

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



TESIS:

**CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES
EDÉNTULOSPORTADORES Y NO PORTADORES DE PRÓTESIS
REMOVIBLE ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DENTAL DEL C.S.
CIUDAD NUEVA DURANTE ENERO-MARZO 2013**

Asesor:

C.D FREDY JULIO GOMEZ BELLIDO

Presentado Por:

MARIA DEL PILAR MAMANI ESPILLICO

Para optar el grado de:

CIRUJANO DENTISTA

Tacna – Perú

2013

TESIS

**CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES
EDÉNTULOSPORTADORES Y NO PORTADORES DE PRÓTESIS
REMOVIBLE ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DENTAL DEL C.S.
CIUDAD NUEVA DURANTE ENERO-MARZO 2013**

APROBADA POR EL JURADO INTEGRADO POR:

**Dr. Javier Eduardo Ríos Lavagna
PRESIDENTE**

**C.D Jorge Efraín Montoya Portugal
VOCAL**

**C.D Mauricio Acosta Moscoso
SECRETARIO**

**C.D. Fredy Julio Gómez Bellido
ASESOR DE TESIS**

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

“A Ti Dios mío por no abandonarme, por demostrarme que soy uno de tus hijos preferidos, gracias por ayudarme a levantarme en mis fracasos, por aprender de ellos y principalmente por permitirme realizar el sueño más importante de mi vida”.

“A mis padres les agradezco todo su tiempo y llamadas de atención les debo mucho, ahora me toca a mí corresponder”

“A mi novio Kenny: gracias por estar conmigo en este tiempo tan importante y por todo el apoyo brindado”.

“A la familia Vizcarra Suarez, les agradezco por todo el apoyo brindado”.

“Y por último deseo dedicar este momento tan importante e inolvidable; a mí misma, por no dejarme vencer ya que en ocasiones el principal obstáculo se encuentra dentro de uno”.

ÍNDICE

DEDICATORIA
AGRADECIMIENTOS
RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- 1.1 Fundamentación del problema
- 1.2 Formulación del problema
- 1.3 Objetivos de la investigación
- 1.4 Justificación del problema

CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

- 2.1 Antecedentes de la investigación
- 2.2 Marco teórico

CAPÍTULO III HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIÓN OPERACIONAL

- 3.1 Hipótesis
- 3.2 Definición de variables
- 3.3 Operacionalización de variables

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

- 4.1 Diseño
- 4.2 Población y muestra
- 4.3 Criterios de inclusión y exclusión
- 4.4 Recolección de datos

CAPÍTULO V PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

CAPÍTULO VI RESULTADO, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- 6.1 Resultados
- 6.2 Discusión
- 6.3 Conclusiones
- 6.4 Recomendaciones

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

RESUMEN

Introducción: La calidad de vida es el bienestar buscado por las personas. El edentulismo en los adultos mayores tiene impacto sobre la calidad de vida de las personas. Esta situación hace necesario conocer los factores que podrían estar afectando a la calidad de vida, entre ellos el uso de prótesis removible. El objetivo del presente estudio es conocer la calidad de vida de los adultos mayores edéntulos portadores y no portadores de prótesis removible atendidos en el consultorio dental del C.S. Ciudad Nueva

Materiales y método: Es un estudio prospectivo, descriptivo y transversal. Incluye a 101 adultos mayores que acudieron al consultorio dental del C.S. de Ciudad Nueva. La información se obtuvo mediante entrevista a los pacientes y la aplicación del Cuestionario de Salud SF-36.

Resultados: El 78,2% de los adultos mayores edéntulos atendidos presentan edentulismo parcial, y 21,8% edentulismo total. Además, el 26,4% de los pacientes es portador de prótesis removible.

Conclusiones: Los adultos mayores edéntulos no portadores de prótesis removible presentan mejor calidad de vida en las dimensiones físicas: función física, rol físico y dolor corporal ($p < 0,05$). Mientras que los portadores de prótesis removible presentan mejor calidad de vida en el funcionamiento social ($p = 0,000$).

Palabras claves: calidad de vida, adulto mayor, prótesis dental.

INTRODUCCIÓN

La relación entre el uso de prótesis removible y la calidad de vida del paciente edéntulo no ha sido estudiada en detalle hasta la actualidad, por lo que no se ha establecido aún una asociación entre ambos, especialmente en adultos mayores.

La pérdida de piezas dentarias es denominada edentulismo, ya sea parcial o total. Dentro de las causas que conllevan a la carencia de dientes, podemos mencionar varios factores; tales como: nivel cultural, social y económico. En muchos casos el edentulismo puede influenciar en la calidad de vida de la persona, de manera que es siendo esta importante en la salud del ser humano, el cual permite un equilibrio del bienestar físico, mental y social.

Cabe resaltar que gran parte de los adultos mayores tienen problemas para masticar, dolor y problemas con sus relaciones sociales debido a alteraciones orales, lo que afecta en su satisfacción y calidad de vida.

La importancia de este estudio radica en que al determinar esta asociación se tiene mayor evidencia del impacto de la salud oral sobre la calidad de vida y bienestar de las personas en el distrito de Ciudad Nueva.

El propósito del presente estudio es evaluar la calidad de vida en la población de adultos mayores y determinar la asociación entre el uso de prótesis removible y la calidad de vida en adultos mayores edéntulos del Distrito de Ciudad Nueva.

CAPÍTULO 1

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Como bien sabemos, en el Perú existe un alto porcentaje de edentulismo parcial y total, influenciado por diversos factores sociales, económicos, clínicos, de acceso a los servicios de salud, así como conductuales. Siendo el edentulismo una entidad muy prevalente en la región, particularmente en el distrito de Ciudad Nueva.

El problema del edentulismo parece enfocarse únicamente como un problema de salud oral, cuando podría estar teniendo impacto sobre la calidad de vida de las personas.

La calidad de vida o estado de bienestar es un fin buscado por las personas, por lo cual es necesario conocer los factores que la podrían estar afectando, entre ellos la salud oral, edentulismo y el uso de prótesis.

Actualmente, existen pocos trabajos de investigación, tanto a nivel nacional como mundial. La información disponible es insuficiente, limitada, o no aplicable necesariamente a la realidad de la población y al sistema de salud peruano, por lo que debe ser reevaluada y analizada en una casuística local como la presente investigación.

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo es la calidad de vida de los adultos mayores edéntulos portadores y no portadores de prótesis removible atendidos en el consultorio dental del C.S. Ciudad Nueva durante los meses Enero a Marzo del 2013?

1.2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Conocer la calidad de vida de los adultos mayores edéntulos portadores y no portadores de prótesis removible atendidos en el consultorio dental del C.S. Ciudad Nueva, durante los meses Enero a Marzo del 2013

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la frecuencia y tipo de edentulismo en los adultos mayores atendidos en el consultorio dental del C.S. Ciudad Nueva durante los meses Enero a Marzo del 2013
- Determinar la frecuencia de portadores y no portadores de prótesis removible en adultos mayores edéntulos atendidos en el consultorio dental del C.S. Ciudad Nueva durante los meses Enero a Marzo del 2013
- Evaluar la calidad de vida general según la escala SF-36 en los adultos mayores edéntulos portadores y no portadores de prótesis removible atendidos en el consultorio dental del C.S. Ciudad Nueva durante los meses Enero a Marzo del 2013
- Determinar si existen diferencias significativas en las dimensiones físicas de la calidad de vida, según el uso de prótesis removible de los adultos mayores edéntulos atendidos en el C.S. Ciudad Nueva durante los meses Enero a Marzo del 2013

- Determinar si existen diferencias significativas en las dimensiones mentales de la calidad de vida, según el uso de prótesis removible de los adultos mayores edéntulos atendidos en el C.S. Ciudad Nueva durante los meses Enero a Marzo del 2013

1.3. JUSTIFICACIÓN

Debido a que existe un alto porcentaje de edentulismo en la población adulta mayor, y que edentulismo presenta un impacto sobre la calidad de vida de las personas, es necesario conocer si el uso de prótesis dental removible influye sobre la calidad de vida de los pacientes edéntulos.

El presente estudio constituye una **investigación original**, debido a que en nuestro país hay escasas investigaciones publicadas sobre la calidad de vida en el paciente edéntulo.

Tiene **relevancia odontológica** debido a la alta prevalencia de edentulismo en la población adulta mayor.

Tiene **relevancia cognitiva**, porque la información publicada sobre el tema es limitada y existe la necesidad de conocer la sintomatología y factores asociados.

Tiene **relevancia académica**, porque conduce a resultados que puedan ser compartidos con profesionales interesados en la temática, particularmente profesionales de las ciencias de la salud.

Por todo lo anterior, considero que el desarrollo del tema propuesto es importante y se justifica, ya que servirá como base útil para el conocimiento de la calidad de vida en los adultos con edentulismo.

CAPÍTULO 2

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. NACIONALES

Awuapara-Flores N. Determinación de la asociación entre el edentulismo y la calidad de vida en la población adulta del distrito de Celendín, Cajamarca en 2010.

Estudio conformado en su mayoría por el género femenino (55.42%). Con una mayor proporción en el grupo mayor de 60 años (39.36%). La mayoría eran edéntulos parciales superiores y/o inferiores: Dentición completa (4,0%), Parcial superior y/o inferior (55,9%), Edéntulo Total (40,1%). En casos de edentulismo parcial el 51,4% no usan prótesis, mientras que entre los edéntulos totales el 59% sí usaba. Sobre la calidad de vida, la población tiene un índice del componente físico de 46,7 puntos y mental de 40,7 puntos. En el componente físico: los hombres tienen 54,8 y las mujeres 40,2 puntos. Según grupos etarios de 31 a 40 tienen 49,6; de 41 a 50 tienen 51,1; de 51 a 60 tienen 45,4 y los >60 con 43,4 puntos. En el componente mental: los hombres tienen 47,8 y las mujeres 35,2 puntos. Según la edad, de 31 a 40 tienen 40,4; de 41 a 50 tienen 46,1; de 51 a 60 tienen 39,5 y >60 tienen 37,3 puntos. Los resultados muestran índices similares del componente físico para los que usan o no prótesis: 46,6 y 46,7 respectivamente, mientras que aquellos con dentición completa tienen 62,2 puntos. Los índices del componente mental son similares para los que usan o no prótesis: 41,8 y 39,7 puntos respectivamente, mientras que los que tienen dentición completa tienen 51,9 puntos (1).

Díaz Montes P. Factores asociados al edentulismo en pacientes diagnosticados en la Clínica de la Facultad de Odontología UNMSM. 2009

El estudio que encontró que en su mayoría los pacientes tenían 17 a 32 años (36%) y fueron del sexo femenino (59%). En cuanto al edentulismo el mayor porcentaje de piezas dentarias perdidas eran molares (51%) seguidas de premolares (33%). Al determinar los factores asociados se obtuvo que la edad, el grado de instrucción y la ocupación son factores asociados significativos al edentulismo; no así el sexo ni el lugar de residencia. No se encontró edentulismo total inferior, si se encontró edentulismo total superior y edentulismo total superior e inferior, que entre los dos suman solo 10 pacientes (6%) (2).

2.1.2. INTERNACIONALES

Esquivel Hernández R, Jiménez Férez J. Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de Iztacala de la UNAM México 2012

El estudio incluyó 53 sujetos con edad media de 67,3 años (40-90 años), con predominio de mujeres (58.5%). Por la edad, la gran mayoría pertenecen al grupo de adultos mayores, sin embargo, 9.4% tenía menos de 60 años. Se encontró un mayor porcentaje de edéntulos en la arcada superior que en la inferior. Antes de la aplicación de las prótesis se detectó que 28.3% no usaba ninguna prótesis, 15% portaba prótesis totales removibles en ambas arcadas. 31.2% de los edéntulos no

usaba ningún tipo de prótesis. Se evaluó la percepción de salud bucal por medio de la puntuación GOHAI, en dos categorías: percepción positiva, no necesita atención bucodental (puntuación <57) y percepción negativa, necesita atención (puntuación >57). Las respuestas al GOHAI antes del uso de las prótesis mostraron una percepción más negativa en funciones de masticación, preocupación ante los demás por el estado de los dientes y problemas al hablar por la falta de dientes. Se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre el antes y el después para los desdentados parciales y los edéntulos, no así para los dentados (3).

Díaz Cárdenas S, Arrieta Vergara K, Ramos Martínez K. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. Colombia 2012

El promedio de edad de los participantes fue de 68,3 años (DE:6,3). La mayoría eran mujeres (56,6%) seguida de varones (43,4%). Con respecto al diagnóstico de salud bucal, el 75% de los participantes presentaban menos de 19 dientes, el 59,1% y el 48,3% presentaban prótesis y restauraciones desadaptadas, respectivamente. Al analizar las dimensiones evaluadas por el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI), que relacionan la salud bucal con la calidad de vida, se encontró que la función psicosocial fue el componente reportado con mayor frecuencia, en especial aquél relacionado con la incomodidad que presentan los adultos mayores al comer frente a otras personas por problemas con sus dientes (44%). Con respecto a la función física, el 63,3% manifestó incomodidad al deglutir sus alimentos y, con respecto a la sensibilidad dental, la molestia

más percibida fue la sensibilidad a los alimentos calientes, fríos o dulces, en un 42,5%. El 74,1% manifestaron un alto impacto de su salud bucal sobre su calidad de vida. Sólo el 16,6% tuvo una percepción baja y el 9,7% una percepción moderada. Sólo se encontró significación estadística con los antecedentes familiares y personales de hipertensión arterial ($p = 0,01$). Con respecto a los diagnósticos de salud bucal, al ser relacionadas con los niveles de percepción de calidad de vida, se encontró significación estadística con la presencia de menos de 19 dientes ($p = 0,01$) (4).

Pennacchiotti Vidal G. Factores que influyen en el uso de prótesis removible en Adultos Mayores recién rehabilitados. Chile. 2006

El estudio incluyó 149 individuos adultos mayores, 65,1% de sexo femenino y 34,9% de sexo masculino; distribuido en 71,8% de edades entre 60 y 74 años (71,8%) y 28,2% de 75 años y más. La mayoría (79,9%) pertenece a la categoría no ansioso de Goldberg y dentro de ésta, el mayor porcentaje tiende a usar sus prótesis siempre (50,4%). En relación a la autopercepción evaluada con el test GOHAI luego de la rehabilitación, entre los individuos con buena autopercepción de su salud oral, destaca el alto porcentaje que usa sus prótesis en forma permanente (siempre). Por otro lado, en los individuos que perciben su salud oral como mala hay un 43% que usa sus prótesis en forma esporádica (a veces) y un 24,1% que no las usa (nunca). Debemos considerar que un 38,9% de individuos de la muestra total, independiente de las frecuencias de uso, tienen una mala autopercepción de su salud oral (5).

2.2.- MARCO TEÓRICO

2.2.1.- EDENTULISMO

El edentulismo se refiere a la pérdida de los dientes deciduos y permanentes. Este hecho puede afectar sustancialmente la salud oral y general, también a la calidad de vida, incluyendo el gusto por las comidas y la nutrición. Algunas evidencias sugieren que el estado de salud oral, particularmente el edentulismo, pueden afectar la ingesta alimentaria. La pérdida de todos los dientes, aún con prótesis total, reduce la efectividad de la masticación y afecta la percepción del sabor, las preferencias y los patrones de consumo de las comidas. Todo ello, afecta en gran medida al estado anímico de las personas edéntulas, ya que su calidad de vida no es la misma a diferencia de cuando tenían todas sus piezas dentarias presentes en boca (6,7).

La pérdida de dientes puede afectar a las personas de cualquier edad, pero ésta es más prevalente en el adulto mayor, ya que son más susceptibles a adquirir enfermedades bucales como la caries dental y la enfermedad periodontal. Anteriormente, se pensaba que la pérdida de dientes era una parte inevitable del ciclo de la vida por la misma reabsorción ósea, pero estudios e investigaciones recientes han demostrado que no todas las enfermedades orales son inevitables por los cambios de la edad, ya que existe una gran variedad de métodos preventivos para mantener las piezas dentarias por un largo período de tiempo. Es por ello que se considera al

edentulismo temprano como una falta de interés y educación por la salud bucal (8).

Todo ello nos lleva a la conclusión de que la presencia de edentulismo en nuestro país, se debe a una falta de conocimientos sobre cuidado dental, ya que no se le da la importancia debida. Existen diversos factores que pueden desencadenar una amplia gama de enfermedades en la cavidad bucal, las cuales ocasionan que se inicie el proceso de pérdida de dientes y, por ende, aumente el índice de edentulismo en la población (9)

A.-PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO

En el Perú, las enfermedades orales más prevalentes son la caries dental y la enfermedad periodontal, las cuales afectan la permanencia de los dientes en boca. Esto se debe a diversas razones, siendo la más observada, el porqué la persona no acude al profesional de la salud hasta que el dolor dental es insoportable, por lo que los tratamientos a realizar se restringen a la exodoncia. Asimismo, ya sea por falta de interés, ausencia de conocimiento o problemas económicos, la mayoría no se realiza el tratamiento indicado. La mayor parte de personas cuando sufren alguna patología oral que conlleva al dolor e incomodidad en la cavidad oral, optan por la exodoncia antes que otro tratamiento, por lo que la pérdida de dientes se produce antes del tiempo esperado.

B EFECTO DEL EDENTULISMO

Existen una serie de impactos negativos asociados al edentulismo. Entre ellos: la disminución de la habilidad para masticar y hablar, y la pobre alimentación que conlleva a la enfermedad (10).

SALUD FÍSICA

Las partes de la boca más importantes la constituyen los dientes, ya que son las herramientas que el ser humano utiliza para poder masticar una amplia gama de alimentos con valores nutricionales variados. Pero, cuando estos son perdidos por diversas razones, ya no es posible que la persona mastique con la misma efectividad a diferencia de cuando se tenían todas las piezas dentarias presentes. La función masticatoria disminuye ocasionando un cambio brusco en la elección de las comidas. La evidencia nos da a comprender que la población edéntula evita comidas tales como frutas, vegetales y carnes, siendo sus alimentos de elección las comidas procesadas, ya que tiene mayor facilidad para consumirlas (11).

Como las personas edéntulas no tienen una dieta rica en nutrientes, consumen en su mayoría vitaminas, minerales y proteínas con el fin de mejorar su alimentación, pero aún así se encuentran en un alto riesgo de presentar malnutrición a diferencia de las personas dentadas que no poseen ningún problema para el consumo de las comidas. Diversos estudios

han realizado exámenes odontológicos recolectando datos sobre la dieta establecida en cada sujeto, y han llegado a la conclusión de que las personas dentadas tienen un consumo mayor de vitamina C, vitamina E, calcio, proteínas, fibra, hierro, tiamina, riboflavina, niacina, acidopantoténico e intrínseco. Con toda esa información, se confirma la hipótesis de que la ingesta de nutrientes tiene mayor aporte calórico en la población que posee piezas dentarias a diferencia de la población edéntula. Es por ello que se considera a esta última como grupo de riesgo para sufrir diversas enfermedades crónicas por las mismas deficiencias nutricionales que poseen (11).

SALUD PSICOLÓGICA

Diversos estudios han encontrado que la presencia de piezas dentarias en boca tiene un gran aporte social y cultural en el ser humano, por lo que las personas que los han perdido parcial o totalmente, por distintas razones, tienden a evitar las interacciones sociales con el fin de evadir una situación embarazosa cuando la otra persona descubra las alteraciones orales adquiridas. Esto quiere decir que un alto porcentaje de individuos tiende a sentir incomodidad por la deficiencia de su salud oral frente a la población. En cierta forma, se puede decir que el edentulismo limita las interacciones sociales y culturales en el entorno, por lo que provoca sentimientos inevitables de baja autoestima y agobio por el estado de salud oral adquirido (11).

2.2.2.- CALIDAD DE VIDA

Anteriormente, se utilizaba la expresión Calidad de Vida para referirse al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida. Para la década de los 50 e inicios de los 60, gracias al interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por el efecto de la industrialización de la sociedad, surge la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, por lo que se empieza el desarrollo de los indicadores sociales y estadísticos, los cuales permiten medir datos y hechos asociados con el bienestar social de una población específica. En un inicio estos indicadores fueron utilizados como referencia a las condiciones objetivas de tipo económico y social, siendo usados posteriormente también con los elementos subjetivos (12).

Aún hacia el siglo XX existía falta de consenso sobre la definición de la Calidad de Vida y su evaluación. Durante el transcurso de la historia se han presentado dos aproximaciones básicas: la que la concibe como una entidad unitaria y la que la considera como un conjunto compuesto por una serie de dominios. Felce y Perry encontraron distintos modelos conceptuales para Calidad de Vida, por lo que utilizando como base las tres conceptualizaciones propuestas por Borthwick-Duffy añaden una cuarta. Con ello, definen la Calidad de Vida como el tipo de las condiciones de vida que lleva una persona:

- a) como la satisfacción que experimenta la persona con sus condiciones vitales

- b) como la combinación de los componentes, objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que experimenta,
- c) como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal según la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales,
- d) como la combinación de las condiciones de vida y satisfacción en función de una escala de importancia (12).

Los enfoques de investigación de la Calidad de Vida difieren, pero es posible englobarlos en dos tipos:

- a) Enfoque cuantitativo, donde el fin es operacionalizar la Calidad de Vida. Para poder realizarlo se han estudiado distintos indicadores: sociales (condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, bienestar social, amistad, estándar de vida, educación, seguridad pública, ocio, vecindario, vivienda, entre otros), psicológicos (reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de experiencias vitales determinadas) y ecológicos (ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del entorno).
- b) Enfoque cualitativo, el cual adopta una postura de comprensión mientras la persona relata sus experiencias, desafíos y problemas y la manera cómo los servicios sociales los apoyan adecuadamente.

Cabe resaltar que, en el modelo de Calidad de Vida de Schalock y Verdugo, no se define el concepto sino se propone un modelo compuesto por dimensiones e indicadores centrales de una vida de calidad y se establecen los principios sobre cómo entender la Calidad de Vida (12) .

La definición y concepción de la Calidad de Vida es y seguirá siendo un proceso complejo para un grupo numeroso de filósofos. Se trata de un concepto relacionado con el bienestar social, el cual depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos (libertades, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas). Estos son elementos indispensables para el desarrollo del individuo y de la población; por lo que caracterizan la distribución social y establecen un sistema de valores culturales que coexisten en la sociedad (13,14).

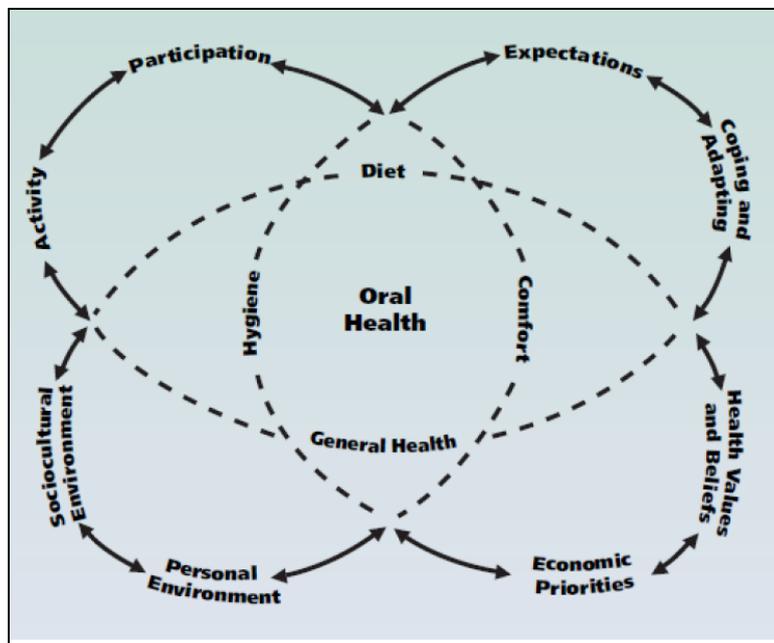
2.2.3.- CALIDAD DE VIDA Y SALUD ORAL

Diversos investigadores han adoptado teorías y cuestionarios estructurados para poder analizar e interpretar el impacto que genera la salud oral sobre la calidad de vida. MacEntee y colaboradores han realizado un estudio a base de entrevistas, con el fin de explorar el impacto que ofrece la salud oral sobre la vida diaria de las personas tanto dentadas como edéntulas (15).

Se combinó la información obtenida de las encuestas con los conceptos recientes sobre la salud y la incapacidad descrita por la OMS para construir un nuevo modelo de salud oral. Brondani y colaboradores (16), utilizaron información adicional reunida de varios grupos de personas adultas para desarrollar un modelo de salud oral adecuadamente. El resultado fue un esquema compuesto por 4 temas principales: confort, salud general, higiene y dieta, los cuales afectan la vida de los individuos social y personal (10).

Este esquema muestra la interacción entre los 4 temas principales (dieta, higiene, confort y salud general), como también la influencia del ambiente personal y social en la salud oral. Se ilustra el potencial que posee una persona para adaptarse a la incapacidad e influencia que los temas principales ejercen sobre las actividades cotidianas de las personas. El modelo está basado directamente en las experiencias de la población adulta con buena salud. Este combina las teorías actuales de envejecimiento con énfasis en la adaptación física, psicológica y social con el fin de mantener un sentido de coherencia y una respuesta positiva hacia la salud deficiente, a pesar de su tendencia para perjudicar la calidad de vida en edad adulta (15).

FIGURA 1
MODELO DE SALUD ORAL



FUENTE: Quality of Life as an Indicator of Oral Health in Older People. (15)

El deterioro oral es una etapa inevitable en la edad adulta, pero no necesariamente tiene que producir un impacto negativo sobre la calidad de vida. El envejecimiento usualmente surge mediante una serie de experiencias imprevistas, mediante las cuales las personas se adaptan para hacer frente a la adversidad. Usualmente, los individuos tienden a asimilar la mala salud oral para compensar las expectativas y percepciones de pérdida, por lo que modifican actividades y expectativas con el fin de sobrellevar una calidad de vida aceptable. Esto quiere decir que las personas con mala salud oral al no sentirse a gusto con su situación, evitan interacciones con las personas de su entorno con el fin de evadir un escenario incómodo, lo

que repercute indiscutiblemente sobre la calidad de vida (17).

Diversos cuestionarios han sido desarrollados para poder documentar y medir el efecto negativo que ejerce la mala salud oral sobre la calidad de vida. Aun así, es difícil interpretar las mediciones de un modo práctico y clínico. Es por ello que se establece un modelo de salud oral con el uso de conceptos actuales sobre envejecimiento e incapacidades. Como un complemento de los cuestionarios existentes que evalúan el impacto que produce la mala salud oral en la calidad de vida, este nuevo modelo ofrece una base conceptual derivada directamente de la población adulta según el diseño de los estudios y encuestas recientes (12).

2.2.4.- CALIDAD DE VIDA Y SALUD ORAL

El estado en que se encuentra la dentición del adulto repercute en diversos aspectos de la vida cotidiana, como son: la nutrición, autoestima, relaciones con el entorno, bienestar y salud general. Cuando una persona es edéntula, pierde toda conexión con las funciones que realizan los dientes en la boca. Entre estas, cabe resaltar a la alimentación, ya que se trata de la dieta que cumple con todas las necesidades del organismo (17).

La nutrición constituye uno de los factores que tienen marcado efecto sobre el envejecimiento, ya que sus deficiencias aumentan la susceptibilidad a las

enfermedades, lo que incrementa el índice de morbilidad y mortalidad en el país. Es por ello que se estima que cerca de la mitad de los trastornos que se presentan en edad adulta podrían estar asociados a deficiencias nutricionales (18).

Los dientes, además de su participación en la alimentación, también repercuten un componente estético. Estos brindan soporte y estructura a los tejidos duros y blandos de la boca, por lo que su ausencia implica cambios morfológicos en el rostro y, por ende, alteraciones psicológicas incluyendo la baja autoestima y la evasión de relaciones interpersonales. A través de la conservación de los dientes en boca, se busca mantener la calidad de vida con el fin de que perpetúe la percepción que se tiene del grado de gusto por la dentición presente en el desempeño de las actividades de la vida diaria (12).

Asimismo, la falta de dientes también ha sido considerada como un factor de riesgo en el desarrollo de desnutrición en adultos mayores. En especial, cuando no se realiza una rehabilitación total adecuada con dientes que reemplacen piezas perdidas y faciliten la selección consumo de los alimentos.

2.2.5.- MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Existen una serie de instrumentos de medida para determinar el nivel de Calidad de Vida, los cuales son utilizados con el fin de determinar los sujetos afectados, pronosticar el resultado de una intervención y analizar los

posibles cambios frente a distintos tratamientos o intervenciones. Asimismo, los instrumentos se dividen en genéricos, los cuales no están relacionados con ninguna enfermedad y son aplicables a toda la población en general, y específicos, los cuales contienen dimensiones de la Calidad de Vida de una determinada padecimiento a evaluar. Es por ello que se han diseñado instrumentos específicos para evaluar la Calidad de Vida de pacientes con distintas patologías concretas (13).

En cuanto al grupo de instrumentos genéricos, los más usados son: Sickness Impact Profile (Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad), Nottingham Health Profile (Perfil de Salud de Nottingham) y la encuesta SF-36 (19), los cuales aportan con información descriptiva, predictiva y evaluativa de una persona o grupo de personas mediante una puntuación que resume cada dimensión y permite aplicar estrategias para interpretar la sumariación global y caracterizar el perfil de salud global de cada individuo (13).

En el presente estudio se empleó el cuestionario de salud SF-36, el cual fue utilizado en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcome Study) permitiendo establecer un perfil de salud con aplicación para la población general en estudios descriptivos y de evaluación. Este instrumento ha ido recibiendo diversos cambios mediante la colaboración de investigadores de 15 países que trabajaron en la adaptación cultural de la encuesta IQOLA (International Quality of Life Assessment). Este cuestionario se encontraba en el idioma inglés, por lo que fue traducido al español y, posteriormente,

adaptado con ajustes e interpretaciones de la versión original con la ayuda de sus respectivos autores para armonizar el contenido internacionalmente. En la siguiente fase, con el fin de analizar el nivel de comprensión y factibilidad del cuestionario, se realizaron estudios pilotos en pacientes crónicos siendo ejecutados, consecutivamente, los estudios requeridos para evaluar la validez, fiabilidad y ajustar el estándar con los distintos países (20).

El cuestionario de salud SF-36 está conformado por 36 preguntas que valoran los estados positivos y negativos de la salud. Para su creación, se seleccionó una mínima cantidad de conceptos para mantener la validez y características del test original, los cuales se encuentran representados a través de 8 dimensiones basadas en los aspectos de salud utilizados con más frecuencia y relacionados con la enfermedad y el tratamiento. Las 8 escalas que cubren los 36 items del cuestionario son: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Además, se añade una pregunta sobre el cambio de estado de salud general con respecto al año anterior, lo que facilita información importante sobre la percepción del encuestado sobre el cambio de estado de salud un año atrás desde la realización del test SF-36 (21).

Entre los problemas encontrados tras el uso del cuestionario SF-36, se menciona que no incluye algunos conceptos sobre salud de gran importancia; como son, los trastornos del sueño, función cognitiva, función familiar y función sexual. Estos son de relevancia para el análisis, ya que existe una

amplia gama de enfermedades que afectan distintos niveles de las escalas de salud. Además, se han descrito problemas para la aplicación de la encuesta en el adulto mayor, ya que existe un elevado porcentaje de ellos que presenta dificultad para responder todas las preguntas. Por todo ello, estudios aconsejan utilizar un formato con las preguntas impresas en mayor tamaño, seguido de sus respectivas opciones de respuesta.

La encuesta SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en una población adulta (mayores de 14 años), mediante 8 escalas de salud resultado del promedio de la suma de preguntas contenidas:

- a) Función física: Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.
- b) Rol físico: Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.
- c) Dolor corporal: Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.
- d) Salud general: Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.

- e) Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.
- f) Función social: Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
- g) Rol emocional: Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.
- h) Salud mental: Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

CAPITULO 3

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1.- HIPÓTESIS

3.1.1.- HIPÓTESIS ESPECÍFICA 01

H₁: Los adultos mayores edéntulos portadores de prótesis removible presentan significativamente mejor calidad de vida que los adultos mayores edéntulos no portadores de prótesis removible en el consultorio dental del C.S. Ciudad Nueva durante los meses Enero a Marzo del 2013

H₀: Los adultos mayores edéntulos portadores de prótesis removible no presentan significativamente mejor calidad de vida que los adultos mayores edéntulos no portadores de prótesis removible en el consultorio dental del C.S. Ciudad Nueva durante los meses Enero a Marzo del 2013

3.2.- DEFINICIÓN DE VARIABLE: CALIDAD DE VIDA

Calidad de Vida es un concepto utilizado para evaluar el grado de altos valores en los índices de bienestar bio-social general de los individuos. El término se utiliza en una generalidad de contextos, tales como Sociología, Ciencias Políticas, Medicina, estudios del desarrollo, etc. No debe ser confundido con el concepto de nivel de vida, que se basa primariamente en ingresos.

Para medir la calidad de vida empleamos el cuestionario de salud SF-36, el cual fue validado en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcome Study) permitiendo establecer un perfil de salud con aplicación para la población general en estudios descriptivos y de evaluación. La encuesta SF-36, es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable a la población en general. Evalúa aspectos de la calidad de vida en una población adulta (mayores de 14 años), mediante 8 escalas de salud (dimensiones) resultado del promedio de la suma de preguntas contenidas:

Calidad de vida físico

1. **Función física:** Nivel de limitación para realizar esfuerzos.
2. **Rol físico:** Situación en que la salud física interfiere con el desempeño del trabajo o actividades cotidianas.
3. **Dolor corporal:** Presencia de dolor en alguna región del cuerpo.
4. **Salud general:** Autovaloración de la situación personal respecto a salud futura y resistencia a enfermarse.

Calidad de vida mental

5. **Vitalidad:** Sensación de energía, cansancio o agotamiento (siempre o casi siempre).
6. **Función social:** Nivel en que la salud física o los problemas emocionales dificultan tener relaciones con amigos, vecinos o parientes.
7. **Rol emocional:** Presencia de problemas emocionales mientras se realizan las actividades cotidianas.

8. **Salud mental:** Sensación de nerviosismo (algunas veces, alguna vez o nunca), sensación de felicidad (siempre, casi siempre u casualmente).

Todas las secciones se califican dentro de una escala del 0 al 100, considerando que el valor máximo representa el mejor estado de salud posible.

3.3.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE (DIMENSION)	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Función física	Nivel en que la salud limita las actividades físicas como: autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, llevar pesos, y realizar esfuerzos moderados e intensos.	Cualitativa	Ordinal	Puntaje de 0 a 100 obtenido de la encuesta SF-36.
Rol físico	Nivel en que la salud física limita el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo tener un rendimiento menor que el deseado, tener limitaciones en las actividades o dificultad en realizarlas.	Cualitativa	Ordinal	Puntaje de 0 a 100 obtenido de la encuesta SF-36.
Dolor corporal	La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera como dentro de la vivienda.	Cualitativa	Ordinal	Puntaje de 0 a 100 obtenido de la encuesta SF-36.
Salud general	Valoración personal de la salud que incluye: salud actual, perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a la enfermedad que se tiene.	Cualitativa	Ordinal	Puntaje de 0 a 100 obtenido de la encuesta SF-36.
Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.	Cualitativa	Ordinal	Puntaje de 0 a 100 obtenido de la encuesta SF-36.

Función social	Nivel en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social.	Cualitativa	Ordinal	Puntaje de 0 a 100 obtenido de la encuesta SF-36.
Rol emocional	Nivel en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo la reducción en el tiempo dedicado a ellas, tener menor rendimiento que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.	Cualitativa	Ordinal	Puntaje de 0 a 100 obtenido de la encuesta SF-36.
Salud mental	Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta, y el efecto positivo en general.	Cualitativa	Ordinal	Puntaje de 0 a 100 obtenido de la encuesta SF-36.
Sexo	Características fenotípicas externas.	Cualitativa	Nominal	-Femenino -Masculino
Grupo etario	Tiempo de vida de los encuestados según grupos de edades.	Cuantitativa	Razón	-61 a 65 años -66 a 70 años -71 a 75 años -76 a 80 años ->80 años
Tipo de edentulismo	Condición que distingue el tipo de dentición.	Cualitativa	Nominal	-Edentulismo parcial -Edentulismo total
Uso de prótesis	Característica que define a cada individuo, ya sea portador o no de prótesis dental.	Cualitativa	Nominal	-Sí -No

CAPITULO 4

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.- DISEÑO

El presente estudio tiene un diseño no experimental, es descriptivo, prospectivo y transversal.

- **No experimental:** Porque el estudio se encargará de observar y analizar las variables propuestas sin modificar o controlarlas.
- **Descriptivo:** Porque se describen la frecuencia de las características de los adultos mayores y su calidad de vida.
- **Prospectivo:** Porque se identificó a los adultos mayores edéntulos y se recolectó la información para el estudio mediante entrevista de los pacientes seleccionados.
- **Corte transversal:** Porque la recolección de la información se considera un tiempo o periodo determinado al momento de la entrevista.

4.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA

La población está formada por todos adultos mayores edéntulos que acudieron al consultorio dental del Centro de Salud de Ciudad Nueva durante los meses Enero a Marzo del 2013.

Para el desarrollo del estudio no se consideró tamaño muestral ni muestra, porque se incluyó al 100% de pacientes que cumplieron los criterios de selección.

Finalmente, nuestro estudio incluye a 101 adultos mayores edéntulos que cumplieron los criterios del estudio.

4.3.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes mayores de 60 años que acudieron al consultorio dental de Centro de Salud de Ciudad Nueva durante los meses Enero-Marzo del 2013
- Pacientes edéntulos parciales o totales
- Pacientes portadores y no portadores de prótesis dental removible

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes edéntulos portadores de prótesis fija
- Ficha de recolección de datos incompleta.

4.4.- RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de los datos se realizó mediante una entrevista dirigida a los adultos mayores edéntulos y estuvo a cargo de la investigadora. Previamente a la entrevista, se solicitó el consentimiento informado de los participantes en el estudio.

La información se obtuvo mediante el uso de la encuesta SF-36, la cual se trata de una escala genérica que proporciona un

perfil del estado de salud y es aplicable a la población en general.

El cuestionario de salud SF-36, fue validado en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcome Study) permitiendo establecer un perfil de salud con aplicación para la población general en estudios descriptivos y de evaluación. Este instrumento ha ido recibiendo diversos cambios mediante la colaboración de investigadores de 15 países que trabajaron en la adaptación cultural de la encuesta IQOLA (International Quality of Life Assessment) (13).

La encuesta SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en una población adulta (mayores de 14 años), mediante 8 escalas de salud resultado del promedio de la suma de preguntas contenidas:

1. Función física: Nivel de limitación para realizar esfuerzos.
2. Rol físico: Situación en que la salud física interfiere con el desempeño del trabajo o actividades cotidianas.
3. Dolor corporal: Presencia de dolor en alguna región del cuerpo.
4. Salud general: Autovaloración de la situación personal respecto a salud futura y resistencia a enfermarse.
5. Vitalidad: Sensación de energía, cansancio o agotamiento (siempre o casi siempre).
6. Función social: Nivel en que la salud física o los problemas emocionales dificultan tener relaciones con amigos, vecinos o parientes.
7. Rol emocional: Presencia de problemas emocionales mientras se realizan las actividades cotidianas.

8. Salud mental: Sensación de nerviosismo (algunas veces, alguna vez o nunca), sensación de felicidad (siempre, casi siempre u casualmente).

Todas las secciones fueron calificadas dentro de una escala del 0 al 100, considerando que el valor máximo representa el mejor estado de salud posible. De esta manera se tiene una visión mucho más general sobre la calidad de vida en la población, lo que nos permite establecer la magnitud del efecto que produce el edentulismo sobre la calidad de vida de las personas.

CAPÍTULO 5
PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE
DATOS

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

La información obtenida de las entrevistas, nos permitió crear una base de datos en una hoja de cálculo que nos sirvió para la tabulación de los datos recolectados. Posteriormente, esta información fue analizada utilizando el software estadístico SPSS v.21.

Se elaboraron cuadros y gráficos para presentar las distribuciones de las frecuencias de cada variable de estudio. Para comparar los puntajes obtenidos de la evaluación de la calidad de vida, utilizamos la prueba estadística de “t de Student” para comparación de medias con un índice de confiabilidad >95% ($p < 0.05$).

Finalmente, la distribución de frecuencias y comparación de medias, se presentaron gráficamente mediante diagrama de barras de error.

CAPÍTULO 6
RESULTADOS, DISCUSIÓN,
CONCLUSIONES,
RECOMENDACIONES

6.1.- RESULTADOS

El estudio está constituida por 101 adultos mayores edéntulos que acudieron al consultorio dental del Centro de Salud de ciudad Nueva durante los meses Enero a Marzo del 2013.

A continuación se presentan los resultados.

TABLA 01
EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES
EDÉNTULOS TRATADOS EN EL C.S. CIUDAD NUEVA
ENERO MARZO 2013

EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
61-65	20	19,8%	9	8,9%	29	28,7%
66-70	15	14,9%	10	9,9%	25	24,8%
71-75	17	16,8%	10	9,9%	27	26,7%
76-80	5	5,0%	9	8,9%	14	13,9%
81-85	4	4,0%	2	2,0%	6	5,9%
TOTAL	61	60,4%	40	39,6%	101	100%

FUENTE: Ficha de Recolección y Escala SF-36. Ciudad Nueva 2013

INTERPRETACION:

En la tabla observamos el sexo y edad de los pacientes adultos mayores atendidos en C.S. Ciudad Nueva. Observamos que del total de adultos mayores edéntulos atendidos, el 60,4% eran de sexo femenino y 39,6% de sexo masculino. Se observa también que 28,7% de pacientes tenía entre 61-65 años, seguido de 26,7% entre 71-75 años y 24,7% entre 66-70 años.

TABLA 02
TIPO DE EDENTULISMO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES
EDÉNTULOS TRATADOS EN EL C.S. CIUDAD NUEVA
ENERO MARZO 2013

TIPO DE EDENTULISMO	N	%
EDENTULISMO PARCIAL	79	78,2%
EDENTULISMO TOTAL	22	21,8%
TOTAL	101	100,0%

FUENTE: Ficha de Recolección y Escala SF-36. Ciudad Nueva 2013

INTERPRETACION:

En la tabla se muestra que 79 de los 101 adultos mayores edéntulos atendidos en el C.S. Ciudad Nueva presentaban edentulismo parcial, representando el 78,2% de los pacientes. Mientras que 22 pacientes presentaban edentulismo total representando el 21,8% de los adultos mayores edéntulos.

TABLA 03
USO DE PRÓTESIS REMOVIBLE DE MAXILAR SUPERIOR EN
ADULTOS MAYORES EDÉNTULOS TRATADOS EN EL
C.S. CIUDAD NUEVA ENERO MARZO 2013

PRÓTESIS DE MAXILAR SUPERIOR	TOTAL	
	N	%
SÍ	23	22,8%
NO	78	77,2%
TOTAL	101	100,0%

FUENTE: Ficha de Recolección y Escala SF-36. Ciudad Nueva 2013

INTERPRETACION:

En la tabla se observa que 22,8% de los adultos mayores edéntulos portaban prótesis removible del maxilar superior y 77,2% no usaba prótesis.

TABLA 04
USO DE PRÓTESIS REMOVIBLE DE MAXILAR INFERIOR EN
ADULTOS MAYORES EDÉNTULOS TRATADOS EN EL
C.S. CIUDAD NUEVA ENERO MARZO 2013

PRÓTESIS DE MAXILAR INFERIOR	TOTAL	
	N	%
SÍ	19	18,8%
NO	82	81,2%
TOTAL	101	100,0%

FUENTE: Ficha de Recolección y Escala SF-36. Ciudad Nueva 2013

INTERPRETACION:

En la tabla se observa que 18,8% de los adultos mayores edéntulos portaban prótesis removible del maxilar inferior y 81,2% no usaba prótesis.

TABLA 05
MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA ESCALA SF-36 DE
LOS ADULTOS MAYORES EDÉNTULOS DEL C.S. CIUDAD NUEVA
ENERO MARZO 2013

CALIDAD DE VIDA	CON PRÓTESIS	SIN PRÓTESIS	P
MEDIA	45,11	47,86	0,453
DE	14,98	16,63	
MIN	15,18	16,54	
MAX	84,15	88,63	

FUENTE: Ficha de Recolección y Escala SF-36. Ciudad Nueva 2013

INTERPRETACION:

En la tabla se evidencia que el promedio obtenido según la Escala SF-36 aplicado a los adultos mayores para medir su Calidad de Vida, es mayor en los pacientes que no usan prótesis removibles (47,86 puntos \pm 14,98) sobre los que si usan prótesis (45,11 puntos \pm 16,63). Sin embargo esta diferencia en las mediciones (2,75 puntos) no es estadísticamente significativa ($p=0,453$)

TABLA 06
DIMENSIONES FÍSICAS DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL USO
DE PRÓTESIS REMOVIBLE DE LOS ADULTOS MAYORES
EDÉNTULOS DEL C.S. CIUDAD NUEVA ENERO MARZO 2013

DIMENSIONES FÍSICAS DE LA ESCALA SF-36		CON PRÓTESIS	SIN PRÓTESIS	P
FUNCIÓN FÍSICA	MEDIA	48,7	59,0	0,044
	D.E.	24,0	24,5	
ROL FÍSICO	MEDIA	39,8	63,5	0,001
	D.E.	28,8	29,6	
DOLOR CORPORAL	MEDIA	33,4	43,7	0,034
	D.E.	25,2	19,9	
SALUD GENERAL	MEDIA	27,2	28,1	0,837
	D.E.	20,8	18,4	

FUENTE: Ficha de Recolección y Escala SF-36. Ciudad Nueva 2013

INTERPRETACION:

En la tabla se evidencia que el puntaje de todas las dimensiones físicas de la calidad de vida según la Escala SF-36 es mayor en los pacientes sin prótesis. Pero estas diferencias solo fueron significativas en las dimensiones de: función física ($p=0,044$), rol físico ($p=0,001$) y dolor corporal ($p=0,034$) y no fueron significativas con la salud general de los pacientes ($p=0,837$). Estos resultados evidencian que los adultos mayores que no usan prótesis removible presentan significativamente mejor calidad de vida referente a sus funciones físicas, rol físico y dolor corporal que aquellos pacientes que usan prótesis removibles.

TABLA 07
DIMENSIONES MENTALES DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL USO
DE PRÓTESIS REMOVIBLE DE LOS ADULTOS MAYORES
EDÉNTULOS DEL C.S. CIUDAD NUEVA
ENERO MARZO 2013

DIMENSIONES MENTALES DE LA ESCALA SF-36		CON PRÓTESIS	SIN PRÓTESIS	P
VITALIDAD	MEDIA	50,19	49,86	0,912
	D.E.	13,48	12,63	
FUNCIONAMIENTO SOCIAL	MEDIA	66,26	42,27	0,000
	D.E.	20,49	24,34	
ROL EMOCIONAL	MEDIA	46,96	47,36	0,959
	D.E.	37,36	33,22	
SALUD MENTAL	MEDIA	48,30	49,08	0,790
	D.E.	13,67	12,83	

FUENTE: Ficha de Recolección y Escala SF-36. Ciudad Nueva 2013

INTERPRETACION:

En la tabla se presenta las dimensiones mentales de la calidad de vida según la Escala SF-36. Se evidencia que los pacientes que no usan prótesis removible presentan mejor puntaje referente a las dimensiones del rol emocional y salud mental que los pacientes que usan prótesis, sin embargo estas diferencias no fueron significativas ($p > 0,05$ en ambos casos). Sin embargo, la única dimensión que evidencia resultados significativos es el funcionamiento social que es mejor en los pacientes que usan prótesis (66,26 puntos) que en aquellos que no lo usan (42,27 puntos). Evidenciando que el uso de prótesis removible se asocia con mejor funcionamiento social de los adultos mayores edéntulos ($p = 0,000$).

TABLA 08
CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES
EDÉNTULOS DEL C.S. CIUDAD NUEVA ENERO MARZO 2013

SEXO	N	MEDIA	D.E.	P
MASCULINO	40	48,7	17,1	0,411
FEMENINO	61	46,1	15,6	

FUENTE: Ficha de Recolección y Escala SF-36. Ciudad Nueva 2013

INTERPRETACION:

En la tabla se observa que a pesar que los varones presentaron mejor calidad de vida que las mujeres (48,7 vs. 46,1 puntos), esta diferencia no fue significativa ($p=0,411$). Evidenciando que el sexo de los pacientes edentulos no se asocia significativamente con la calidad de vida de los adultos mayores.

TABLA 09
CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES
EDÉNTULOS DEL C.S. CIUDAD NUEVA ENERO MARZO 2013

EDAD	N	MEDIA	D.E.	P
61-65	25	58,8	13,5	
66-70	29	52,3	14,2	
71-75	27	39,8	11,5	0,000
76-80	14	36,33	11,7	
81-85	6	27,1	13,1	

FUENTE: Ficha de Recolección y Escala SF-36. Ciudad Nueva 2013

R de Spearman =-0,627

INTERPRETACION:

En la tabla se observa que los adultos mayores presentan decremento de su calidad de vida conforme incrementa su edad (de 58,8 puntos para los pacientes con 61-65 años hasta 27,1 puntos para 81-85 años según la Escala SF-36). Estos resultados evidencian que existe correlación significativa y negativa entre la edad y la calidad de vida de los adultos mayores edentulos (R=-0,627 con p=0,000).

TABLA 10
CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL TIPO DE EDENTULISMO DE LOS
ADULTOS MAYORES DEL C.S. CIUDAD NUEVA
ENERO MARZO 2013

TIPO DE EDENTULISMO	N	MEDIA	D.E.	P
EDENTULISMO PARCIAL	79	49,5	15,7	0,004
EDENTULISMO TOTAL	22	38,5	15,1	

FUENTE: Ficha de Recolección y Escala SF-36. Ciudad Nueva 2013

INTERPRETACION:

En la tabla se observa que los adultos mayores que presentan edentulismo parcial presentaron mejor calidad de vida que los pacientes con edentulismo total (49,5 vs. 38,5 puntos), resultando una diferencia muy significativa ($p=0,004$). Estos resultados evidencian que el edentulismo parcial se asocia con mejor calidad de vida que el edentulismo total en los adultos mayores.

TABLA 11
CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL USO DE PRÓTESIS REMOVIBLE DE
MAXILAR SUPERIOR DE LOS ADULTOS MAYORES
EDÉNTULOS DEL C.S. CIUDAD NUEVA
ENERO MARZO 2013

PRÓTESIS DEL MAXILAR SUPERIOR	N	MEDIA	D.E.	P
SÍ	23	43,2	15,1	0,181
NO	78	48,3	16,4	

FUENTE: Ficha de Recolección y Escala SF-36. Ciudad Nueva 2013

INTERPRETACION:

En la tabla se observa que a pesar que los pacientes que no usan prótesis removible del maxilar superior presentaron mejor calidad de vida que aquellos pacientes que si usan prótesis (48,3 vs. 43,2 puntos), esta diferencia no fue significativa ($p=0,181$). Evidenciando que el uso de prótesis removible del maxilar superior no se asocia significativamente con la calidad de vida de los adultos mayores.

TABLA 12
CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL USO DE PRÓTESIS REMOVIBLE DE
MAXILAR INFERIOR DE LOS ADULTOS MAYORES EDÉNTULOS
DEL C.S. CIUDAD NUEVA ENERO MARZO 2013

PRÓTESIS DEL MAXILAR INFERIOR	N	MEDIA	D.E.	P
SÍ	19	48,1	15,3	0,226
NO	82	44,2	16,4	

FUENTE: Ficha de Recolección y Escala SF-36. Ciudad Nueva 2013

INTERPRETACION:

En la tabla se observa que a pesar que los pacientes que usan prótesis removible del maxilar inferior presentaron mejor calidad de vida que aquellos pacientes que no usan prótesis (48,1 vs. 44,2 puntos), esta diferencia no fue significativa ($p=0,226$). Evidenciando que el uso de prótesis removible del maxilar superior no se asocia significativamente con la calidad de vida de los adultos mayores.

6.2.- DISCUSIÓN

Las principales enfermedades que afectan a los adultos mayores son la caries dental y las enfermedades periodontales y como consecuencia de éstas se presenta un alto porcentaje de dientes perdidos.

Existen una serie de impactos negativos asociados al edentulismo. Entre ellos; la disminución de la habilidad para masticar y hablar y la pobre alimentación que conlleva la enfermedad (10). Sin embargo, también se han descrito impactos sociales, debido a que la presencia de piezas dentarias en boca tiene un gran aporte social y cultural en el ser humano, por lo que las personas que los han perdido parcial o totalmente tienden a evitar las interacciones sociales con el fin de evadir una situación embarazosa cuando la otra persona descubra las alteraciones orales adquiridas. Esto quiere decir que un alto porcentaje de individuos tiende a sentir incomodidad por la deficiencia de su salud oral frente a la población. En cierta forma, se puede decir que el edentulismo limita las interacciones sociales y culturales en el entorno, por lo que provoca sentimientos inevitables de baja autoestima y agobio por el estado de salud oral adquirido (3).

Las técnicas protésicas que se emplean en la rehabilitación oral en el adulto mayor son aproximadamente las mismas que se utilizan en cualquier individuo, solamente se han adaptado a las características de la población, las que son diferentes a las del resto de los adultos y es por esta razón debe considerarse en la planificación de los tratamientos. De esta forma acostumbrarse a una prótesis representa graves inconvenientes, debido a la adaptación del sistema neuromuscular con los tejidos adyacentes, de la

masticación, del habla y de la estabilidad de la prótesis. A pesar de todos los problemas que se pueden presentar, los pacientes necesitan una rehabilitación oral que les devuelva la estética, las funciones bucales, la autoestima, y la relación con sus semejantes y que, además, les permita acceder y/o mantener una vida laboral que ayude a solucionar sus problemas económicos.

Nuestro grupo de estudio estuvo conformado principalmente por pacientes adultos mayores de sexo femenino, quienes representaron el 60,4%; mientras que los varones representaron el 39,1% del total de adultos mayores. Estos resultados son similares a la mayoría de publicaciones que aseguran que el sexo femenino acude con más frecuencia a los consultorios dentales para tratar el edentulismo con frecuencias que van desde 55% hasta 65% (1,4,5). En cuanto al grupo etario, cabe resaltar que más de la mitad (53,5%) tenían edades entre 61-70 años. Se pudo observar que a medida que aumentaba la edad de los pacientes, disminuía la frecuencia de estos.

En la tabla 2 describimos que la gran mayoría de pacientes adultos mayores edéntulos, presentaban edentulismo parcial (78,2%), tal como lo confirman otros estudios como el realizado por Awuapara, quien reporta un 55,9% de pacientes con edentulismo parcial (1). En nuestro estudio, los casos de edentulismo total sólo representaron el 21,8%; es decir solo uno de cada cinco pacientes edéntulos.

En las tablas 03 y 04 se dio a conocer que sólo 34% usaba prótesis removible: el 22,8% usaba prótesis de maxilar superior y 18,8% usaba prótesis de maxilar inferior, evidenciando que la mayoría de pacientes edéntulos no era portador de prótesis alguna. Esto se explicaría nuestros pacientes tienden a usar prótesis dental solo

para casos de edentulismo total, tal como lo describe awaupara, quien describe que solo 51% de edéntulos parciales y 59% de edéntulos totales usaban prótesis dentales (1). Mientras que en otro estudio realizado por Díaz C. afirma que 59% de adultos mayores usaba prótesis, frecuencia más alta al 34% de nuestros pacientes (2). Y en referencia a la prótesis más frecuente, Esquivel ratifica nuestros resultados, al aceptar que las prótesis de maxilar superiores son más frecuentes sobre las inferiores (3).

En la tabla 05 se comparan los puntajes obtenidos de la evaluación de la escala de calidad de vida global según el cuestionario SF-36. Ahí describimos que los adultos mayores edéntulos que no usan prótesis presentan 47,86 puntos mientras que los pacientes que usaban prótesis tenían 45,11 puntos. A pesar que los pacientes sin prótesis presentarían mejor calidad de vida que los portadores de prótesis, esta diferencia no fue significativa ($p=0,453$), es decir que estadísticamente la calidad de vida en ambos grupos es similar. Cuando se indica el uso de prótesis dentales a los pacientes, lo realizamos con el propósito de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes. Sin embargo, como nos muestran nuestros resultados, esto no ocurre en todos los casos. Incluso en la mayoría de los pacientes el uso de una prótesis removible puede ser perjudicial. Al respecto, Esquivel y Jiménez, coinciden con nuestros resultados, al asegurar que no existen muestra diferencias importantes al evaluar la calidad de vida antes y después de usar las prótesis dentales según la puntuación GOHAI (3). Incluso, hay estudios que aplicaron el mismo cuestionario en edéntulos y afirman que el uso de dentaduras convencionales ha mostrado un impacto negativo en la calidad de vida de las personas (22).

Como se sabe, el efecto del tratamiento protésico es clínicamente observado o deducido de la satisfacción del paciente, los indicadores clínicos no proporcionan una imagen completa de la salud bucal del paciente, porque no reflejan los aspectos funcionales y psicosociales, de tal manera que no incluye las necesidades o preferencias de los pacientes. Sin embargo, en los siguientes párrafos, describiremos que a pesar que no existen diferencias significativas al comparar los puntajes de la calidad de vida global, sí existen diferencias importantes al analizar los resultados según las dimensiones específicas de la calidad de vida.

En la tabla 06, podemos evidenciar que los pacientes no portadores de prótesis presentan mejor calidad de vida física en comparación a los portadores de prótesis según las dimensiones físicas de la escala SF-36. La función física evalúa el grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos. En nuestro estudio encontramos que los adultos mayores portadores de prótesis presentaron 48,7 puntos mientras que los no portadores mostraron un promedio de 59,0 puntos. Estas diferencias analizadas con la prueba t de student evidencian que son estadísticamente significativas ($p=0,044$). Resultados similares se obtuvieron en otras dimensiones físicas.

La dimensión del rol físico es el grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas. En nuestra serie, los no portadores de prótesis mostraron un puntaje de 63,5 puntos mientras que los portadores sólo 39,8 puntos

($p=0,001$). De igual manera ocurrió con la dimensión de dolor corporal, los no portadores de prótesis mostraron un puntaje de 43,7 puntos mientras que los portadores sólo 33,4 puntos ($p=0,034$). El dolor corporal es la medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar. La única dimensión física que no mostró diferencias significativas entre portadores y no portadores de prótesis fue referente a salud general, que la valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar. En nuestro estudio, los pacientes portadores de prótesis mostraron un puntaje de 28,1 muy parecido a 27,2 de los no portadores ($p=0,837$). Estos resultados difieren al estudio realizado por Awaupara, quien publicó índices similares del componente físico para los que usan o no prótesis: 46,6 y 46,7 respectivamente, pero que sí describe diferencia importante con aquellos con dentición completa tienen 62,2 puntos (1).

En la tabla 07 se analizan las dimensiones mentales de la escala de calidad de vida SF-36. Se pudo evidenciar que los pacientes portadores de prótesis presentaron mayores puntajes que los pacientes no portadores, sin embargo, estas diferencias sólo fueron significativas para la dimensión de funcionamiento social, que mide el grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual, con puntajes de 66,26 para los portadores y 42,27 puntos para los no portadores de prótesis ($p=0,000$). En otros aspectos como la vitalidad, rol emocional y salud mental, las diferencias no fueron significativas ($p>0,05$). Al respecto, Awaupara, describe índices del componente mental similares para los que usan o no prótesis: 41,8 y 39,7 puntos, mientras que los que tienen dentición completa tienen 51,9 punto, significativamente superior a los grupos de edéntulos (1).

Al analizar los resultados de las ultimas tablas podemos comentar que los pacientes edéntulos no portadores de prótesis presentan mejor calidad de vida en las escalas físicas de la calidad de vida tales como: funcionamiento físico, rol físico y dolor corporal ($p < 0,05$), lo que se manifestará con mayor bienestar físico para la masticación (comer más alimentos, eligen y consumen más de los alimentos que le gustan y que no podían por falta de dientes). De manera contraria, encontramos que la dimensión de funcionamiento social fue mejor en los pacientes portadores de prótesis que en los pacientes no portadores ($p = 0,000$). La mejor calidad de vida en el funcionamiento social se manifiesta con menos preocupación ante los demás por el estado de los dientes y problemas al hablar por la falta de dientes (3). Todos estos hallazgos no se hubieran identificado si nos conformamos con medir la calidad de vida global según la escala SF-36. Es por eso que se recomienda siempre estudiar la calidad de vida tanto en su puntuación global así como en las diferentes dimensiones físicas y mentales (3).

En la tabla 08 se compara la calidad de vida según el sexo de los pacientes que participaron en nuestro estudio, y no encontramos diferencias significativas ($p = 0,411$), a pesar que los varones presentaron mejor puntaje que las mujeres (48,7 y 46,1 puntos respectivamente). Estos resultados fueron similares a lo publicado por Awaupara, quien afirma que tanto en el componente físico y mental, los hombres tienen mayor puntaje que las mujeres (componente físico: hombres 54,8 y mujeres 40,2 puntos y en el componente mental: los hombres tienen 47,8 y las mujeres 35,2 puntos), sin embargo estas diferencias tampoco fueron significativas (1).

Respecto a la edad de los pacientes, tal como se presentó en la tabla 09, podemos afirmar que la calidad de vida disminuye significativamente conforme aumenta la edad de los adultos mayores, desde 58,8 puntos para los pacientes con 61-65 años hasta 36,33 puntos para los pacientes con 81-85 años. Resultados similares a los mostrados por awaupara, quien describió el puntaje de 49,6 para grupos etarios de 31 a 40 y disminución a 39,5 puntos para los >60 años (1). Estos resultados evidencian un decremento en la calidad de vida de los adultos y adultos mayores, no solo debidos a la presencia o no de prótesis dental, sino a problemas propios de la edad de los pacientes. Como se sabe, con el envejecimiento se hace más difícil alcanzar nuevos aprendizajes y el logro de nuevos patrones de movimiento se hace dificultoso para una persona de edad. El anciano realiza la mayor parte de las acciones que estaba acostumbrado a efectuar como adulto maduro, pero la presteza de su accionar y el modelo de conducta es más lento. El odontólogo debe educar al paciente desde el inicio del tratamiento, en el uso y manejo de las prótesis e igualmente planificar la dieta en cantidad, calidad, tamaño y consistencia, para mantener una nutrición equilibrada, ya que las prótesis influyen en la capacidad de masticación e inevitablemente sobre el interés y elección de los alimentos, siendo la población adulta mayor más vulnerable a la desnutrición (23)

En la tabla 10, se describe que el tipo de edentulismo se asocia con la calidad de vida de los pacientes. Evidenciándose que los pacientes con edentulismo parcial presentan mejor calidad de vida (48,5 puntos) que los pacientes con edentulismo total (38,5 puntos), representando esta diferencia muy significativa ($p=0,004$). Estos resultados coinciden con investigaciones internacionales que utilizando instrumentos específicos de salud oral, determinaron que

la percepción mejora con todos los tratamientos protésicos realizados (5). Afirmando, que tanto el tratamiento protésico parcial o total mejoran significativamente no sólo la calidad de vida de los pacientes, sino también, la salud oral (24).

En la tabla 11 se presenta que el uso de prótesis de maxilar superior o inferior no tienen impacto significativo sobre la calidad de vida de los adultos mayores edéntulos ($p > 0,005$). A esto habría que agregar lo publicado por Pennachioti, quien determinó que las prótesis que más fallas técnicas presentan son las prótesis inferiores y con mayor frecuencia las totales, en especial en relación con la respuesta a fuerzas extrusivas, control lingual, y límite lingual; esto podría influir en el mayor porcentaje de frecuencia de uso de prótesis superiores totales (5). Por otra parte con respecto a las prótesis parciales superiores uno de los requisitos que menos se cumple es el color – forma-tamaño de los dientes, mostrando la poca variedad de dientes artificiales usados por los laboratorios en convenio con los servicios dentales y la baja exigencia de estándares estéticos de los mismos; esto explicaría el mayor porcentaje de uso de prótesis parciales inferiores. De tal manera que en la medida que empeora la calidad técnica protésica, tienden a aumentar los individuos que no usan sus prótesis y presentan desmemoria en la calidad de vida diaria.

6.3.- CONCLUSIONES

- El 78,2% de los pacientes adultos mayores edéntulos atendidos en el consultorio dental del C.S. Ciudad Nueva durante los meses Enero a Marzo del 2013 presentan edentulismo parcial, mientras que el 21,8% presenta edentulismo total.
- El 26,4% de los pacientes adultos mayores edéntulos era portador de prótesis removible del maxilar superior o/y inferior. mientras que el 73,3% de adultos mayores edéntulos no usaba ningún tipo de prótesis.
- La calidad de vida de los adultos mayores edéntulos del C.S. Ciudad Nueva estimada mediante la Escala Global SF-36 evidencia que no existe diferencias significativas entre pacientes portadores y no portadores de prótesis removible ($p=0,453$).
- Los adultos mayores edéntulos no portadores de prótesis removible presentan significativamente mejor calidad de vida en las dimensiones físicas: función física, rol físico y dolor corporal, que los portadores de prótesis ($p<0,05$).
- Los adultos mayores edéntulos portadores de prótesis removible presentan significativamente mejor calidad de vida en el funcionamiento social, que los no portadores de prótesis ($p=0,000$).

6.4.- RECOMENDACIONES

- Fomentar, tanto en la práctica pública y privada, el uso de instrumentos de medición estandarizados como el cuestionario de salud SF-36 o Instrumento de Salud Oral en Adultos Mayores (GOHAI) que permitan evaluar aspectos como la percepción que tienen las personas de su salud oral y su calidad de vida.
- Promover tratamientos orientados a lograr el bienestar completo del individuo, logrando así el objetivo final de la salud pública moderna que es no sólo extender la duración del bienestar físico, sino que contribuir a mejorar la calidad de vida de toda la población, en especial de los adultos mayores.
- Promover la realización de controles post tratamiento protésico con las facilidades necesarias para corregir defectos que las prótesis puedan presentar y así evitar consecuencias
- Realizar un estudio que permita evaluar la calidad de vida de los pacientes que se rehúsan a utilizar protesis dentales

BIBLIOGRAFÍA

1. Awuapara-Flores N. Determinación de la asociación entre el edentulismo y la calidad de vida en la población adulta del distrito de Celendín, provincia de Celendín, departamento de Cajamarca en 2010. Tesis para obtener el título de cirujano dentista Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima Peru 2010
2. Díaz-Montes P. Factores asociados al edentulismo en pacientes diagnosticados en la Clínica de la Facultad de Odontología UNMSM. Tesis para optar el título de cirujano dentista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima Peru 2009.
3. Esquivel Hernández R, Jiménez Férrez J. Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal. REVISTA ADM 2012;69(2): 69-75
4. Díaz Cárdenas S, Arrieta Vergara K, Ramos Martínez K. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. RevClinMed Fam. 2012; 5(1): 9-16. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2012000100003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100003>.
5. Pennacchiotti Vidal G. Factores que influyen en el uso de prótesis removible en Adultos Mayores recién rehabilitados. Tesis para obtener el título de cirujano dentista. Universidad de Chile. Santiago de Chile. 2006
6. Lee J, Weyant R, Corby P, Kritchevsky S, Harris T, Rooks R, Rubin S, Newman A. Edentulism and nutritional status in a biracial sample of well-functioning, community-dwelling elderly: the Health, Aging, and Body Composition Study.

7. Capuñay J, Alvarado F, Pinedo V. Depresión en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Rev. Med. Hered. 1996;
8. Shamrany M. Is depression associated with edentulism in Canadian adults? (Tesis Magistral). Toronto (Canadá): Departamento de Odontología, Universidad de Toronto; 2008.
9. Diaz P. Factores asociados al edentulismo en pacientes diagnosticados en la Clínica de la Facultad de Odontología UNMSM. (Tesis de Pregrado).Lima (Perú): Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
- 10.Neves F, Balbinot J, Rosario M, Aparecido J. Oral status and its association with general quality of life in older independent-living south-Brazilians.Community Dent Oral Epidemiol. 2009
- 11.Esquivel R, Jiménez J. El efecto de los dientes perdidos. Odontología Actual. 2008
- 12.Gómez M, Sabeh E. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. INICO. 2000
- 13.Tuesca R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. Salud Uninorte Barranquilla. 2005
- 14.De la Torre J, Shimabukuro R, Varela L, Kruger H, Huayanay L, Cieza J, Gálvez M. Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Act. Med. Per. 2006
- 15.MacEntee M. Quality of Life as an Indicator of Oral Health in Older People. J Am Dent Assoc. 2007;
- 16.Brondani MA, Bryant SR, MacEntee MI. Elders assessment of an evolving model of oral health. Gerodontology. 2007
- 17.Hutton B, Feine J, Morais J. Is there an association between edentulismo and nutritional state? J Can Dent Assoc. 2002

18. Suzuki K, Nomura T, Sakurai M, Naoki S, Yamanaka S, Matsukubo T. Relationship between Number of Present Teeth and Nutritional Intake in Institutionalized Eldery. Bull Tokyo Dent Coll. 2005
19. Plant P, McEwen J, Prescott K. Use of Nottingham Health Profile to test the validity of census variables to proxy the need for health care. J. PublicHealthMed. 1996; (18):313:320
20. Hernández R, Calderón R, Fernández J, Cueto A. Escala para medir la calidad de vida en desdentados totales rehabilitados con prótesis completa mucosoportada. RCOE. 2006; 11(2):181-91.
21. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer G, Quintana J, Santed R y col. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac. Sanit. 2005; 19(2):135-
22. Nicolas E, Veyrune JL, Lassauzay A. Six-Month Assessment of Oral Health-Related Quality of Life of Complete Denture Wearers Using Denture Adhesive: A Pilot Study. C. Journal of Prosthodontics 2010;19: 443–448
23. Matear D, Stephens M, AJokovic. Salud oral relacionada con la calidad de vida de una población de personas de edad avanzada médicamente comprometido. CommunityDentHealth. 2002; 19(2):90-7.
24. Jiménez Gómez .P, Sandoval Herrera .N. Influencia de la Calidad Técnica del tratamiento Protésico Removible en la Autopercepción de la Salud Oral del Adulto Mayor. Trabajo de Investigación requisito para optar al título de cirujano Dentista .Facultad de Odontología, Universidad de Chile, 2004

ANEXO 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Esta es una invitación para que Usted participe en un importante estudio titulado **“Calidad de vida de los adultos mayores edéntulos portadores y no portadores de prótesis removible atendidos en el consultorio dental del C.S. Ciudad nueva durante Enero-Marzo 2013”**. Por favor lea cuidadosamente esta información antes de dar su consentimiento voluntario para participar:

Este estudio tiene como objetivo conocer la calidad de vida de los adultos mayores edentulos portadores y no portadores de prótesis removible atendidos en el consultorio dental del C.S. Ciudad Nueva. Para ello se le aplicará una encuesta. La misma que indagará sobre aspectos de su salud, estado emocional y salud bucal con una duración total aproximada de 30 minutos.

Todos los datos aportados a la investigadora son de naturaleza confidencial y serán utilizados exclusivamente para los fines de este estudio. Usted no recibirá pago económico por su participación en el mismo.

Desde ya le agradecemos su colaboración. Usted es libre de no participar, respetando su posición.

La persona que suscribe, acepta voluntariamente participar en este estudio y certifica haber leído y comprendido toda la información que se le ha suministrado.

Nombre del paciente Firma

Nombre del Profesional Firma

ANEXO 02

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

- | | |
|---------------------|---|
| Sexo | <input type="checkbox"/> -Femenino |
| | <input type="checkbox"/> -Masculino |
| Edad | <input type="checkbox"/> -61 a 65 años |
| | <input type="checkbox"/> -66 a 70 años |
| | <input type="checkbox"/> -71 a 75 años |
| | <input type="checkbox"/> -76 a 80 años |
| | <input type="checkbox"/> ->80 años |
| Tipo de edentulismo | <input type="checkbox"/> -Edentulismo parcial |
| | <input type="checkbox"/> -Edentulismo total |
| Uso de prótesis | <input type="checkbox"/> -Sí |
| | <input type="checkbox"/> -No |

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 (VERSIÓN ESPAÑOL)

- 1.- En general, usted diría que su **salud** es:
- 1 Excelente
 - 2 Muy buena
 - 3 Buena
 - 4 Regular
 - 5 Mala
- 2.- ¿Cómo diría que es su **salud actual**, comparada con la de hace un año?
- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
 - 2 Algo mejor ahora que hace un año
 - 3 Más o menos igual que hace un año
 - 4 Algo peor ahora que hace un año
 - 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE
USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

- 3.- Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
- 4.- Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
- 5.- Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
- 6.- Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
- 7.- Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
- 8.- Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
- 9.- Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
- 10.- Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
- 11.- Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada

12.-Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13.-Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

14.-Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

15.-Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

16.-Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

17.-Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

18.-Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

19.-Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

20.-Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1 Nada

- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

21.-¿Tuvo **dolor** en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

22.-Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23.-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de **vitalidad**?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24.-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy **nervioso**?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25.-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan **bajo de moral** que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez

6 Nunca

26.-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **calmado y tranquilo**?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27.-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo **mucha energía**?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28.-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **desanimado y triste**?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29.-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **agotado**?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30.-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **feliz**?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31.-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **cansado**?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

32.-Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas

emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33.-Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34.-Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35.-Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36.-Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

ANEXO 03

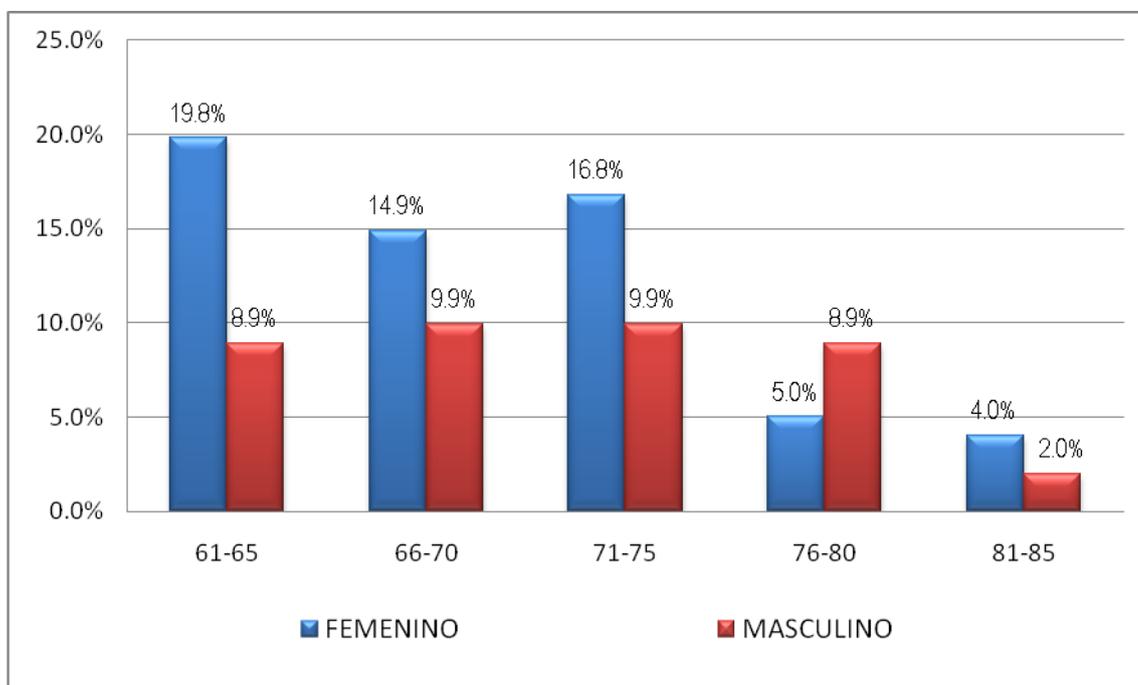
ESCALAS DEL ESTADO DE SALUD E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS BAJOS Y ALTOS. ENCUESTA DE SALUD SF-36

Conceptos	No. de preguntas	Significado de los resultados	
		Bajo	Alto
Función física	10	Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin limitantes debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy severo y extremadamente limitante	Ausencia de dolor o limitaciones debido a dolor
Salud general	5	Evalúa la salud personal como mala y cree que probablemente empeorará	Evalúa la salud personal como excelente
Vitalidad	4	Cansancio y agotamiento todo el tiempo	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia frecuente y extrema con las actividades sociales normales debido a problemas físicos y emocionales	Realiza actividades sociales normales sin interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales
Salud mental	5	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo
Transición de salud notificada	1	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año

Nota: traducción adaptada y modificada de The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36).¹⁰

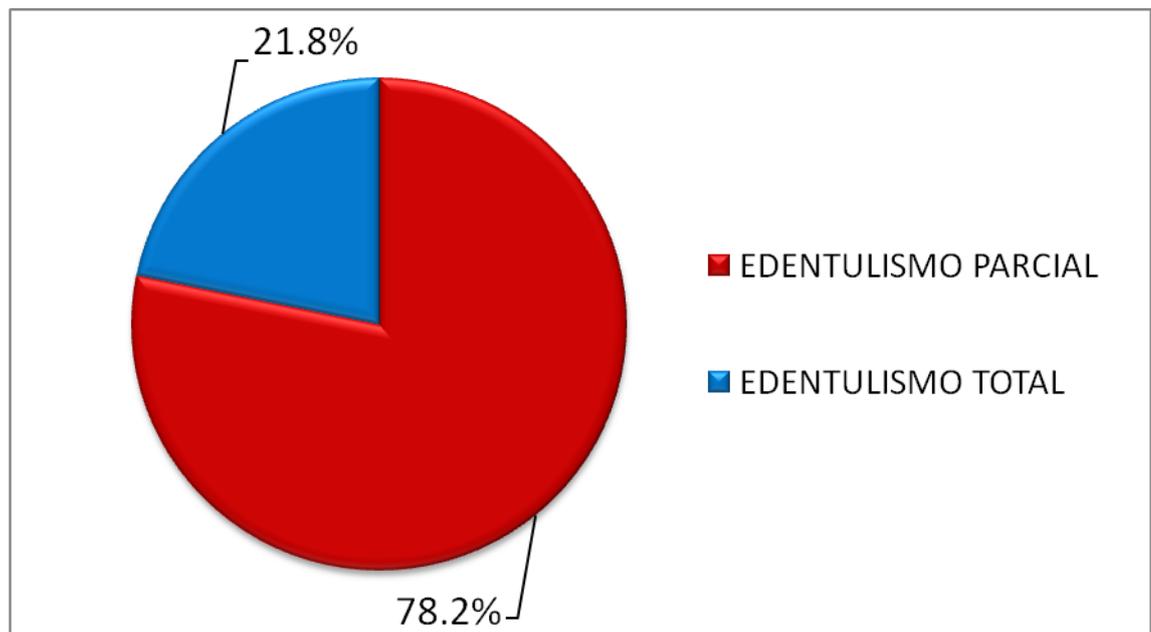
ANEXO 04

GRÁFICO 01
EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES
EDÉNTULOS TRATADOS EN EL C.S. CIUDAD NUEVA
ENERO MARZO 2013



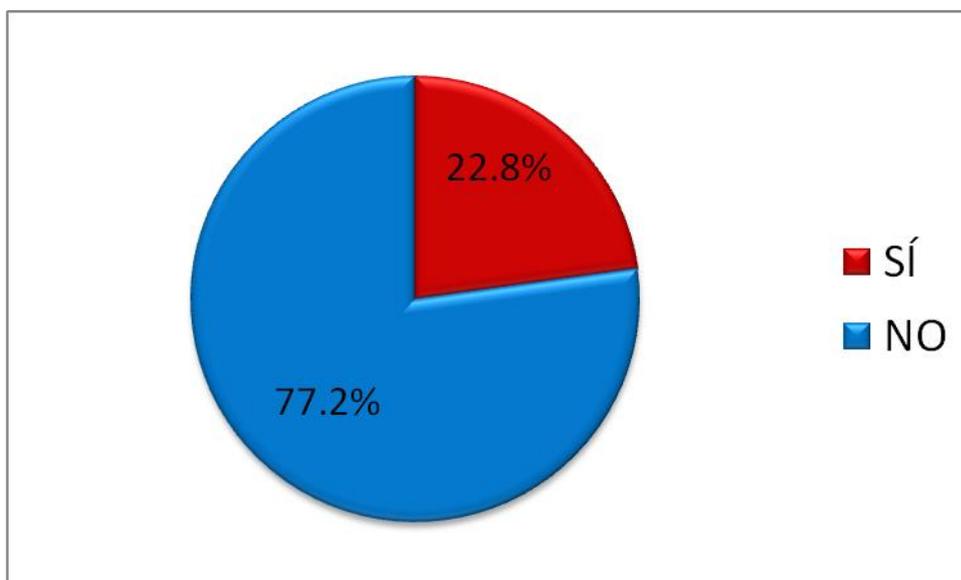
FUENTE: Ficha de Recolección y Escala SF-36. Ciudad Nueva 2013

GRÁFICO 02
TIPO DE EDENTULISMO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES
EDÉNTULOS TRATADOS EN EL C.S. CIUDAD NUEVA
ENERO MARZO 2013



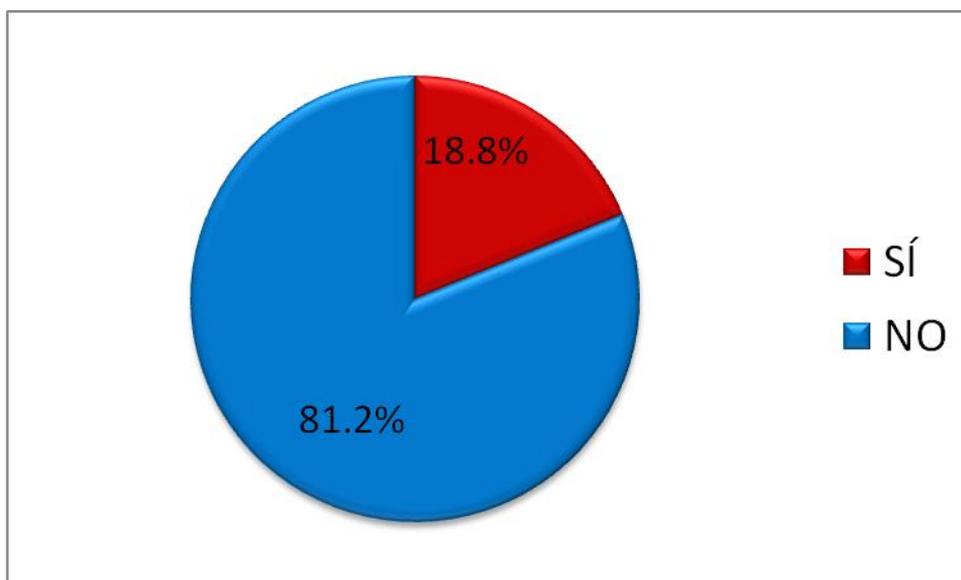
FUENTE: Ficha de Recolección y Escala SF-36. Ciudad Nueva 2013

GRAFICO 03
USO DE PRÓTESIS REMOVIBLE DE MAXILAR SUPERIOR EN
ADULTOS MAYORES EDÉNTULOS TRATADOS EN EL
C.S. CIUDAD NUEVA ENERO MARZO 2013



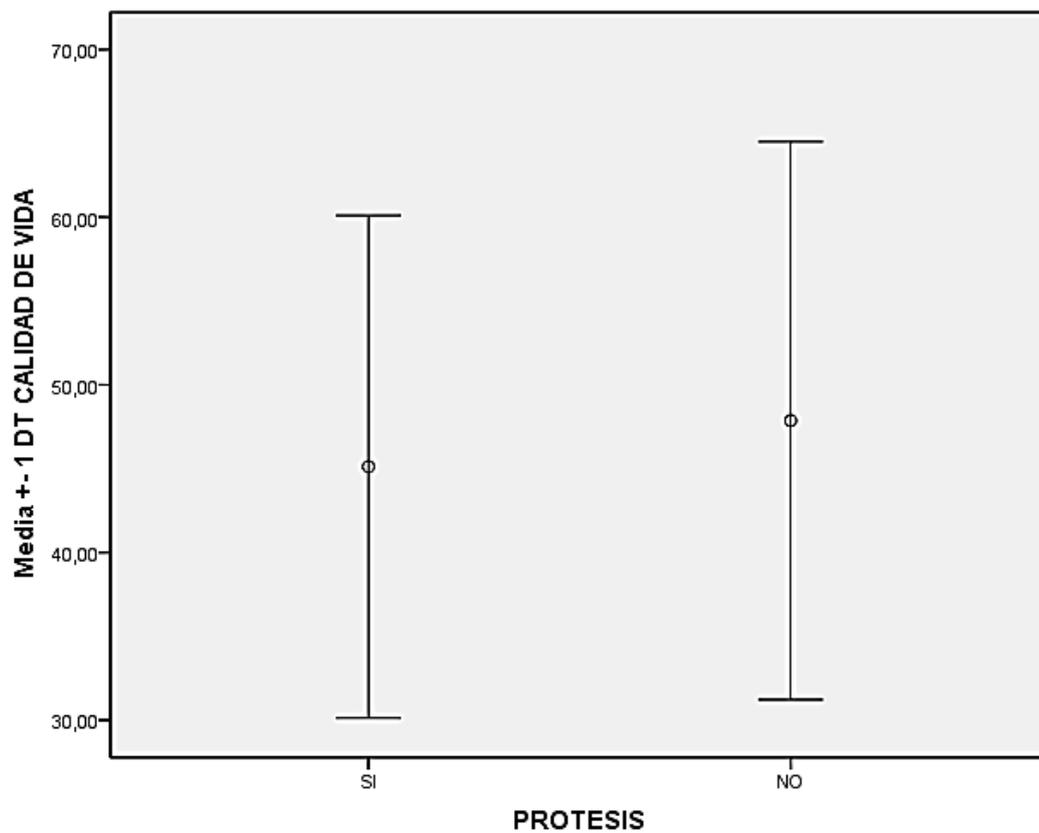
FUENTE: Ficha de Recolección y Escala SF-36. Ciudad Nueva 2013

GRAFICO 04
USO DE PRÓTESIS REMOVIBLE DE MAXILAR INFERIOR EN
ADULTOS MAYORES EDÉNTULOS TRATADOS EN EL
C.S. CIUDAD NUEVA ENERO MARZO 2013



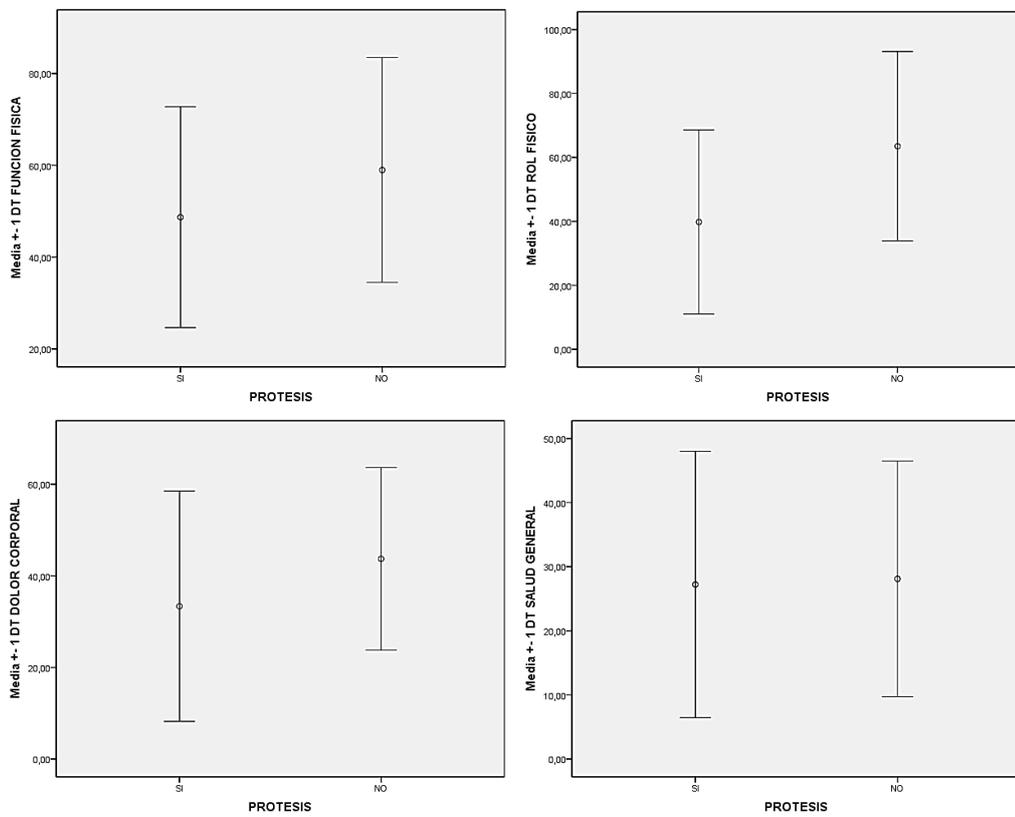
FUENTE: Ficha de Recolección y Escala SF-36. Ciudad Nueva 2013

GRÁFICO 05
MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES
EDÉNTULOS SEGÚN EL USO DE PRÓTESIS REMOVIBLE DEL C.S.
CIUDAD NUEVA ENERO MARZO 2013



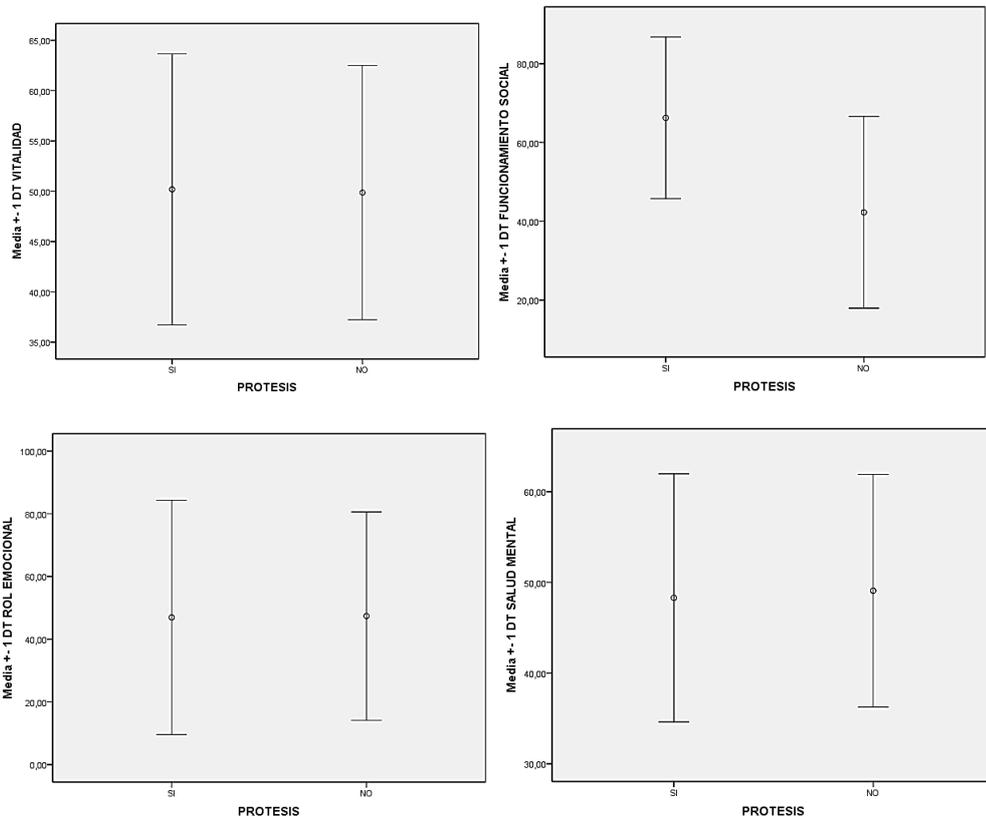
FUENTE: Ficha de Recolección y Escala SF-36. Ciudad Nueva 2013

GRÁFICO 06
DIMENSIONES FÍSICAS DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL USO
DE PRÓTESIS REMOVIBLE DE LOS ADULTOS MAYORES
EDÉNTULOS DEL C.S. CIUDAD NUEVA
ENERO MARZO 2013



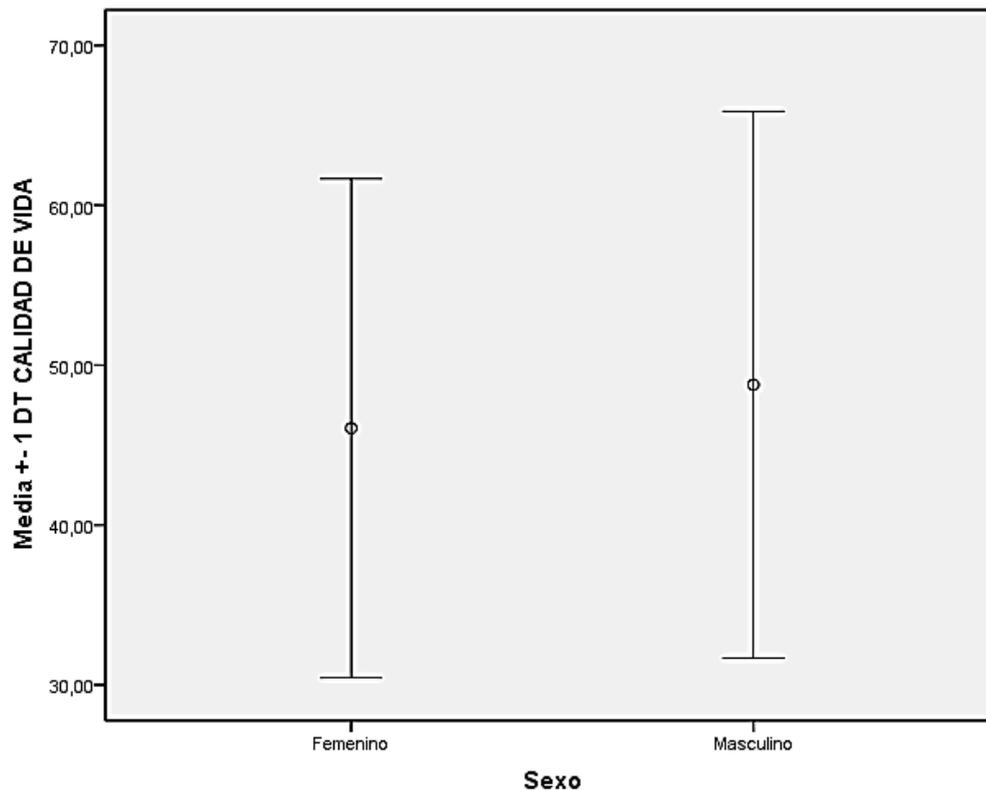
FUENTE: Ficha de Recolección y Escala SF-36. Ciudad Nueva 2013

GRÁFICO 07
DIMENSIONES MENTALES DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL USO
DE PRÓTESIS REMOVIBLE DE LOS ADULTOS MAYORES
EDÉNTULOS DEL C.S. CIUDAD NUEVA
ENERO MARZO 2013



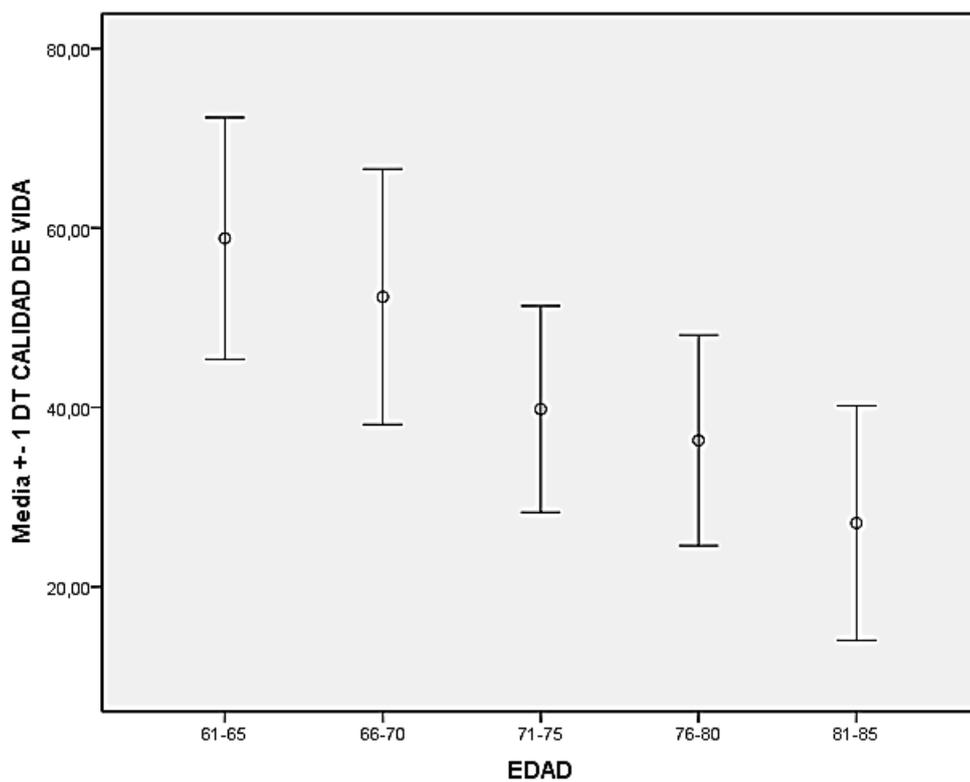
FUENTE: Ficha de Recolección y Escala SF-36. Ciudad Nueva 2013

GRÁFICO 08
CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES
EDÉNTULOS DEL C.S. CIUDAD NUEVA ENERO MARZO 2013



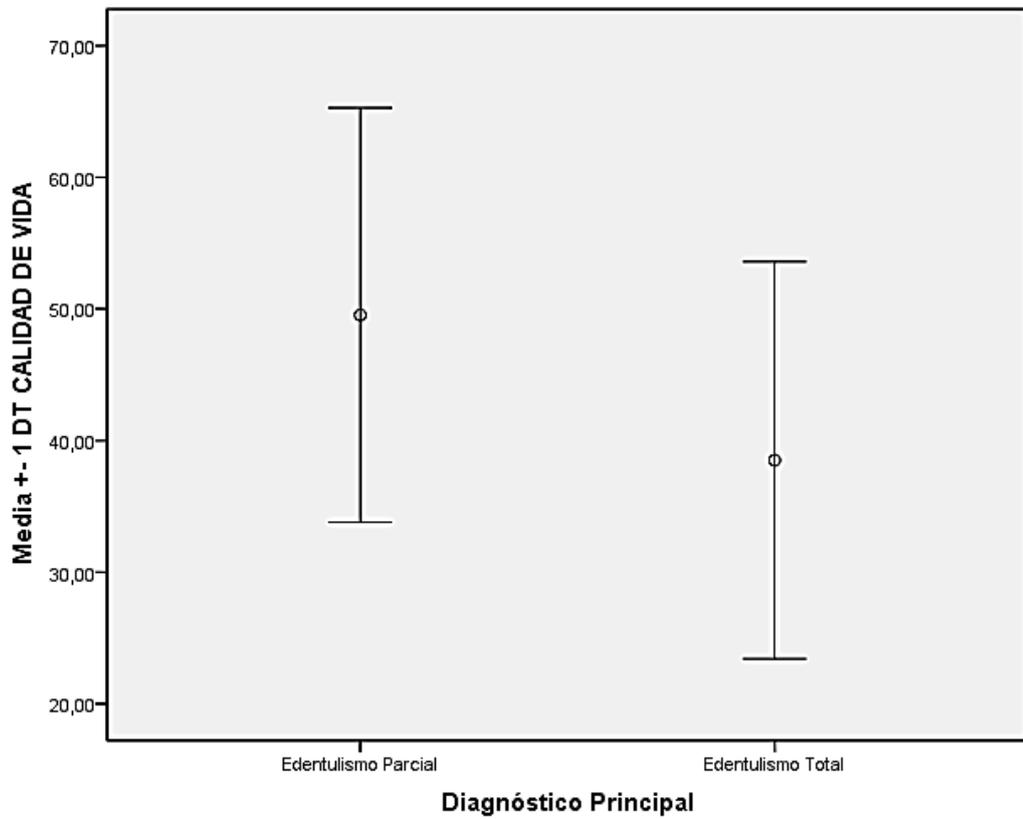
FUENTE: Ficha de Recolección y Escala SF-36. Ciudad Nueva 2013

GRÁFICO 09
CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES
EDÉNTULOS DEL C.S. CIUDAD NUEVA ENERO MARZO 2013



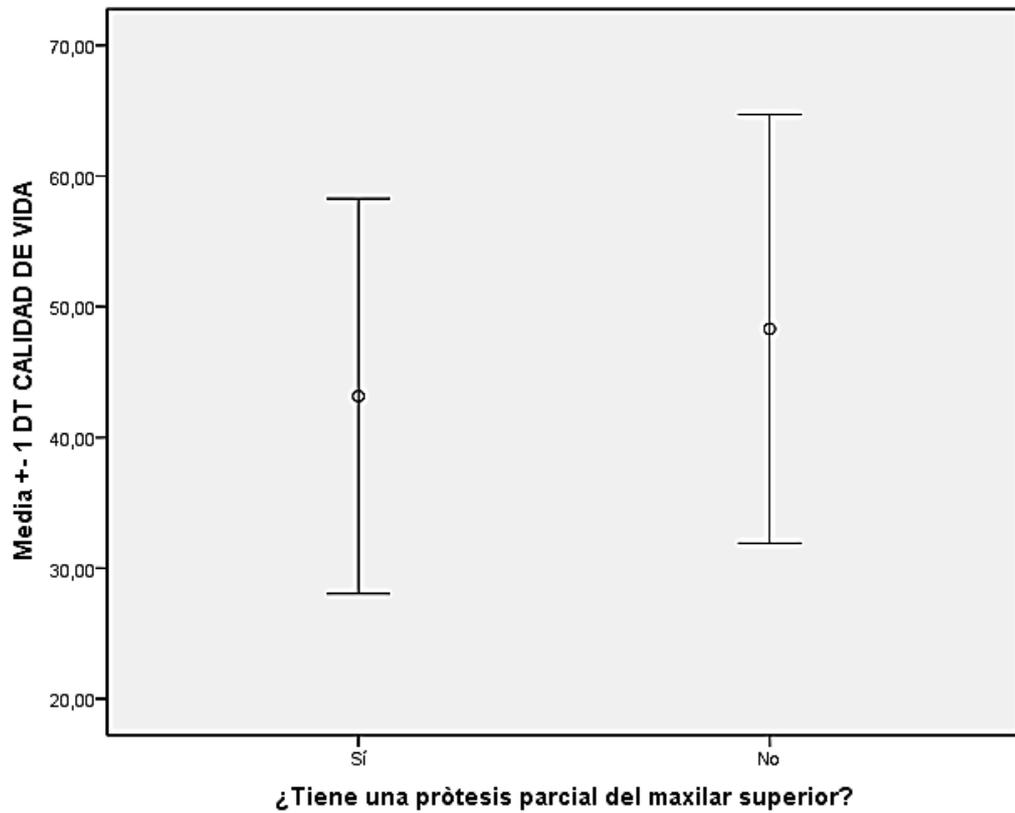
FUENTE: Ficha de Recolección y Escala SF-36. Ciudad Nueva 2013

GRÁFICO 10
CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL TIPO DE EDENTULISMO DE LOS
ADULTOS MAYORES DEL C.S. CIUDAD NUEVA
ENERO MARZO 2013



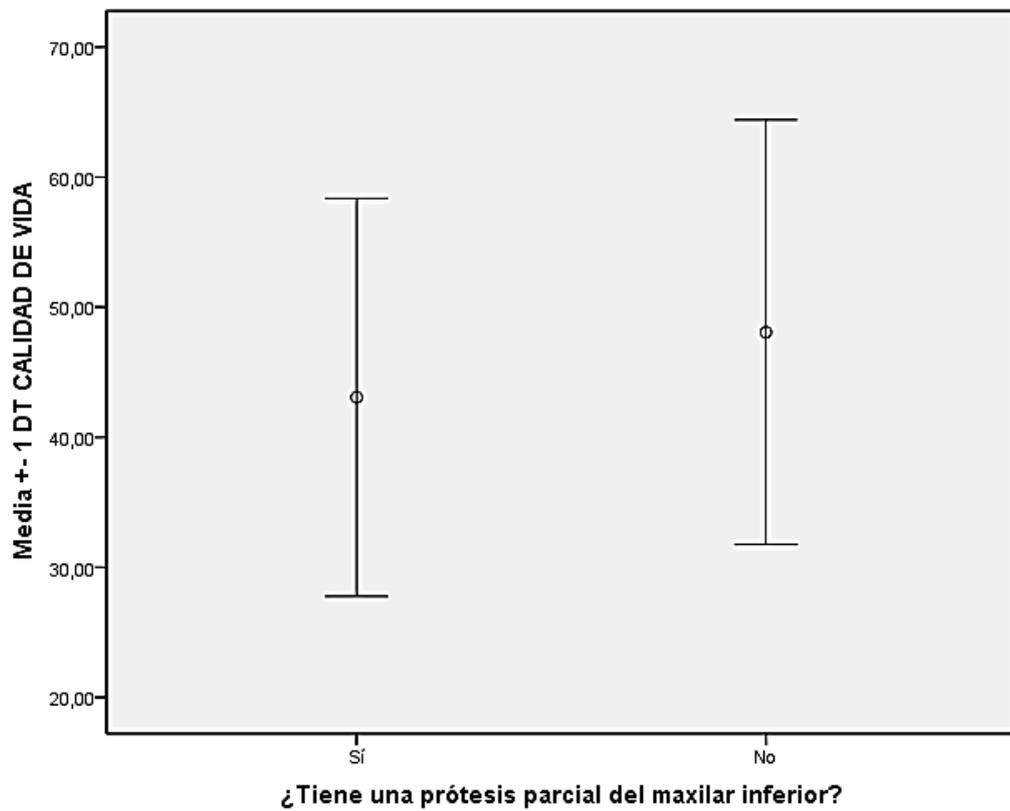
FUENTE: Ficha de Recolección y Escala SF-36. Ciudad Nueva 2013

GRÁFICO 11
CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL USO DE PRÓTESIS REMOVIBLE DE
MAXILAR SUPERIOR DE LOS ADULTOS MAYORES EDÉNTULOS
DEL C.S. CIUDAD NUEVA ENERO MARZO 2013



FUENTE: Ficha de Recolección y Escala SF-36. Ciudad Nueva 2013

GRÁFICO 12
CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL USO DE PRÓTESIS REMOVIBLE DE
MAXILAR INFERIOR DE LOS ADULTOS MAYORES EDÉNTULOS
DEL C.S. CIUDAD NUEVA ENERO MARZO 2013



FUENTE: Ficha de Recolección y Escala SF-36. Ciudad Nueva 2013