condiciones de sus dientes o prótesis dentales?	(1)	(2)	(3)
7. ¿Se siente conforme o feliz por cómo se ven sus dientes, encías o aparatos protésicos?	(3)	(2)	(1)
8. ¿Usa algún medicamento para aliviar dolores o molestias en su boca?	(1)	(2)	(3)
9. ¿Se siente inquieto o preocupado por cómo se ven sus dientes, encías o prótesis dentales?	(1)	(2)	(3)
10. ¿Se siente ansioso o nervioso debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	(1)	(2)	(3)
11. ¿Se siente incómodo al comer frente a personas debido al estado en que se encuentran sus dientes o sus prótesis?	(1)	(2)	(3)
12. ¿Siente sus dientes o encías sensibles al calor, el frío o lo dulce?	(1)	(2)	(3)

Conclusiones:

Buena (34-36) _____ Regular (30-33) _____ Mala (menos de 30) _____

Esta encuesta de estadística tiene como objetivo comprobar la relación de las variables estudiadas con la autopercepción de salud bucal.



Cuadro 7 Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP, del inglés: “Oral Health Impact Profile).

PERFIL DE IMPACTO DE SALUD BUCAL (OHIP-14SP)	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy frecuentemente
LIMITACIÓN FUNCIONAL					
1. ¿Ha tenido dificultad para pronunciar palabras?					
2. ¿El sabor de sus alimentos ha empeorado?					
DOLOR FÍSICO					
3. ¿Ha sentido dolor en su boca?					
4. ¿Ha notado molestias al comer?					
MALESTAR PSICOLÓGICO					
5. ¿Le preocupan los problemas con su boca?					
6. ¿Se ha sentido estresado?					
INCAPACIDAD FÍSICA					
7. ¿Ha tenido que cambiar sus alimentos?					
8. ¿Ha debido interrumpir sus alimentos?					
INCAPACIDAD PSICOLÓGICA					
9. ¿Ha encontrado dificultad para descansar?					
10. ¿Se ha sentido avergonzado por problemas con su boca?					
INCAPACIDAD SOCIAL					
11. ¿Ha estado irritable debido a problemas con su boca?					
12. ¿Ha tenido dificultad para realizar sus actividades diarias?					
MINUSVALÍA EN GENERAL					
13. ¿Ha sentido que la vida en general ha sido menos agradable?					
14. ¿Ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades diarias?					

El OHIP tiene que ver con el deterioro y 3 dimensiones del estado funcional (sociales, psicológicos y físicos) que representan 4 de las 7 dimensiones de calidad de vida propuestas por Patrick y Bergner en 1990.



III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Diversos estudios han demostrado que personas con edentulismo total o parcial tienen dificultades funcionales que afectan su calidad de vida, debido a que influye en la salud física, en la capacidad de comer y hablar disminuyendo los contactos sociales y la vida activa.

De este modo, debemos recordar que la boca tiene funciones importantes para el desempeño cotidiano de las personas, tales como hablar, sonreír, besar, tocar, oler y degustar. Así cuando los problemas bucales afectan algunas de estas funciones, pueden limitar el desempeño laboral y social, lo que a su vez causa un impacto psicosocial negativo.

La mayoría de los pacientes que acuden al consultorio dental no sólo buscan conseguir un buen funcionamiento de su boca, sino también con el propósito de obtener una estética adecuada para poder sentirse bien consigo mismo, es decir, mejorar la autoestima y calidad de vida.



IV. JUSTIFICACIÓN

Reconocer los diferentes factores que influyen en el proceso de adaptación protésica en los pacientes portadores de prótesis parcial y total removible, resultando relevante para comprender el impacto psicológico que tiene la zona bucal para el ser humano ante el uso de dichos dispositivos.



V. OBJETIVOS

5.1 General

Conocer los aspectos psicológicos que influyen en la rehabilitación protésica de los pacientes parcial y totalmente desdentados ante la pérdida dental en la clínica de Rehabilitación Oral II y en la Clínica de Prostodoncia Total de la Facultad de Odontología, UNAM.

5.2 Específicos

- Conocer la fisiopatología del paciente parcial y totalmente desdentado considerando sexo y edad.
- Describir los aspectos psicológicos del paciente edéntulo parciales y totales y su influencia en la rehabilitación protésica.
- Establecer la relación que existe entre los factores funcionales y estéticos para la aceptación protésica propios de cada paciente.



VII. MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio fue realizado en los pacientes de las clínicas de Rehabilitación Oral II y Prostodoncia Total de la Facultad de Odontología, UNAM.

El instrumento de evaluación fue modificado en los índices GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index) y OHIP (Oral Health Impact Profile).

Éste cuenta con 19 reactivos donde se evalúan aspectos psicológicos, estéticos, funcionales e impacto emocional.

Será un total de 46 pacientes y se hará un análisis descriptivo de los resultados obtenidos.



Criterios de Inclusión:

- Pacientes mayores de 45 años.
- Pacientes que acudan a las clínicas de la Facultad de Odontología Rehabilitación Oral II y Prostodoncia Total con la necesidad de una prótesis parcial o total removible.
- Pacientes que acepten firmar el consentimiento informado.
- Pacientes portadores de prótesis parcial removible o prostodoncia total que acuden a las clínicas de la Facultad de Odontología de Rehabilitación Oral II y Prostodoncia Total con el interés de obtener una nueva prótesis dental.
- Podrán participar pacientes de cualquier género.
- Pacientes con trastornos psicológicos como ansiedad, fóbicos, por estrés postraumático, obsesivo-compulsivo, esquizofrenia, bipolaridad, depresión y trastorno de personalidad.



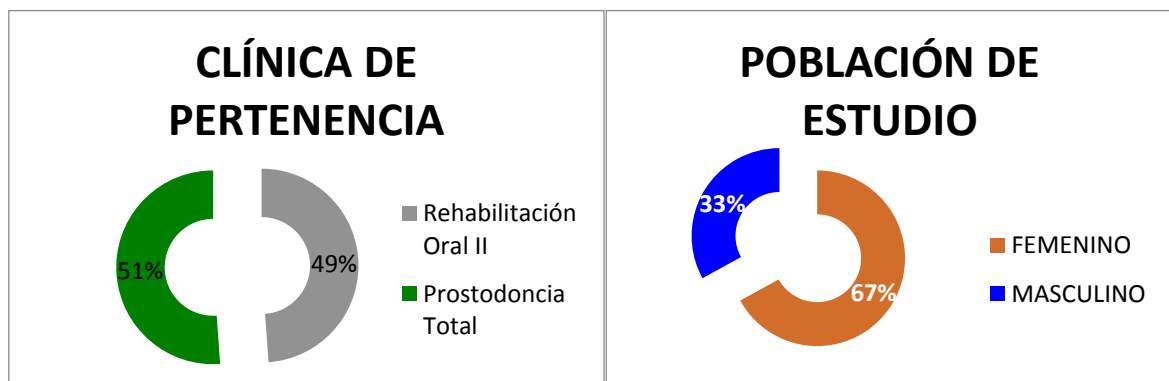
Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 45 años.
- Pacientes que no pertenezcan a las clínicas de Rehabilitación Oral II o Prosthodontia Total.
- Pacientes portadores de prótesis fija.
- Pacientes que tengan prótesis bucal pero que no la utilicen.
- Pacientes que no quieran firmar el consentimiento informado o no deseen participar.
- Pacientes con trastorno psiquiátrico.

VIII. RESULTADOS

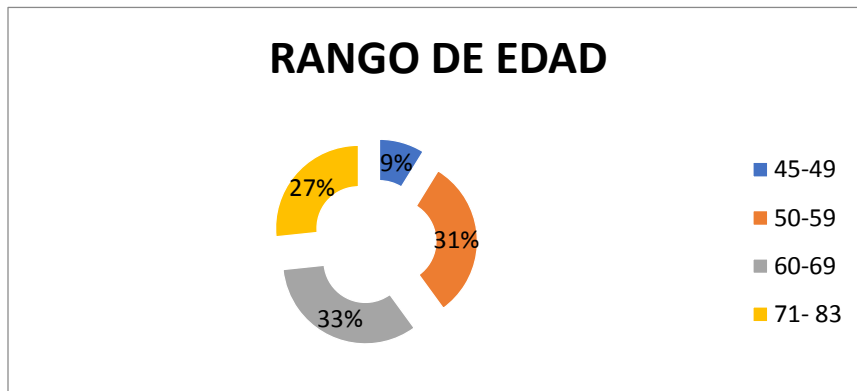
El presente estudio se encargó de evaluar el comportamiento psicológico con respecto a la pérdida dental en los pacientes parcial y totalmente edéntulos con el fin de considerar la autopercepción del individuo acerca de su salud bucal y con el objetivo de buscar evidencia del impacto que diversos factores psicosociales llegan a repercutir en su vida diaria.

El 51% de los pacientes fueron atendidos en la Clínica de Prostodoncia Total, mientras que el 46% restante fueron atendidos en la clínica de Rehabilitación Oral II, de los cuales el 67% representa al género femenino siendo un total de 31 mujeres y el 33% al género masculino con un total de 15 hombres. Se les pidió a los pacientes firmar un consentimiento informado para su autorización aceptando voluntariamente contestar dicha encuesta. Gráfica 1 y 2



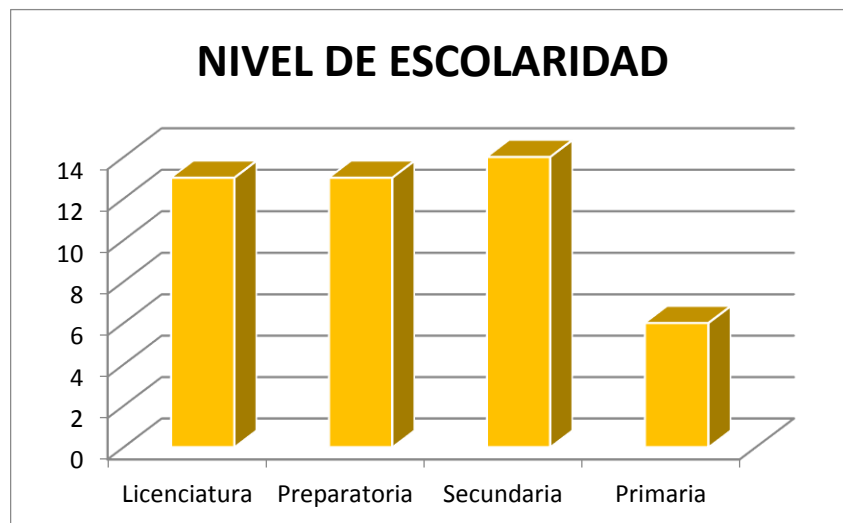
Gráfica 1 y 2 Clínicas que participaron en el presente estudio y el total de la población de estudio.^{F.D.}

Con respecto al rango de edad, el participante que presentó menor edad era de 45 años, mientras que la mayor edad fue de 83 años. De igual manera, los rangos con mayor puntaje están entre la quinta y séptima década de vida. Gráfica 3



Gráfica 3 Rango de edades de los participantes. F.D.

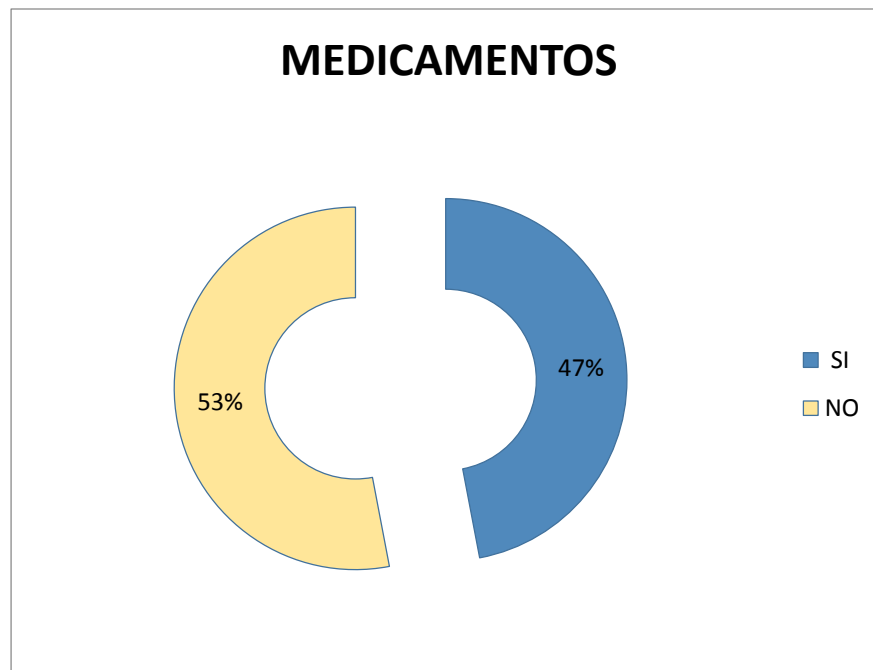
De acuerdo al nivel de escolaridad de los participantes los resultados obtenidos fueron: 13 concluyeron la Licenciatura, 13 el nivel medio superior, 14 el nivel secundaria y 5 participantes solo concluyeron la primaria. Gráfica 4



Gráfica 4 Grado de escolaridad de los participantes. F.D.

El 53% del total de los pacientes confirmaron estar tomando actualmente algún medicamento, de estos: Gráfica 5

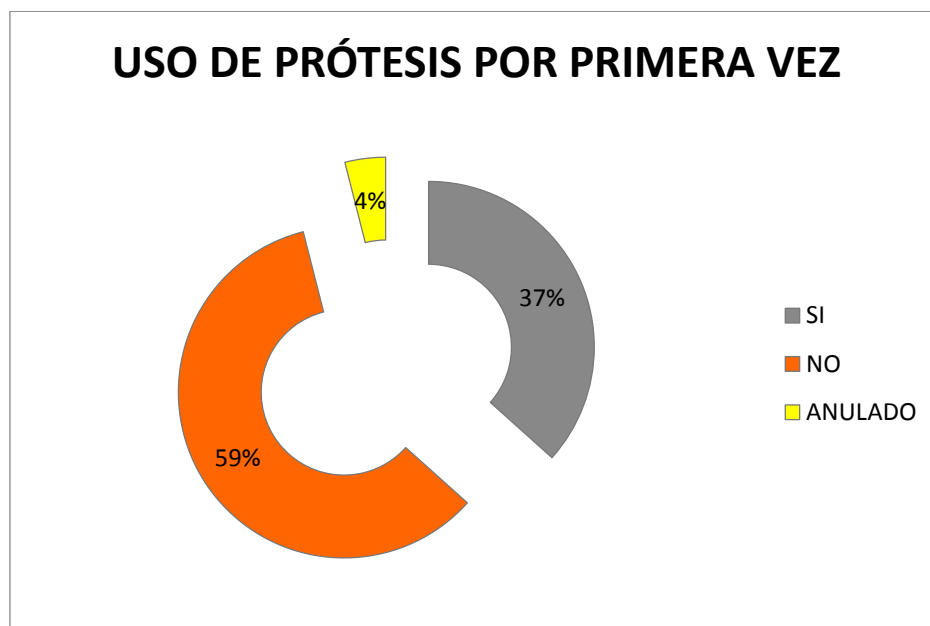
- 9 por diabetes mellitus.
- 11 por hipertensión arterial.
- 1 por estrés y ansiedad.
- 1 por gastritis.
- 1 refirió estar tomando calcio.
- 2 refirieron estar tomando vitaminas.



Gráfica 5 Medicamentos que refirieron los participantes estar tomando actualmente.^{F.D.}

Se les cuestionó a los participantes si era la primera vez que utilizaban una prótesis dental. El 37% respondió que previamente ya utilizaban prótesis bucal hace mucho tiempo y requerían cambiarla ya que no tenían una buena función masticatoria o por falta de retención, mientras que el 59% respondió que aún no utilizaban prótesis dental principalmente por "falta de dinero".

Se anularon dos de las encuestas debido a que se contradecían en ciertas preguntas con respecto al tiempo de utilizar sus prótesis. Gráfica 6



Gráfica 6 Pacientes que por primera vez utilizarían una prótesis dental.^{F.D.}

En este estudio, se consideró la importancia de conocer aspectos que se creía influían de manera importante en la rehabilitación protésica, por lo cuál se incluyeron los siguientes 19 reactivos que a su vez se dividieron en 4 categorías que son:

Aspectos psicológicos (pregunta 1 a la 4)

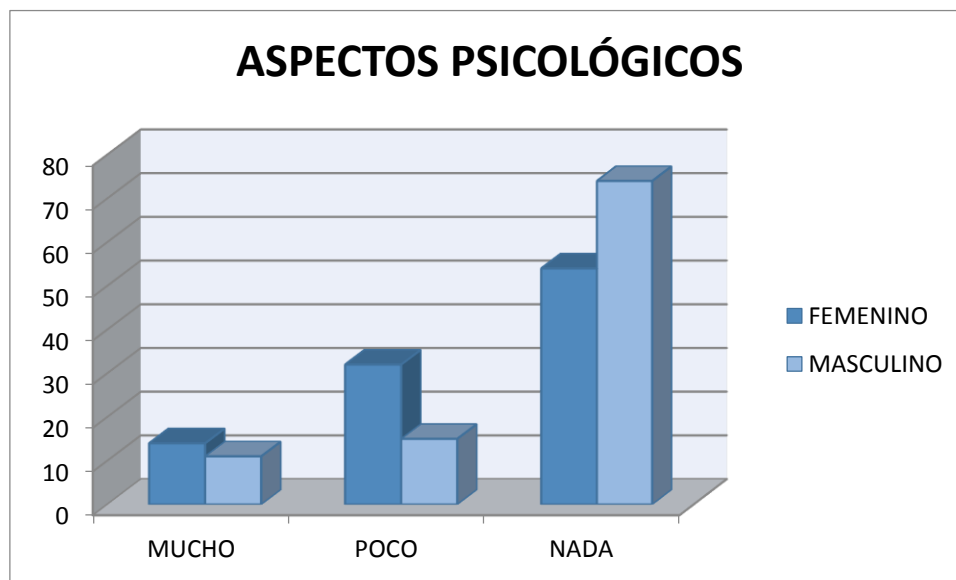
Aspectos estéticos (pregunta 5 a la 11)

Aspectos funcionales (pregunta 12 a 16)

Impacto emocional (pregunta 17 a la 19)

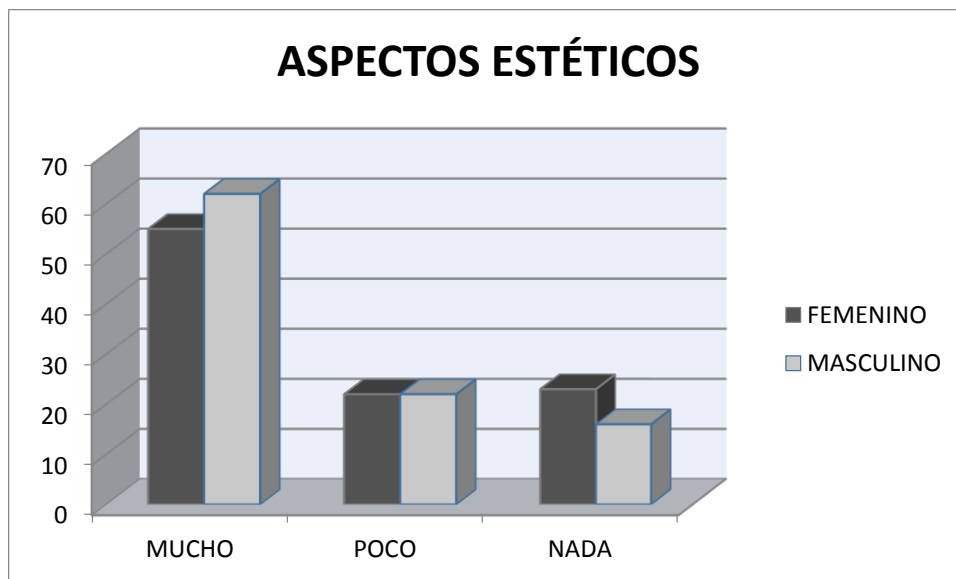
En esta categoría los participantes encuestados no refieren gran relevancia de impacto al aspecto psicológico a causa de la pérdida dental al evitar mostrar sus dientes cuando sonríen, son poco tímidos debido al aspecto de sus dientes y para ellos su situación dental no les afecta en su situación profesional.

Gráfica 7



Gráfica 7 Resultados obtenidos de los aspectos psicológicos evaluados en la rehabilitación protésica.^{F.D.}

En esta segunda categoría se observa que este aspecto es muy importante para la rehabilitación de una prótesis bucal, tanto al género femenino como al masculino. Consideran en sus respuestas que influye "mucho" una dentadura "blanca y alineada" y la apariencia general de sus dientes donde la mayoría no está satisfecho. Sin embargo, consideran que una buena o mala estética dental influye a la hora de encontrar un determinado empleo y que la falta de estética dental indica siempre un alto grado de descuido. Gráfica 8

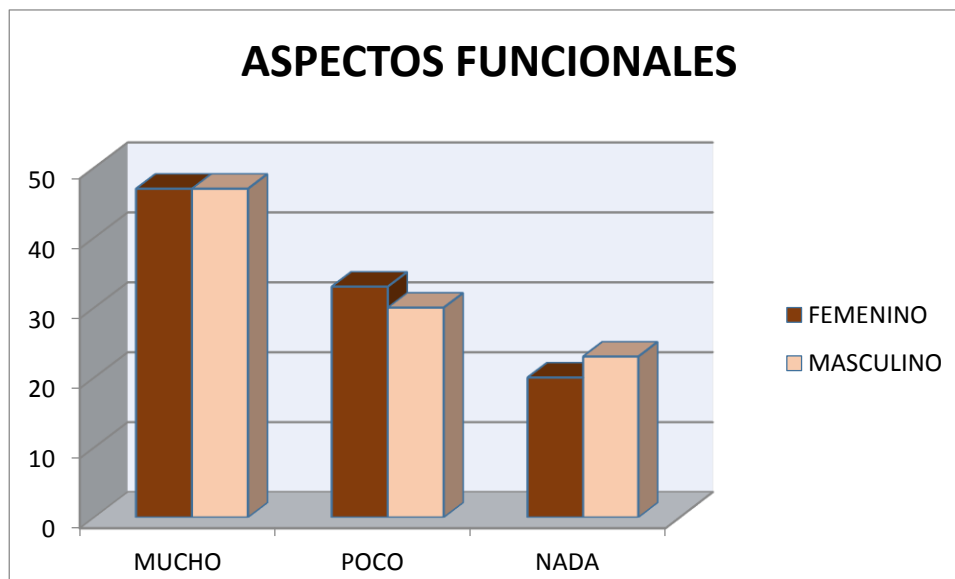


Gráfica 9 Resultados obtenidos de los aspectos estéticos evaluados en la rehabilitación protésica.^{F.D.}

El aspecto funcional fue la categoría con más relevancia y con un mismo porcentaje en la respuesta "mucho" en ambos géneros.

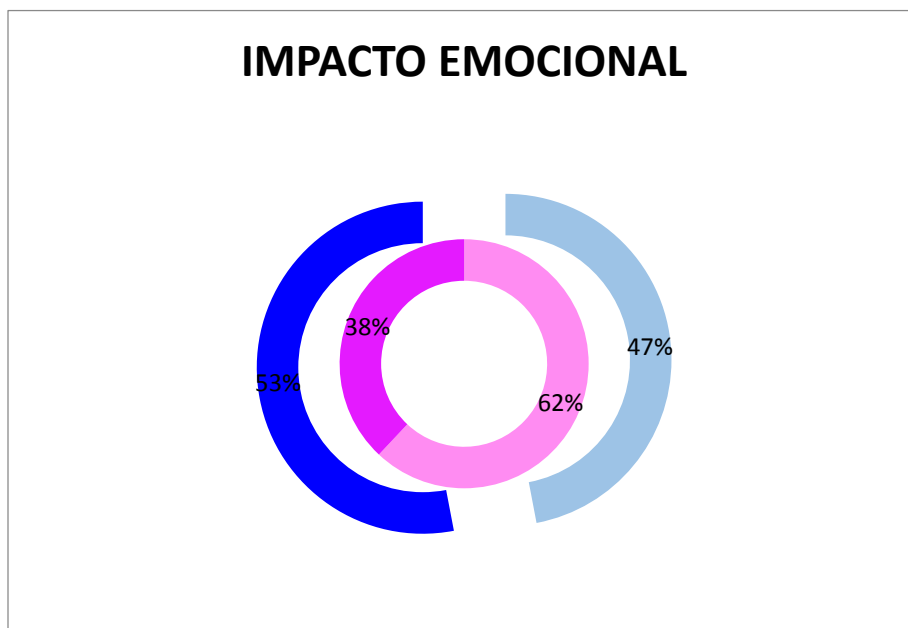
Para los participantes, es considerable la sonrisa como la carta de presentación de los individuos en su relación social, aceptaron el no poder disfrutar de los alimentos con su prótesis bucal o hablar y pronunciar correctamente con ella teniendo que comer menos o cambiar de comida por culpa de su dentadura, hasta tener que retirarse su prótesis por molestias, dolor o porque simplemente no les gusta o no se adaptan a ella, incluso varias veces haber tenido que utilizar algún medicamento para aliviar el dolor de sus dientes o las molestias en su boca.

Sin embargo, conocen los riesgos para su salud buco dental derivados de un irregular ajuste protésico o inadecuada higiene de sus dientes. Gráfica 10



Gráfica 10 Resultados obtenidos de los aspectos funcionales en la rehabilitación protésica.^{F.D.}

La última categoría fue considerada importante para los participantes, al existir un alto impacto emocional por causa de la pérdida dental. Los participantes comentaron haberse vistos desmotivados o deprimidos ante la pérdida dental. La mayoría se ha sentido insatisfecho debido a un tratamiento protésico. La mayoría se sentía triste ante la pérdida dental, lo cual repercutía en la adaptación tanto funcional como estética de las prótesis en el paciente, teniendo relación directa con su autopercepción. Gráfica 11



Gráfica 11 Resultados obtenidos del impacto emocional evaluado en la rehabilitación protésica.^{F.D.}



IX.DISCUSIÓN

Existen aspectos psicológicos que otorgan gran importancia en la rehabilitación protésica especialmente en adultos mayores. Sin duda, la insatisfacción de una inadecuada prótesis dental puede influir significativamente en los individuos por afectar la función masticatoria o apariencia física.

Al analizar los resultados se determinó que el factor psicológico no tuvo un fuerte impacto en los pacientes como se esperaba, las categorías de mayor impacto se relacionaron a la estética y la funcionalidad de una adecuada prótesis bucal para mejorar su calidad de vida.

La pérdida de los dientes reduce la calidad de vida en los pacientes afectados, considerando que si existe un alto impacto emocional y depresión cuando los pacientes pierden tempranamente sus dientes, suelen evitar ciertos alimentos cotidianamente por molestias con sus dentaduras.

Si bien, en la Clasificación de Chamberlain para el estudio de los pacientes con problemas de adaptación a la prótesis dental, se encontraron las tres diferentes clases, predominando los pacientes de la clase 1 que viven la pérdida de sus dientes como una seria limitación a la calidad de vida llegando a adaptar con su prótesis bucal desde el punto de vista físico pero no del emocional. Si bien, el 37% de los pacientes encuestados respondieron que ya utilizaban una prótesis bucal desde hace mucho tiempo pero que querían hacer cambio de ella porque no podían comer adecuadamente y solamente se adaptaban a su prótesis aunque tuvieran que partir ciertos alimentos para comerlos. Por ello, es de suma importancia que los profesionales de la salud bucodental busquen devolver la funcionalidad y la estética a partir de una correcta rehabilitación protésica.



X.CONCLUSIONES

Se puede considerar que la percepción de la salud es una variable multidimensional dependiente tanto de factores internos como externos del individuo. La autoestima y el bienestar, se pueden ver disminuidos tanto por aspectos estéticos y funcionales en la cavidad oral, lo que podría convertirse en una herramienta que permita comprender el comportamiento del paciente desde una perspectiva más amplia dentro de la práctica clínica, investigación odontológica y prevención de salud oral, así como también en la comunidad.

El aspecto exterior tiene influencia sobre la autoestima del paciente haciendo que una persona se acepte a sí misma o no, dependiendo del agrado que sienta hacia sí misma. Es así que algo tan particular como el mal estado bucal reduce la autoestima de los individuos e impide la consecución de una calidad de vida adecuada y en algunos pacientes es de gran importancia llevar un tratamiento interdisciplinario terapéutico de lenguaje y psicológico.

Actualmente, existe una creciente en la percepción del paciente, su importancia radica en los resultados de tratamientos basados en la experiencia emocional, social y la funcionalidad ya que el paciente pasa a tener un papel más activo en el tratamiento protésico.

Concluimos que la calidad de vida se vio afectada en los pacientes debido principalmente al impacto emocional que sufren tras la pérdida temprana de sus dientes, los cuales llegan a adoptar conductas y comportamientos para compensar la falta dentaria, los pacientes simplemente llegan a adaptarse a



una prótesis mal ajustada que utilizan durante mucho tiempo sin ser considerado el reemplazo de una nueva prótesis por falta de dinero o tiempo.

Se pretendía que el aspecto psicológico tendría una mayor respuesta ante la pérdida dental pero en los resultados obtenidos en el estudio no se observó importancia de los pacientes cuando consideraron no tener problemas para mostrar sus dientes cuando sonríen o sentirse tímidos en las relaciones sociales debido a su aspecto de sus dientes y mucho menos tener que afectarles en su situación profesional.

Si bien, el poder realizar este estudio fue para mí muy relevante teniendo la capacidad de observar y escuchar más detalladamente a los pacientes con sus diferentes experiencias que transmiten durante la consulta odontológica, llegando a la conclusión que existe un mayor impacto emocional que psicológico en los pacientes ya que comentaron haber tenido que pasar por una depresión o simplemente sentirse muy desmotivados ante la pérdida de sus dientes.



XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kuri MDd. Historia de la Odontología, Inicio y desarrollo en México. In. México: Odontología Book; 2015.
2. Blog Dento Lima, Creando sonrisas, 2017
<http://dentolima.com/uncategorized/7-datos-que-no-sabias-sobre-caries-dental/>
3. El desafío de las enfermedades bucales, Atlas de salud bucal, segunda edición, FDI, World Dental Federation, 2015
4. Medina FA. Prótesis Parcial y Removible, Procedimientos clínicos, diseño y laboratorio. In.: Trillas; 2016.
5. Enfermedades periodontales Dr. Jorge Ferrus ,2019
<https://www.clinicaferrusbratos.com/periodoncia/tipos-enfermedad-periodontal/>
6. Deguchi JO. Estomatología Geriátrica. In. México: Trillas; 1994. p. 368-369, 374.
7. Ricketts D. Odontología Operatoria Avanzada, un abordaje clínico. In. Venezuela: Amolca; 2013. p. 1-3.
8. Thorén MM. Prótesis Removible. In. Venezuela: Amolca; 2013. p. 22-28.
9. J.Y OD. Prostodoncia Total, Factores psicológicos, Capitulo XIV. In. México, D.F: UNAM; 1995.



-
10. Enciclopedia Cubana, 2015
<https://www.ecured.cu/Estomatitis>
 11. Nicola Pd. Fundamentos de Geriátría y Gerontología para una correcta enfermería Geriátrica. In El manual moderno.; 1985.
 12. Sghaireen MG. Relationship between impact of maxillary anterior fixed prosthodontic rehabilitation on daily living, satisfaction and personality profiles. Journal of Prosthetic Dentistry.
 13. Dr. Marcos di Pascua, Uruguay 2016
<https://doctordipascua.wordpress.com/>
 14. Centro de Psicología Clínica y Psicoterapia, Madrid.
<http://www.psicoterapeutas.com/Trastornos.html>
 15. J MA. The influence of psychologic factors on patient satisfaction with complete dentures. The Journal of Prosthetic Dentistry. 1990.
 16. III JB. Maxillofacial Rehabilitation , Third Edition.. In. Los Angeles, California: Quintessence Publishing Co, Inc.
 17. Guiato MC. Patients satisfaction with maxillofacial prosthesis. Journal of Plastic, Reconstructive & Esthetic Surgery. 2009.



-
18. Guckets AD. Counseling and related factors influencing satisfaction with dentures. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 1978 March; 39.
 19. Velazquez Olmedo Laura Bárbara. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2014 Mayo.
 20. Telles D. Prótesis Total Convencional y sobre Implantes. In. Brasil: Santos; 2011. p. 3-33.
 21. González RC. Prótesis maxilofacial en defectos intraorales y extraorales resultado de Linfoma no Hodgkin, caso clínico. 2011 Diciembre. (Taylor, 2001) (Fuentes, 2016) (Mantri, 2011)
 22. Degrandi Valentina, Evaluación del impacto en la calidad de vida de pacientes adultos rehabilitados con prótesis removibles, Investigación 10.22592, 2016.
 23. Shyrley Díaz-Cárdenas, Psychometric properties of General Oral Health Assessment Index (GOHAI) in adult patients from Cartagena, Vol. 33, 2017 p. 393-404
 24. Marcilia Rodríguez Fuentes, Autopercepción de salud buccal en adultos mayores portadores de prótesis parcial removible, *Revista Cubana de Estomatología*, 2016, p. 210-221
 25. Ester Ugalde Meza, Perfil de la salud oral OHIP-14, en pacientes de la clínica U-Dental con base en la psicología según sexo, *Revista electrónica de la Facultad de Odontología ULACIT, Costa Rica* Vol. 7, No.2, 2014.
 26. Trastorno de ansiedad, Rebeca Rodríguez Elías 2015



<https://wsimag.com/es/bienestar/16993-trastorno-de-ansiedad>

27. Blog Psicoactiva, Marta Guerri 2019

<https://www.psicoactiva.com/blog/trastorno-estres-post-traumatico-tept-sintomas-tratamiento/>

28. Psicología y mente, Sergio Lotauro, 2016

<https://psicologiaymente.com/clinica/bipolaridad-mitos>

29. La esquizofrenia, psicología online, Esther Moreno Cidoncha, 2018

<https://www.psicologia-online.com/la-esquizofrenia-definicion-causas-curso-y-tratamiento-670.html>

30. Centro Psicólogo Gran Vía, Bilbao 2017

<https://www.psicologos-granvia.com/articulos/trastornos-personales>



ANEXO 1

A quién corresponda:

Después de haber firmado la carta de consentimiento de la clínica de Prostodoncia Total doy autorización a la alumna Arriaga Bustos Joana Pamela del Seminario de titulación Sexagésima Tercera Promoción, Área de Prótesis Dental Parcial Fija y Removible, para que utilice los datos recabados en la encuesta de "Aspectos psicológicos del paciente edéntulo parcial y total en la rehabilitación protésica" la cual yo decidí contestar de manera voluntaria haciéndome saber que mis datos serán anónimos y de esta manera la información recabada contribuirá en la mejora de la atención Odontológica.

Acepto

Nombre y firma del paciente



ANEXO 2

A quién corresponda:

Después de haber firmado la carta de consentimiento de la clínica de Rehabilitación Oral II doy autorización a la alumna Arriaga Bustos Joana Pamela del Seminario de titulación Sexagésima Tercera Promoción, Área de Prótesis Dental Parcial Fija y Removible, para que utilice los datos recabados en la encuesta de "Aspectos psicológicos del paciente edéntulo parcial y total en la rehabilitación protésica" la cual yo decidí contestar de manera voluntaria haciéndome saber que mis datos serán anónimos y de esta manera la información recabada contribuirá en la mejora de la atención Odontológica.

Acepto

Nombre y firma del paciente



ANEXO 3



Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Odontología



*Seminario de titulación: Área de Prótesis dental parcial fija y removible
Encuesta de aspectos psicológicos del paciente edéntulo parcial y total en la
rehabilitación protésica*

Edad _____ Género: F M
Nivel de
escolaridad: _____

Ocupación: _____

¿Es la primera vez que utiliza una prótesis dental? SI NO Si su respuesta
es no, ¿Desde cuando utiliza su prótesis
dental? _____

Actualmente, ¿está tomando algún medicamento? SI NO ¿Para que lo
toma? _____

Marcar con una X "Mucho" si considera estar totalmente de acuerdo en su respuesta,
marcar "Poco" cuando considera parcialmente su respuesta y marcar "Nada" si está
totalmente en desacuerdo con su respuesta.

	Mucho	Poco	Nada
1. ¿Evita mostrar sus dientes cuando sonrío?			
2. ¿Es algo tímido/a en las relaciones sociales debido al aspecto de sus dientes?			
3. ¿Ha sido incapaz de mostrar sus dientes después del tratamiento?			
4. Su situación dental, ¿le ha afectado en su situación profesional?			
5. ¿Ha tenido problemas con su prótesis a la hora de dormir y relajarse?			
6. ¿Está satisfecho con la apariencia general de sus dientes tras el tratamiento protésico?			

Continúa...



...Continuación

7. ¿Entiende por estética dental una dentadura blanca y alineada?			
8. ¿Considera que una buena/mala estética dental influye a la hora de encontrar un determinado empleo?			
9. ¿Considera la estética dental indica un alto grado de descuido o mala higiene?			
10. ¿Considera la sonrisa la carta de presentación de los individuos en su relación social?			
11. ¿Conoce los riesgos para su salud buco dental derivados de un irregular ajuste protésico o inadecuada higiene de sus dientes?			
12. ¿Considera que disfruta de sus alimentos adecuadamente con su prótesis bucal?			
13. ¿Puede hablar y pronunciar correctamente con su prótesis bucal?			
14. ¿Cuántas veces ha tenido que comer menos o cambiar de comida por culpa de su dentadura?			
15. ¿Cuántas veces ha tenido que retirarse sus prótesis por molestia, dolor o porque no le gusta?			
16. ¿Cuántas veces ha tenido que utilizar algún medicamento para aliviar el dolor de sus dientes o molestias en su boca?			
17. ¿Se ha sentido insatisfecho de algún tratamiento protésico?			
18. ¿Se siente triste a causa de la pérdida de sus dientes?			
19. ¿Disfruta el contacto con la gente?			