



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

“EFECTOS PSICOLÓGICOS DEL EDENTULISMO TOTAL Y PARCIAL Y SU NIVEL DE SATISFACCIÓN
ANTE LA REHABILITACIÓN PROTÉSICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS DURANTE
EL PERIODO SEPTIEMBRE 2015- FEBRERO 2016”

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos
para optar por el título de Odontóloga

Profesora Guía

Dra. María Gabriela Romero Guerrero

Autora

María del Carmen Reinoso García

Año
2016

DECLARACIÓN PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con los estudiantes orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”

María Gabriela Romero Guerrero
Rehabilitadora Oral
C.C. 0201708492

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”

María del Carmen Reinoso García
C.C.1718193137

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios por permitirme culminar exitosamente esta carrera, hoy termina un ciclo lleno de sacrificios y dedicación.

A mis familiares, docentes y amigos quienes fueron el apoyo fundamental y mi sostén para seguir adelante con cada uno de los objetivos propuestos. A mi Tutora de Tesis Doctora Gabriela Romero por su guía y dedicación constante.

A la clínica odontológica de la Universidad de las Américas con sede en Quito por abrirme sus puertas y permitirme la recolección de los datos necesarios para la ejecución de mi tesis.

DEDICATORIA

Dedico la presente tesis a mis padres y hermanos quienes me han guiado y me han dado su apoyo incondicional, necesario para concluir con éxitos esta carrera y convertirme en una profesional que sin duda aportará en el desarrollo de nuestro país.

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el fin de conocer el grado de afectación psicológica de los pacientes posterior a la pérdida total o parcial de sus piezas dentales empleando el cuestionario de Salud General de Goldberg en un grupo de 100 individuos; conformados por desdentados totales y parciales; conjuntamente a este estudio se aplicó la encuesta GOHAI (General Oral Health Assessment Index) para saber si existe o no insatisfacción protésica en su actual uso; ambos análisis se llevaron a cabo en pacientes tratados en la Universidad de las Américas de la ciudad de Quito en el año 2016. Los resultados obtenidos de la primera encuesta se relacionaron con género y edad, mostrando que el género femenino y el rango de edad de 55 a 64 años presentaron trastornos psicológicos; la segunda encuesta se relacionó con edad, género, tipo de prótesis y tipo de paciente, indicando que el género femenino, el rango de edad de 45 a 54, las portadoras de prótesis totales bimaxilares, removibles superiores e inferiores, los pacientes escépticos e histéricos arrojaron niveles bajos de satisfacción con sus prótesis, principalmente en la función masticatoria.

ABSTRACT

The current investigation was performed with the purpose of getting know the psychological affectation grade of the patients after the total or partial lost of them dental pieces applying the general healthy questionnaire of Goldberg with a group of a hundred individuals which are conformed by partial and complete toothless persons, combined with this research was applied the inquest GOHAI (General Oral Health Assessment Index) for getting know if there is prosthetic satisfaction on its actual use, both analysis were performed with treated patients at Universidad de las Americas in Quito on 2016.

The gathered results of the first questionnaire where related with gender and age showing that the feminine gender and the age range from 55 to 64 years had showed psychological disorders, the second questionnaire was related with age, gender, kind of prosthesis and kind of patient showing that the feminine gender, the age range from 45 to 54, the carriers of total bimaxillary prosthesis, removal superior and inferior, the skeptical and historical throw lower levels of satisfaction with their prosthesis mainly on the masticatory function.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. JUSTIFICACIÓN.....	3
3. OBJETIVOS.....	5
3.1 General.....	5
3.2 Específicos.....	5
4. HIPÓTESIS.....	6
5. MARCO TEÓRICO.....	7
5.1 Aspectos psicosociales del paciente desdentado.....	8
5.2 Aspectos psicológicos del edentulismo.....	8
5.3 Tipo de pacientes.....	9
5.4 Apreciación de las personas mayores sobre su salud.....	11
5.4.1 Patología bucal asociada a prótesis dentales y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor.....	12
5.5. Definición de vejez.....	13
5.6. Políticas de salud y envejecimiento en el Ecuador.....	14
5.7. Salud mental.....	15
5.8. Modificaciones en las relaciones interpersonales.....	16
5.9. Depresión en el paciente geriátrico.....	18
5.10. Consecuencias fisiológicas en pacientes edéntulos.....	19
5.10.1. Consecuencias en tejidos duros.....	19
5.10.2. Consecuencias en tejidos blandos.....	20
5.10.3. Consecuencias estéticas:.....	20
5.11. Salud oral en el paciente geriátrico.....	21
5.12. Humanismo en la práctica odontológica.....	23
5.13. Prótesis dental en el paciente geriátrico.....	24

5.14. Experiencia previa.....	25
5.15. Manejo odontológico del paciente geriátrico.....	26
5.16. Rendimiento de las prótesis utilizadas en la rehabilitación del edentulismo.....	27
5.16.1. Función masticatoria:.....	27
5.16.2 Rendimiento de las dentaduras totales:.....	28
5.16.3 Consecuencias negativas del uso de prótesis removible:.....	29
5.16.4 Beneficios de las prótesis implanto soportadas.....	30
5.17 prótesis totales convencionales comparadas con prótesis sobre implantes en el mejoramiento de la calidad de vida del paciente:.....	31
6. MATERIAL Y MÉTODO.....	33
6.1 Tipo de estudio.....	33
6.2 Universo y muestra.....	33
6.2.1 Criterios de inclusión:.....	33
6.2.2 Criterios de exclusión:.....	33
6.3. Definición y medición de variables.....	34
6.4. Descripción de método.....	36
6.4.1 Evaluación Psicológica:.....	36
6.4.2 Satisfacción de las prótesis.....	36
6.5 Plan de tabulación y análisis.....	37
7. RESULTADOS.....	39
7.1 Evaluación psicológica.....	39
7.2 Satisfacción de la prótesis.....	40
8. DISCUSIÓN.....	55
9. PRESUPUESTO.....	58
10. CONCLUSIONES.....	59
11. RECOMENDACIONES.....	60

REFERENCIAS	61
ANEXOS	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Presencia de trastorno psicológico por género.	39
Figura 2. Presencia de trastorno psicológico por edades.....	40
Figura 3. Nivel de satisfacción protésico por tipo de prótesis.....	41
Figura 4. Parámetro psicosocial por tipo de prótesis.....	42
Figura 5.Parámetro función física por tipo de prótesis	43
Figura 6. Parámetro función dolor por tipo de prótesis.....	44
Figura 7. Nivel de satisfacción por tipo de paciente	45
Figura 8.Parámetro función psicosocial por tipo de paciente.	46
Figura 9.Parámetro función física por tipo de paciente	47
Figura 10. Parámetro función dolor por tipo de paciente.....	48
Figura 11. Nivel general de satisfacción protésica por edades	49
Figura 12.Parámetro función psicosocial por edades.....	49
Figura 13.Parámetro función física por edades.....	50
Figura 14.Parámetro función dolor por edades	51
Figura 15.Nivel de satisfacción protésico por género.....	52
Figura 16.Parámetro función psicosocial por género	52
Figura 17.Parámetro función física por género	53
Figura 18.Parámetro función dolor por género.....	53

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.Operacionalización de variables	35
Tabla 2. Plan de tabulación y análisis.	38
Tabla 3.Evaluación psicológica.	39
Tabla 4.Cuestionario de salud general de Goldberg por edades	40
Tabla 5.Nivel de satisfacción general por tipo de prótesis.	41
Tabla 6. Función psicosocial por tipo de prótesis.....	41
Tabla 7.Función física por tipo de prótesis.....	42
Tabla 8. Función dolor por tipo de prótesis.	43
Tabla 9. Nivel de satisfacción general por tipo de paciente.	44
Tabla 10. Parámetro función psicosocial por tipo de paciente.	45
Tabla 11. Parámetro función física por tipo de paciente.	46
Tabla 12. Parámetro función dolor por tipo de paciente.....	47
Tabla 13. Nivel de satisfacción general por rango de edad.....	48
Tabla 14. Función psicosocial por rango de edades.	49
Tabla 15. Función física por rango de edades.	50
Tabla 16.Función dolor por rango de edades.....	50
Tabla 17. Nivel de satisfacción general por género.....	51
Tabla 18. Función psicosocial por género.....	52
Tabla 19. Función física por género.	53
Tabla 20. Función dolor por género.	53

1. INTRODUCCIÓN

Desde hace muchos años el aspecto facial ha sido considerado como un símbolo de belleza más allá del que podría proporcionar la belleza corporal, es por ello que día a día se hace más fuerte y persistente la búsqueda de estética.

Es conocido a nivel general que la personalidad evoluciona mediante la interacción entre individuo y grupo social en el cual se desenvuelve, así pues dentro de este concepto los individuos catalogados como atractivos comúnmente experimentan un ambiente social positivo, mientras las personas no atractivas se socializan en uno que va de neutro a negativo. (Mich, 2014)

En lo que respecta a la odontología la presencia de dientes se relaciona directamente con un buen estado de salud física, social y emocional, lo que es percibido por el entorno en que cada individuo se desarrolla; por tanto cada vez se incrementa el número de personas que buscan de cualquier forma restablecer la ausencia de dientes cuando por diferentes motivos los han perdido.

Actualmente en Ecuador no hay registros de prevalencia de desdentados parciales o totales; Sin embargo en América Latina es conocido que su prevalencia bordea el 40% poblacional, un alto valor dentro del aumento porcentual cada vez mayor de una población que presenta 60 años y más, así como del conocido incremento en la esperanza de vida desde el instante de nacer. Aproximaciones en estudios realizados por la OMS, manifestaron la existencia en el mundo de adultos mayores desde el 2002, y su presencia en el futuro, de esta manera para el 2002 estimaron 600 millones, para el 2025 afirmaron que la cifra se duplicaría y en el año 2050 llegarían a 2 billones, viviendo la mayoría de ellos en territorios en desarrollo. Internacionalmente adulto mayor se conoce aquella persona que ha llegado a los 60 años, indistintamente su género (mujeres y hombres). (OMS, 2010)

Por lo señalado anteriormente es indispensable conocer cómo influye esta pérdida en los pacientes geriátricos no solo funcionalmente sino también cómo se ve afectada su vida social y emocional, así como evaluar el nivel de satisfacción protésico tras su tratamiento rehabilitador.

2. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación muestra un gran interés en identificar y describir con más detalle los factores psicológicos que influyen en pacientes adultos mayores que se encuentran usando actualmente prótesis totales o removibles, así como el impacto generado en la condición de vida de dichas personas.

Uno de los puntos relevantes en el enfoque de esta investigación es concientizar a las diversas generaciones sobre el importante cuidado que se debe tener con la salud bucal para evitar pérdidas dentarias prematuramente, evitando de esta manera la disfuncionalidad del aparato masticatorio.

Desde un punto de vista personal, la presente investigación intenta ofrecer una revisión con carácter científico, metodológico y humanitario, brindando al autor la posibilidad de elevar el nivel educativo y profesional de las actividades que realiza diariamente con sus pacientes. Por otro lado se busca aportar soluciones a un problema de salud pública que tiene efectos psicológicos en pro de los pacientes adultos mayores.

En algunas circunstancias, como es el caso de la Clínica de la Universidad de las Américas, los tratamientos protésicos no brindan la posibilidad de mantener continuos controles subsiguiente al término de la rehabilitación, lo que impide en muchos casos evaluar a largo plazo si el tratamiento tuvo éxito o no, debido a la falta de información en cuanto al número de individuos que año tras año toman la decisión de repetir el tratamiento.

Uno de los retos y obligaciones de los profesionales de la Salud Bucal es minimizar los trastornos psicológicos de sus pacientes, por esta razón, considerando que en la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas no se ha realizado un seguimiento notable a pacientes portadores de prótesis, quienes son los más susceptibles debido al tipo de tratamiento al que son expuestos, el presente estudio se ha enfocado en determinar el grado de estas afectaciones psicológicas.

Es importante también concientizar y afinar conocimientos referentes a la influencia que tienen ciertos factores en el uso protésico, ya que de esta manera se contribuye en el mejoramiento de la efectividad costo-beneficio dentro de los servicios brindados en la atención pública de nuestro país.

3. OBJETIVOS

3.1 General

- Determinar los efectos Psicológicos del edentulismo total o parcial y la calidad de vida el grado de satisfacción ante el uso actual de sus prótesis.

3.2 Específicos

- Identificar la relación entre el tipo de prótesis que tiene actualmente el paciente con el grado de satisfacción protésica.
- Relacionar el género y edad de cada paciente con la afectación psicológica del edentulismo total o parcial.
- Establecer una correlación entre la edad, género y tipo de paciente con la satisfacción en el actual uso de su prótesis.
-

4. HIPÓTESIS

- Existe afectación psicológica en los pacientes por la pérdida dental total o parcial.
- Existe relación de la afectación psicológica con el género y edad del paciente
- La mayoría de pacientes no se sienten satisfechos con el actual uso de sus prótesis.

5. MARCO TEÓRICO

A lo largo de la historia en lo que respecta a Ecuador no se ha conocido evidencias ni datos de seguimiento para pacientes edéntulos (ausencia de dientes), ya sean de manera parcial o total, por lo que se desconoce totalmente si sufren o no problemas psicosociales causados por dicha pérdida y mucho menos si los tratamientos que han decidido realizarse han ayudado para mejorar su condición.

Para adentrarnos en este estudio es necesario conocer algunos términos que nos ayudarán a entender y comprender las situaciones que vive cada paciente tras la pérdida de sus piezas dentales, ya sean por problemas relacionados a su propia vejez o simplemente por el transcurso de los años.

Partiendo de esto, podremos dar posibles soluciones que mejoren la calidad de vida de nuestros pacientes, dando un poco de nosotros para ayudar a superar cada caso en particular, pues hay que estar conscientes que cada uno es un mundo diferente, y que debemos tratarlos como quisiéramos ser tratados al momento de llegar a esa edad.

Empezaremos por definir al paciente edéntulo, edentado o desdentado que se define a la persona que perdió la totalidad o parcialidad de sus dientes. Por tal razón a este tipo de pacientes se los debe considerar un enfermo por cada una de las situaciones que conlleva su proceso de edentulismo total o parcial. Así podemos afirmar que el edentulismo total o parcial es una afección crónica, progresiva y lenta que propone una compleja problemática, y origina una cadena de alteraciones tanto locales como generales, las cuales pueden ir desde una función masticatoria perdida con posterior deterioro nutricional, modificaciones del habla, alteraciones estéticas, hasta cambios conductuales y subsecuentes efectos psíquicos en el entorno social-laboral. (Misch, 2009)

5.1 Aspectos psicosociales del paciente desdentado

Para entender cada aspecto que arrastra consigo el problema del edentulismo es necesario conocer términos generales como la depresión, estudio psicológico del paciente, empatía con el paciente, aceptabilidad, integración del paciente a la prótesis, así como la adaptabilidad psicológica del paciente a la prótesis, buscando factores favorables como la confianza en el dentista, experiencias previas, adaptación del paciente y salud general (tanto física como psíquica), por otro lado la comprensión del tratamiento, Capacidad de colaboración, Coordinación física de movimientos, depresión o ansiedad, experiencias negativas, Poca tolerancia a nuevas situaciones, Mala coordinación, Portador previo son otros de los factores que influyen en menor o mayor medida a la psicología del paciente que tiene que adaptarse a su nueva condición.

5.2 Aspectos psicológicos del edentulismo

Los efectos psicológicos que deja el edentulismo en los pacientes principalmente geriátricos que son los más afectados, van de mínimas depresiones hasta estados avanzados de neurosis. Aunque la colocación de dentaduras completas satisface el requerimiento estético de muchos pacientes, hay otro que por lo contrario ven su vida social significativamente comprometida y afectada. Besar se convierte en un grave problema principalmente cuando sus relaciones amorosas están empezando y no tienen conocimiento de su discapacidad oral. (Misch, 2009)

Fisk, 1998, en una entrevista realizada a pacientes edéntulos, menciona, “La pérdida de dientes es comparada con la muerte de un amigo o la pérdida de cualquier otra parte corporal, provocando una reducción en la confianza en sí mismo, hasta el punto de tener un sentimiento de vergüenza o de pérdida”.

Un estudio dental aplicado a pacientes edéntulos arrojó que el 66% experimentaron insatisfacción por el uso de prótesis totales principalmente en

la zona mandibular, La causa principal asociada a esta sensación es la incapacidad de retención total, lo que genera poca estabilidad, dolor e incomodidad. De la misma manera se observó que solo una pequeña parte de la población era capaz de llevar ambas prótesis por tiempos prolongados, unos únicamente llevan una de ellas, con mayor frecuencia la maxilar, otros no pueden llevarlas mucho tiempo puestas y hay aquellos que nunca se acostumbran a usarlas y se convierten en los llamados inválidos dentales o “inválidos orales”. Esto provoca que raramente aquellos pacientes salgan de su hogar, y cuando necesariamente tienen que hacerlo, la idea de encontrarse con algún amigo o conocido y tener que hablarle causa un claro desequilibrio en su autoestima. (Misch, 2009)

Otra repercusión claramente evidenciada en pacientes edéntulos totales portadores de prótesis completas es la dificultada del habla, gran parte de los individuos siente la movilidad de sus prótesis, lo que no le permite desenvolverse de manera apropiada y articular adecuadamente sus palabras neutralizando de alguna manera el pensamiento constante que llevan consigo un aparato artificial. (Morris, 2001)

La poca retención y el riesgo psicológico de causar vergüenza, pérdida y poca seguridad en el paciente portador de dentaduras completas es sin duda una de las más grandes preocupaciones que el clínico dental que llevará a cabo el tratamiento y la rehabilitación debe abordar. (Misch, 2009)

5.3 Tipo de pacientes

Para una mejor comprensión, ayuda y consecuente desarrollo de cualquier tipo de rehabilitación en pacientes desdentados totales o parciales el doctor House en 1921 clasificó a sus pacientes según su actitud mental en:

- Receptivo: es el tipo de paciente ideal, aquel que no espera para acudir al paciente, colaborador, y que acepta con agrado cualquier tipo de sugerencia, pues acepta la necesidad del tratamiento a realizar.

- Escéptico: es aquel que no acude constantemente al dentista, una vez que lo hace o lo solicita es obligado por alguna emergencia, solucionado su problema se olvida de las citas consecuentes y nunca acepta con agrado las sugerencias, siempre duda de lo sugerido.

- Histérico: es aquel que nunca está conforme, ha acudido a varios dentistas y con ninguno se siente augusto, se expresa mal de ellos y juzga cada uno de los tratamientos a los cuales fue intervenido, se debe ser muy cauto con estos pacientes, explicar limitantes antes de empezar cualquier tratamiento, evitándose así problemas posteriores.

- Pasivo: es aquel que acepta todo sin presentar algún tipo de problema, no da sugerencias de agrado o desagrado, no causa molestias sea cual fuera el resultado de su tratamiento.

Kretschmer por su lado los agrupó de acuerdo a sus características físicas y psicológicas, obteniendo la siguiente clasificación:

- Pícnico: individuo ancho, cuello redondo, estatura media, de formas redondeadas; personas con buen genio aunque cambiante, a veces explosivo, suelen tener tendencia a presentar algún tipo de psicosis depresiva-maniaca.

- Atlético: individuo sosegado, tendencia a deportes pesados, actividad física en general, individuo de reacciones lentas, longitud de miembros de mediana a grande.

- Leptosómico: longitud de miembros alargada, musculatura poco desarrollada e hipotónica, temperamento esquizoide, temeroso, nervioso, amante de libros y de la naturaleza.

Eynseck, clasificó a los individuos según su temperamento en:

- Melancólico, introvertido o inestable: caprichosos ansiosos, perfeccionistas, ensisismados, pueden llegar a presentar irritabilidad crónica, es el más rico de los temperamentos.
- Colérico, extrovertido, inestable: rápido, activo, práctico en sus decisiones autosuficiente y principalmente independiente
- Flemático, introvertido, estable: calmado tranquilo, casi nunca llega al enfado, personas muy capaces y equilibradas.
- Sanguíneo, extrovertido, estable: personas alegres que disfrutan de la vida cada vez que pueden, tienden a tomar decisiones basados en sentimientos antes que en la reflexión.

5. 4 Apreciación de las personas mayores sobre su salud

La valoración personal en relación al estado de salud constituye un paso fundamental en la aproximación al entendimiento de la salud en personas mayores. Su importancia está determinada por varios estudios que concuerdan y concluyen que el tema salud simboliza siempre la preocupación principal en individuos que están o sobrepasan los 65 años. (Martínez, 2005)

Datos extraídos de investigaciones manifiestan que la apreciación que tienen las personas mayores de su salud generalmente es positiva; un 40% de ellos expresan tener una salud muy buena o buena. Sin embargo mientras la edad va avanzando, avanza consigo la cantidad de personas que consideran que su salud no es buena refiriéndose a ella negativamente, principalmente el género femenino, manifestándose en un 20% que afirman tener una salud muy mala o mala. Se cree que factores como el nivel de estudio y nivel socio-económico tienen una directa relación con la apreciación negativa o positiva de la salud. (Martínez, 2005)

Conforme los años avanzan, la salud va deteriorándose, se genera un aumento de afecciones crónicas y por consiguiente un mayor requerimiento de atención

hospitalaria. De esta manera se demuestra que un 30% señala tener síntomas asociados a problemas articulares, óseos y musculares que restringen de alguna manera la ejecución de sus actividades cotidianas; y más del 60% manifiesta sufrir alguna clase de afección crónica. (Martínez, 2005).

5.4.1 Patología bucal asociada a prótesis dentales y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor.

En personas de tercera edad es muy frecuente la aparición de micosis debido a la relación que tiene la homeostasis de la mucosa oral frente al estado sistémico del paciente (inmunodeprimido por el envejecimiento), sin embargo, hay otras manifestaciones como el apareamiento de varicosidades en la mucosa bucal y labial al igual que la predisposición de aumentar la frecuencia de fisuras linguales. En cuanto a aparatos protésicos con poca higiene pueden generar proliferación de algunas bacterias y hongos benignos que no suelen dar problemas, pero causan procesos infecciosos si ingresan a estas lesiones. (Torres, Espinoza, 2009)

Algunas de las patologías más frecuentes, que causan deterioro rápido de las prótesis y que repercuten en el estado anímico de los pacientes geriátricos se resumen en las siguientes:

- **Estomatitis subprotésica:** Aproximadamente el 22,3% de las personas participantes presento lesiones con respecto a esta patología, infección ocasionada por hongos de la familia *Candida albicans*, que se presenta bajo del área cubierta por una prótesis usada por varios años sin contar con el cuidado e inocuidad adecuada; es fundamental tener presente que la mayoría de pacientes no tienen la costumbre de sacarse las prótesis para descansar. Este factor se refleja principalmente en pacientes que usan prótesis acrílicas, cuyas mucosas se ven con lesiones o enrojecidas. (Torres, Espinoza, 2009)
- **Hiperplasia irritativa:** El 9,4% de los diagnosticados, presentan una lesión en la mucosa bucal debido a una mala posición dental, hábitos

inadecuados de succión de mucosa, además de irritaciones en el borde de la mucosa, provocado por prótesis poco o nada adaptadas. (Torres, Espinoza, 2009)

- **Queilitis angular:** el 2,9 % de pacientes que acuden a la consulta han presentado una lesión a nivel comisural, causado por pobres rehabilitaciones que sobrepasan el tiempo de vida o en pacientes que por una u otra razón perdieron sus prótesis, con lo que generaron disminución de la altura vertical en la oclusión. Frecuentemente a esta patología se le asocia infecciones por bacterias u hongos (*Candida Albicans*). El tratamiento rehabilitador adecuadamente llevado, mejora radicalmente la fisonomía del paciente, es decir su aspecto se ve más rejuvenecido y por ende se controla, alivia y elimina la queilitis angular. (Torres, Espinoza, 2009).

5.5. Definición de vejez

Salvarezza, (1996), expresa “Un viejo frente a nosotros es como una especie de espejo del tiempo, y como todos sabemos el destino que la sociedad impone a la vejez – desconsideración, rechazo, aislamiento, explotación y depósito en sórdidos lugares en la espera de la muerte, nos provoca angustia frente a este futuro posible y nos impulsa a escaparnos de ella. La vejez no es algo abstracto que esta allá, en el futuro, la vejez no es algo que está fuera de nosotros, sino que es presente y que la llevamos adentro activamente”.

Uno de los conceptos que presenta dificultad a gran escala para poder definirlo de manera adecuada es la etapa de la tercera edad o también llamado proceso de envejecimiento “vejez funcional”, que según Marcelo Piña, 2004 manifiesta lo “viejo” como deficiencia y limitación; esto trae como resultado que la percepción social de la enfermedad, vulnerabilidad, pasividad y dependencia son factores normales que se presentan en este periodo. Por lo tanto, dichos paradigmas afectan de manera importante el modo de vida de los

ancianos y sus expectativas frente a la misma al no permitirles tener un rol social que les demuestre que son seres útiles y con la misma posibilidad que tienen todas las personas de superarse y conseguir reconocimiento en el campo social.

La consecuencia principal de estos estereotipos se fundamenta en tener una repercusión social que a futuro trascenderá y dará como resultado un “síndrome de invisibilidad”, el que está ligado específicamente a ancianos, provocando que estas personas no tengan interés por sus necesidades y deseos. (Piña, 2004, p. 44-45).

5.6. Políticas de salud y envejecimiento en el Ecuador

En Ecuador la Dirección de Estadísticas Sociodemográficas del INEC aplicó la encuesta denominada “Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento” (SABE, 2009) a adultos mayores cuyas edades oscilaban entre 60 años a más, tal encuesta se tomó en sus respectivos hogares, proporcionando información referente a características y estilos de vida que tienden las personas mayores; para lo cual se evaluó características demográficas como; estado funcional, desarrollo cognitivo, uso de medicamentos, estado de salud, uso y accesibilidad a servicios (seguro de salud; consulta médica; medicamentos; hospitalización; prótesis; odontología; entre otros), redes de apoyo social y familiar, fuentes de ingreso, pruebas de funcionalidad, historia laboral, antropometría y condiciones de la vivienda y fuentes red de apoyo familiar y social, historia laboral y fuentes de ingreso, antropometría y pruebas de funcionalidad. (MSP,2013).

La encuesta se aplicó a un aproximado de 6100 adultos mayores en todas las regiones del país exceptuando región insular y Amazonía. Mediante la realización de estas encuestas se pudieron conseguir datos reales de las características que se deseó incluir, de esta manera tener resultados que al gobierno le servirían para el mejoramiento en los ámbitos más afectados y

tomar cartas en el asunto ayudándose de ONGs, ministerios y fundaciones, mejorando así la calidad de vida de los adultos mayores. (MSP, 2013).

5.7. Salud mental

Para la OMS (Organización Mundial de la Salud), salud mental se define al estado de completo bienestar, refiriéndose no solo a la ausencia de afecciones sino al equilibrio psicosocial que permiten la interacción, vinculación y participación del individuo dentro de la comunidad; incurriendo en ello factores macro sociales.

De la misma manera la OMS ha detectado ciertos riesgos propios del envejecimiento como la posible aparición de trastornos ansiosos depresivos y las dificultades que conlleva su presencia. (OMS, 2013)

El normal deterioro mental establece un envejecimiento gradual y diverso asociado a diferentes factores tales como las propias aptitudes psicológicas, cualitativas y cuantitativas, asociado a las modificaciones mentales que emergen en variada combinación y forma, conforme la personalidad, lo que no incluye síntomas clínicos relevantes que se encuentren en relación a enfermedades, estilos de vida propios o exposiciones ambientales. (OMS, 2013)

Ciertas circunstancias evaluadas por varios estudios muestran que la presencia del estado de salud oral del individuo generan algún nivel de depresión; dentro de ellas encontramos pobre higiene oral, dieta cariogénica, reducción de flujo salival, asociado en algunos casos al consumo de determinado medicamento, acelerado daño oral, agresivas enfermedades periodontales; lo que puede afectar significativamente la adaptación protésica. (Shye, 1996)

Sujetos que presentaron algún trastorno psíquico y que a su vez portaban prótesis removibles asintieron que sus problemas no fueron resueltos por el simple hecho de haber sido sometidos a tratamiento de rehabilitación, pues su insatisfacción dental ya estaba presente mucho antes de que se tratara de dar solución mediante la confección de prótesis, afirmando así que su condición psicológica no tuvo cambio significativo. (Shye, 1996)

Sin embargo a pesar de ello se ha determinado que mientras más piezas dentales se encuentran en boca, hay mayor satisfacción en los pacientes con la futura confección protésica, lo que se debe a que el individuo se siente más seguro y hay un significativo confort oral. (Levav, 1992)

La previa determinación del estado de salud mental puede ayudar al éxito dentro de la rehabilitación protésica, ya que permite ejecutar un plan de tratamiento óptimo y una consecuente adaptación y satisfacción del individuo atendido; por todo lo mencionado es indispensable que el odontólogo tenga conocimiento básico de las afecciones mentales más frecuentes que aquejan al adulto mayor y pueda aplicar alguna terapia en mejora ya sea previa o posterior a la rehabilitación. (levav, 1992)

Es de suma importante además considerar lo que el paciente cuenta al momento de llenar la historia clínica, experiencias previas positivas o negativas, así se podrá determinar cuáles son sus expectativas, valorar su comportamiento y concluir con qué tipo de paciente estamos tratando (receptivo, escéptico, histérico, pasivo), clasificación dada por el doctor House para conocer la personalidad del sujeto al cual se rehabilitará. (OMS, 2013)

5.8. Modificaciones en las relaciones interpersonales

Acontece que para la mayoría de adultos mayores llegar a la vejez y poder contar con un cónyuge le permite afrontar los posibles acontecimientos o problemas que pueden suscitarse con la edad, afrontándolos de mejor

manera y con una actitud mucho más firme. El principal elemento que une el vínculo en las parejas de adultos mayores es la solidaridad, la cual se hace evidente el momento en que llegara a suscitar algún tipo de discapacidad en uno de sus miembros, situación que se presenta en casi la mitad de matrimonios que han permanecido unidos por cincuenta años en adelante. En dichos casos, a pesar de que las exigencias por parte de la persona que se encuentra atravesando la discapacidad sean mínimas o no, hay una respuesta aceptable de adaptación por parte del que pasará a ser su cuidador, es decir su cónyuge, sin que esto implique en el nivel de satisfacción matrimonial. (Luis, 1995)

Por otro lado para los adultos mayores la elección de amigos representa un factor importante, debido a que según su percepción están creando un vínculo de confianza y por ende un afianzamiento del control que mantienen aún en sus propias vidas. Según varios estudios, los ancianos pasarían mejores momentos en compañía de sus familiares que de sus amigos; ya que basados en sus pensamientos éstos no juzgan o critican sus debilidades, problemas que puedan tener por la edad o situaciones que no las pueden controlar. Es por ello que suelen aislarse en sus hogares, evitar contacto con otras personas y cuando lo necesitan no se sienten seguros de cómo actuar o proceder ante ellos. (Papalia, 1997)

En el último pero no menos importante contexto de relaciones interpersonales tenemos la familia, cuando existen adultos mayores dentro de familia, hay dos aspectos que se deben considerar; En primer lugar, el rol de los miembros de la familia respecto al desarrollo de su pariente anciano; y en segundo lugar, el papel que se le otorga al adulto mayor dentro del hogar. Lo que se espera evidenciar dentro de la familia son los denominados tres signos de unidad entre todas las generaciones que conviven; éstas son: ayuda mutua que aparece por necesidad, deseo y la capacidad inherente de ofrecerla, contacto personal, el cual depende del afecto mutuo y compartido, que deriva de un historial de conexiones que se establecen gracias al amor y respeto .

De lo que se trata en realidad es de brindar la máxima ayuda y contacto (signos de unidad), siempre y cuando éstos estén llenos de afecto. (Stassen B, 1997)

5.9. Depresión en el paciente geriátrico

Es común en odontología geriátrica encontrar que palabras como deprimido, depresión y depresivo sean frecuentemente utilizadas para colocar un adjetivo a la vejez, sin enfatizar que cada una de ellas trae y se deriva de un producto de diferentes posturas ideológicas. Para el entorno de odontología geriátrica esto constituye un factor determinante, pues si no es posible definir con precisión dichos términos, estaremos aplicando conceptos basados únicamente en las conductas normales de los seres humanos. El riesgo que estamos corriendo es caer en el prejuicio que determina a la persona anciana como una persona enferma. Estadísticas mundiales indican cifras de 4 a 6% de prevalencia para los trastornos depresivos mayores afectando a la población total. Esta sola cifra tendría que desconsiderar el prejuicio social de concluir apresuradamente que todos los viejos son deprimidos. (Roisinblit, 2010)

Julio Moizeszowicz (1998) señala que al término depresión “en psiquiatría se lo puede entender como síntoma (trastorno afectivo orgánico o depresión en una esquizofrenia), como síndrome (conjunto de signos y síntomas que se supone evolucionan interrelacionadamente) o como enfermedad (interrelación de presupuestos etiológicos, patogénicos y evolutivos)”.

Lo que se evidencia es que con frecuencia, no solo la gente en general, también los profesionales comúnmente confunden el criterio de depresión con un sentimiento de soledad y tristeza, colocándolos a ambos dentro de un mismo contexto y única categoría diagnóstica. Al hacerlo, es lógico que la estadística de depresión se amplíe enormemente. Es importante redundar en este tema, porque al aumentar la expectativa de vida, los individuos se ven ante la difícil y continua posibilidad de enfrentar duelos, no solo referentes a la pérdida de alguna persona, se expresa como duelo a cualquier pérdida

material, sentimental o personal que afecta su estado anímico, lo coloque en una situación de tristeza, sin que necesariamente caigan en depresión. (Roisinblit, 2010)

Conociendo lo que aqueja a cada paciente, podemos determinar alternativas de tratamiento cada una de las cuales van acompañadas de explicaciones explícitas que ayudarán a entender mejor y encaminarse a la toma de decisión más acertada por parte del clínico como del paciente.

5.10. Consecuencias fisiológicas en pacientes edéntulos

5.10.1. Consecuencias en tejidos duros

Tras la pérdida de las piezas dentales se generan varios problemas anatómicos, dentro de ellos se encuentran características que toman los tejidos duros de la cavidad oral. La pérdida de hueso causa en primera instancia disminución considerable de anchura ósea; La atrofia sostenida en el maxilar o mandíbula no se limita únicamente a hueso alveolar, también están involucradas proporciones de hueso basal, principalmente en la zona posterior de la mandíbula, lo que genera que la reabsorción cause una pérdida ósea de aproximadamente 80%; con lo que las posibilidades de fracturas mandibulares se hacen más comunes y más evidentes, aún si los golpes son de baja intensidad.

En lo que cabe al maxilar se ven expuestos con mayor tendencia a la reabsorción el reborde anterior e incluso la espina nasal, provocando dolor y aumento en la movilidad del maxilar durante la función. (CM,2010).

Esta condición no solo se percibe en pacientes edéntulos totales, se generan también en pacientes edéntulos parciales que comúnmente son portadores de prótesis removibles, en las cuales se genera una fuerza extra en las piezas pilares, pues son las destinadas a soportar fuerzas laterales adicionales; con el

fin de minimizar el daño y preservar el mayor tiempo posible las piezas en boca, lo que produce una mejora en el diseño y la ubicación de retenedores directos e indirectos. Si bien esta condición protege a los dientes restantes por un lado, por el otro está generando un aumento en la pérdida ósea de los espacios edéntulos en los cuales se asienta la prótesis. (Misch C. E., 2009)

5.10.2. Consecuencias en tejidos blandos

- Cuando se reduce el hueso en ancho y alto y nuevamente pierde altura y anchura, la encía adherida disminuye paulatinamente.
 - La mucosa no adherida para soporte dental provoca aumento de puntos dolorosos.
 - Con la edad y el apareamiento de enfermedades sistémicas el espesor de los tejidos disminuye, lo que ocasiona más zonas dolorosas con las dentaduras.
 - Incremente el tamaño de la lengua, consecuente a ello disminuye la estabilidad de la dentadura.
 - La lengua cumple un papel activo en la masticación, provocando que la dentadura deje de ser estable.
 - Afección neuromuscular evidenciándose en la falta de control.
- (Schott Börger S, 2010)

5.10.3. Consecuencias estéticas:

Los cambios faciales que se generan durante el proceso de envejecimiento se ven acelerados y potenciados por la pérdida de dientes. Debido a la pérdida de hueso alveolar se acarrea una serie de consecuencias estéticas. Entre ellas se destacan: Disminución en la altura facial por colapso de la dimensión vertical; pérdida del ángulo labiamental y hundimiento de las líneas verticales, que si bien es un proceso natural dentro del envejecimiento, tras la pérdida de piezas dentales se genera un proceso más acelerado causando una apariencia áspera y avejentada. Sin embargo al disminuir progresivamente la dimensión vertical,

la oclusión aumenta hacia una pseudomaloclusión de clase III, provocando que, la barbilla rote hacia adelante dando un aspecto facial prognático. La disminución del ángulo horizontal en la zona comisural da el aspecto de tristeza e infelicidad principalmente cuando la persona se encuentra en reposo. (Misch C. E., 2009)

Entre otras consecuencias a citar dentro de este contexto están la pérdida de tonicidad muscular, lo que conlleva al desplazamiento de grasa y músculos del modiolus generando estrechamiento de la comisura, inversión de labios y hundimiento de mejillas; Para disimular en alguna medida este molesto e inconveniente facial los pacientes geriátricos llevan a cabo ciertas técnicas, por ejemplo: las mujeres utilizan poco o nada de lápiz de labios y maquillan muy tenuemente esta zona para no llamar la atención, los hombre por su parte dejan crecer bigote en la zona minimizando así el efecto. (Misch C. E., 2009)

La afectación de las inserciones de los músculos mentoniano y buccinador en la zona mandibular (cuerpo y sínfisis), se ocasiona por la atrofia ósea, provocando “mofletes caídos” o “barbilla de bruja”.

Las personas de cara corta son las más vulnerables y afectadas por el proceso que lleva consigo el edentulismo, pues ellas sufrirán mayor pérdida de hueso y cambios faciales más severos en relación al resto de individuos. (Misch C. E., 2009)

5.11. Salud oral en el paciente geriátrico

Un indicador sustancial de cómo fue llevada la salud oral durante la vida de un individuo, es la condición en la que el médico encuentra el estado de la cavidad bucal en su vejez, aunque su posible deterioro también esté ligado a factores propios de él o factores externos como los ambientales. Con relación a ello, hoy en día sabemos que un gran porcentaje de adultos mayores presentan condiciones precarias en su salud oral, las cuales se encuentran reflejadas en

la carencia de piezas dentales ya sean una parte de ellas o un edentulismo total. (WHO, 2011)

Otros autores, que han realizado estudios tanto en salud bucal precaria y en la asociación entre una baja calidad de vida en personas de tercera edad y niños, manifiestan que esta calidad de vida se ve mayoritariamente afectada por el nivel de satisfacción o no con la salud bucal y que los problemas que manifiestan los pacientes están relacionados a diversos factores como: función, estética y comodidad. Por otro lado cuando estos factores no cumplen las expectativas y necesidades del paciente, se observan respuestas psicosociales; observando ansiedad, disminución de autoestima, inseguridad e introversión. (Montenegro, Marchini, Pereira, 2000)

Es importante entender que además de todos los factores que vuelven a cualquier paciente, un individuo propenso a generar alteraciones en su salud oral, existe en geriatría una serie de características que incrementan este riesgo y que frecuentemente hacen difícil que se ejecuten de manera ideal todas aquellas medidas preventivas y terapéuticas de las cuales se dispone. Es por ello que el paciente debe conocer cada una de éstas condiciones, concientizándolo que la enfermedad puede aumentar su curso, reservar un pronóstico o alargar la duración de un tratamiento.

(Manual de Geriatría)

La odontología para pacientes geriátricos se está constituyendo en una nueva disciplina que recién ahora se empieza a aplicar en varias escuelas de América Latina. Generalmente esta rama de la odontología se ha confundido y asociado únicamente con la rehabilitación del anciano mediante prótesis, pues la gran mayoría carece de una y consecuentemente la requiere. Pero esto no es correcto, la odontogeriatría engloba la atención integral del adulto mayor, con todas aquellas repercusiones propias de la edad, donde se tome hincapié la biología, la psicología del transcurso del envejecimiento, aspectos emocionales que faciliten un adecuado manejo del paciente, además de la utilización de

materiales dentales más acordes y totalmente biocompatibles a las propias características tisulares de la edad y fundamentalmente tratamientos adaptados para cada caso en particular. A todo esto debemos sumar la prevención, el control y la satisfacción del deber cumplido. (Roisinblit, 2010)

5.12. Humanismo en la práctica odontológica

Durante el tiempo que nos encontramos en la Facultad cursando la carrera, nuestro principal y único objetivo es aprobar las materias, concluir los trabajos dentro de clínica, es decir aprobar satisfactoriamente la parte práctica; por lo que pocas o ninguna vez se estableced relaciones humanas, que aunque no parezca son necesarias para cumplir nuestro objetivo. Una vez concluido este peldaño, se abre un nuevo panorama, y surge una nueva meta la de aumentar, lo que hace mucho tiempo se denominó “clientela del odontólogo”. En la actualidad, salvo excepciones, dicha clientela va cambiando de manos hasta encontrar un servicio más humano sin descuidar la responsabilidad del correcto tratamiento. (Roisinblit, 2010)

Mejorar la comunicación humana con el paciente debe convertirse en una prioridad dentro del ejercicio de la profesión. La recepción de pacientes es objeto de especial cuidado y dedicación, acto que debe ser compartido con el personal-auxiliar que es el primer contacto con el paciente, ya sea éste telefónicamente o personalmente. Cabe mencionar que el primer acto antes de empezar cualquier tratamiento es extender al paciente la mano, lo que manifiesta que todo el tiempo que durará la consulta no será meramente técnico, por lo que es esencial que éste sea cálido, y que transmita un mensaje positivo de buena vibra, acompañada además de una mirada de servicio. Por lo antes expuesto se recomienda estimular a cada profesional de la salud a controlar algunas actitudes; ya que para Balint “el médico es el primer medicamento que él prescribe”. (Roisinblit, 2010)

El Prof. Dr. Pedro Yáñez expone: “La principal tarea del médico, con los conocimientos que tiene, es aprender a curar sin perder de vista que el

paciente es una persona que no se puede dividir, que está conformado de cuerpo y alma. Lo peligroso, es que al médico recién graduado se lo lanza al ruedo sólo con el diploma, sin la preparación humanística y filosófica de que el trato con el paciente es un trato entre personas. Que el paciente es una persona antes que una patología”.

5.13. Prótesis dental en el paciente geriátrico

Para el paciente geriátrico hablar de prótesis dental es englobar una serie de parámetros sumamente relevantes dentro de su concepción de tratamiento como lo son el aspecto familiar, social, el mantenimiento de la salud general y la elevación de la expectativa de vida. Hay que tomar consciencia que una prótesis no solo constituye un aparato artificial que reemplazará dientes perdidos y que por ello su confección y desarrollo se llevará a la ligera, se necesita un cuidadoso análisis para su colocación pues éstas proporcionarán al anciano condiciones para elaborar el bolo alimenticio adecuadamente, evitando que disminuya la consistencia alimenticia y esto conlleve a un déficit proteico. (Oliveira E, 2007)

Dentro del proceso operativo en la elaboración de las prótesis para ancianos, el factor considerado más crítico, es la higienización y por consiguiente el mantenimiento de las mismas. Con el fin de controlar o disminuir esta situación es necesario descartar la higienización como tal y pasar a ejecutar una motivación a cada persona en la abstinencia de dietas cariogénicas, mediante la substitución de bizcochos, dulces y tortas, por alimentos más sanos como verduras, carnes magras y frutas, logrando de esta manera adecuar su sistema masticatorio para obtener una correcta y duradera rehabilitación parcial o total. Por ello es indispensable contar con la integración y comunicación constante del equipo odontológico con médicos de cabecera, familiares y personal auxiliar. (Oliveira E, 2007)

Cambios como los fisiológicos, patológicos y/o funcionales que se generan en los elementos dentales durante la vejez pueden acarrear problemas para el

tratamiento protésico. A demás de ello, otros factores a considerar en la selección de la óptima rehabilitación protésica para el paciente geriátrico están la ingestión de medicamentos, ya que pueden generar una considerable disminución de flujo salivar, lo que implicaría molestias en las prótesis, Actitud psicológica, el desenvolvimiento psicosocial, aspecto financiero, así como la calidad de vida. (Oliveira E, 2007)

Para la elección del tratamiento se debe tener en cuenta y considerar un tratamiento racional coadyuvante al juicio del profesional, teniendo en claro las reales necesidades estéticas como funcionales del paciente. (Oliveira E, 2007)

5.14. Experiencia previa.

Al momento de predisponerse a la realización de un tratamiento, cada paciente y cada rehabilitación deben considerarse individualmente, pues cada uno es un mundo diferente. Las experiencias anteriores que resultaron desagradables suelen constituir un factor determinante para la posterior inserción de cualquier tipo de prótesis. Varias investigaciones determinan que los pacientes que jamás usaron prótesis son aquellos que muestran valores más altos de insatisfacción con su rehabilitación comparados con aquellos que tuvieron anteriormente experiencia con prótesis. (Barrueta, 2012).

Si ya se ha elaborado una dentadura sea removible o total, es de suma importancia saber cada detalle de ella, es decir experiencia mientras se llevaba a cabo el tratamiento y después de ello. Si el individuo fue sometido a la rehabilitación con varias prótesis en un periodo corto de tiempo, es necesario tener en cuenta que el biotipo y la actitud pueden llegar a ser factores determinantes en su adaptación. (Barrueta 2012)

Lo que el paciente responda al porqué de su insatisfacción con sus actual o actuales prótesis, permite al odontólogo ser más cauto y no generar los mismos errores, reduciendo de manera significativa el desagrado del paciente. Si al

momento de realizar el plan de tratamiento el paciente manifiesta acudir por una adaptación simplemente y muestra haber tenido una buena experiencia, genera una excelente expectativa en el clínico pues su actitud y conducta ante la rehabilitación será similar; anticipando un tratamiento exitoso. (Barrueta, 2012)

5.15. Manejo odontológico del paciente geriátrico

Actualmente, existe un gran interés por saber y estudiar el fenómeno-proceso del envejecimiento debido al incremento poblacional de adultos mayores que existen en el país y el resto del mundo. Es por ello que la demanda de servicios de salud tanto médicos como odontológicos ha crecido de manera significativa en especial de esta población en particular. Por consiguiente el brindar una adecuada salud respetando los estándares de atención es primordial para el Estado, con lo cual se asegura que dicha población se encontrará cubierta con el servicio de salud en cualquier momento y en cualquier circunstancia. (Duarte, 2012)

A medida que avanza la edad, el cuerpo tiende a adquirir una serie de cambios morfológicos tanto a nivel de tejidos como de sistemas; en la gran mayoría, la salud del individuo se declina por problemas nutricionales, mentales, dentales, y por patologías de asociación (enfermedades sistémicas, cáncer, entre otros). La producción paulatina de dentina produce disminución en el tamaño de la cámara pulpar, así como de canales radiculares, fibras periodontales y vasos sanguíneos. Para un adecuado manejo por parte del odontólogo, así como de su personal de asistencia es fundamental conocer en general al paciente, desde lo más simple hasta lo más complejo para poder ejecutar acciones adecuadas de tratamiento; por ejemplo en pacientes con algún tipo de limitación es esencial la enseñanza de técnicas complementarias de aseo, así como la implementación de cepillos e hilos dentales especiales que ayuden a su ejecución, de lo contrario aumentaremos el sentido de frustración en dichos pacientes quienes acuden a la consulta con la expectativa de aliviar su dolor o satisfacer alguna necesidad. (Duarte, 2012)

Es indispensable realizar una búsqueda de una Odontología que no solo valore el uso de los diversos recursos clínicos para cada diagnóstico de las condiciones que existe en la salud bucal, puesto que estos no consideran la percepción del individuo con la misma sino hay que considerar la manera como las personas perciben su condición bucal. (Henriquez S, 2013)

El tratamiento exitoso en pacientes geriátricos, más acertadamente en odontogeriatría necesita de una perspectiva más humanística, como de la competencia de entablar una conexión personal e íntima, para comprender así sus temores, miedos y ansiedades ante la consulta odontológica, de la misma manera en la que se desenvuelven con el niño aquellos que ejercen la odontopediatría. (Roisinblit, 2010).

5.16. Rendimiento de las prótesis utilizadas en la rehabilitación del edentulismo.

5.16.1. Función masticatoria:

La función masticatoria es un concepto que engloba varios parámetros como lo son la habilidad, la eficiencia y/o rendimiento masticatorio, dando respuesta a cada paciente acerca de su masticación y la capacidad que tienen para masticar. La diferencia que encontramos en cada uno de los conceptos, ayudarán, proporcionarán información y por ende guiarán al clínico a evaluar la función masticatoria de manera aislada y unitaria para cada caso en particular. (Schott Börger S, 2010)

La eficiencia masticatoria se refiere al número de golpes requeridos durante la oclusión para producir un nivel tipo de degradación de un alimento determinado, por ejemplo el número de golpes adecuados para que el alimento ingerido llegue a ser deglutido.

Se define rendimiento masticatorio al grado de trituración que es sometido un determinado objeto mediado por un número adecuado de contactos masticatorios.

La habilidad masticatoria corresponde a la propia valoración de un individuo relacionándola a su masticación.

(Schott Börger S, 2010)

Es necesario determinar las características que generan limitación en la función masticatoria; así podemos encontrar numerosos factores destacando los dentarios como pulpitis, infecciones dentarias, periodontitis, entre otras. Tenemos además los relacionados con el uso de aparatología protésica, inflamaciones de tejidos blandos que generan zonas dolorosas y alteración de tejidos de soporte dentario. (Schott Börger S, 2010)

Es posible medir la función masticatoria mediante ciertas técnicas como:

- Tipo test alimento; por medio de alimentos consistentes, tipo material test; por medio de simulación de alimentos.
- Cantidad de alimento o material test a utilizar, en el cual el sujeto es capaz de determinar el porcentaje de alimento que masticará.
- Forma de masticación; mediante patrones establecidos como la masticación unilateral o en su efecto, el sujeto puede masticar como diariamente lo hace sin tener que seguir dicho patrón.
- Cantidad numérica de golpes masticatorios; mediante números determinados (20), o a libre decisión del sujeto hasta lograr una adecuada composición deglutoria. (Schott Börger S, 2010)

5.16.2 Rendimiento de las dentaduras totales:

La máxima fuerza generada durante la oclusión en pacientes dentados con relación a pacientes totalmente edéntulos es abrumante, la excesiva disminución de la fuerza sumada a la inestabilidad que generan la mayoría de prótesis nos proporcionan una deficiencia masticatoria considerable. El rendimiento de una prótesis total se lo evalúa por su capacidad masticatoria durante el tiempo de utilización, es de conocimiento que en personas que

utilizan prótesis, el 29% son capaces únicamente de masticar alimentos blandos o triturados, el 50 % evita cierto tipo de alimentos y el 17% se siente más conforme sin usarlas durante la ingesta de alimentos. Un estudio realizado en la Universidad Mayor en el año 2012, con el fin de comparar así como medir el rendimiento masticatorio por medio del Test de Manly en 18 individuos separados en 2 grupos (desdentados totales/dentados naturales), mostró que el rendimiento durante la masticación se eleva en pacientes dentados naturales en comparación con prótesis totales, siendo una diferencia estadísticamente significativa. Sumado a ello debemos hacer mención que al existir una deficiencia masticatoria la formación adecuada del bolo alimentación no se producirá, lo que repercutirá en las funciones digestivas correctas y extractivas de nutrientes. Una pobre habilidad masticatoria con el paso del tiempo puede significar la aparición o el agravamiento de ciertas enfermedades, aumentando así la mortalidad y disminuyendo la calidad de vida principalmente de los pacientes geriátricos, que son el grupo etario más vulnerable. (Daniela von Kretschmann San Martin, 2015) (Misch C. E., 2009).

5.16.3 Consecuencias negativas del uso de prótesis removible:

Cuando se descarta la posibilidad de utilizar una prótesis fija por diversos factores ya sean estos intrínsecos o extrínsecos, el clínico se ve en la necesidad de optar por una prótesis removible, aun sabiendo que se está generando una amenaza para los dientes remanentes de los individuos, pues estos al igual que los tejidos blandos circundantes tienden a deteriorarse, al aumentar el riesgo de caries, de afectaciones del periodonto o fuerzas excesivas que se generarán sobre los pilares. Lograr minimizar los riesgos es posible sin embargo no hay un mecanismo exitoso que permita conservar permanentemente las piezas que aún continúan en boca sin que a la larga sean extraídos. Los problemas generados por dichas prótesis tienden a buscar nuevas alternativas de rehabilitación con el fin de preservar la pérdida ósea proporcionada en los espacios mucosos que soportan el peso de la prótesis, así como crear condiciones orales adecuadas que produzcan satisfacción y cumplan las demandas impuestas por los pacientes. (C.M, 2010)

5.16.4 Beneficios de las prótesis implanto soportadas

El uso de implantes para lograr una mejor retención y por ende estabilidad protésica tiene muchos beneficios en relación a las normalmente utilizadas; las mucosoportadas. La principal razón para inclinarnos a los implantes dentales es la preservación de hueso alveolar, con ello compensamos la rápida pérdida que se genera comúnmente en la zona mandibular, sin olvidarnos que es necesario mantener también hueso en zona maxilar. Sumado a esta gran ayuda encontramos además un sin número de ventajas en su utilización, las cuales se han resumido en:

- Restituyen y conservan las dimensiones oclusivas verticales.
- Al mantener el tono muscular, la estética facial no se ve comprometida
- Gracias al mantenimiento de los dientes en posición adecuada, evitando así el movimiento de la dentadura, la estética facial se ve favorecida.
- La fónica mejora sustancialmente
- Mejor oclusión
- Devuelve la consciencia oclusiva, es decir, el paciente adquiere una amplitud oclusiva más determinada.
- Aumenta la longevidad y el éxito de las prótesis.
- Mejora la función masticatoria; Pues al evitar la atrofia de los músculos, se está evitando la reducción de las fuerzas oclusivas, así también se está ayudando a l mantenimiento de la expresión facial.
- El diseño de las prótesis se vuelven más cómodos y estéticos, ya que se reducen las extensiones y paladares protésicos.
- Posibilidad de colocación de prótesis fija
- El problema de la poca estabilidad y retención que se genera tras el tiempo en una prótesis removible se ve solucionado.
- Los dientes remanentes que se encuentran aún en boca no se ven de ninguna manera afectados.

- Genera en el paciente satisfacción y total aceptación, pues se ha demostrado que casi la totalidad de ellos asimilan los implantes como si fueran sus piezas naturales, con lo cual se ha logrado mejorar la salud psicológica. (Misch C. E., 2009)

5.17 prótesis totales convencionales comparadas con prótesis sobre implantes en el mejoramiento de la calidad de vida del paciente:

Si bien la utilización de prótesis totales convencionales en pacientes que han perdido todas sus piezas dentales debido a diferentes factores es la opción más accesible no solo por su costo sino por la facilidad de construcción de la misma y la adaptabilidad que tienen para este tipo de pacientes, a la larga pueden desencadenar problemas estéticos, funcionales y psicológicos debido a la deficiencia de retención, estabilidad y por consecuente, disminución de la función masticatoria, incomodidad y retención de alimentos debajo de la prótesis. La insatisfacción generada al paciente debido a los resultados funcionales y estéticos no previstos, pueden, determinar muchas veces, la necesidad de confección de una nueva prótesis total, lo que significa mayor gasto económico, mayor tiempo de tratamiento, molestias para el paciente y la posible negación por parte de ellos de volver a utilizar una dentadura artificial. (Riveiro, 2012)

Tomando en cuenta estos inconvenientes que se escapan de las manos de los clínicos, las dentaduras convencionales, por muchos años fueron tratadas, con el fin de mejorar la estabilidad y retención adicional, para lo cual utilizaron varios dientes naturales debidamente preparados para poder soportar a las prótesis conocidas como sobredentaduras, siendo esa una alternativa favorable a las prótesis totales, sin embargo no se lograba conseguir el objetivo deseado y el éxito a la larga no era el esperado. (Echezarreta, 2009), (Telles, 2011)

Otra alternativa eficaz de tratamiento con altos índices de éxito es la prótesis soportada por implantes o normalmente conocida como implanto-soportada

cuya introducción y consecuentemente aplicación se dio tras el advenimiento de la oseointegración, por P.I. Bränemark. Unos implantes correctamente colocados, con el debido análisis particular de cada caso, es decir una correcta historia clínica con una anamnesis precisa asegura su larga longevidad, reduciendo por completo la posibilidad de rechazo por parte del individuo. (Echezarreta, 2009)

Por lo anteriormente mencionado debemos concluir que la mejor opción de tratamiento para pacientes con edentulismo total o parcial son los implantes dentales ya sea que éstos sustituyan pocas piezas faltantes en cavidad oral o sean utilizados para la rehabilitación sobre implantes, las ventajas proporcionadas fueron descritas anteriormente, sin embargo vale la pena recalcar las mejoras que proporcionan a los pacientes en cuanto a la calidad de vida y la mejora significativa en su estado anímico y por ende psicológico, ya que al sentir los implantes como parte propia de su cuerpo disminuyen la sensación de vacío y ausencia de sus propias piezas dentales evitando de esta manera futuras complicaciones en su vida cotidiana. (Echezarreta, 2009).

6. MATERIAL Y MÉTODO.

6.1 Tipo de estudio.

Se realizará un estudio observacional descriptivo de corte transversal

6.2 Universo y muestra

Para la selección de los pacientes que entrarán en el presente trabajo de investigación se utilizará a la clínica de la Universidad de las Américas- Sede Colón como universo de estudio, en la que encontramos un flujo de gente estimada de 50 personas en promedio al día entre las cuales se encuentran pacientes que acuden por motivos protésicos, sea para controles de prótesis o confección de ellas.

6.2.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes adultos mayores de ambos sexos
- Desdentados totales o parciales, antiguos y futuros portadores protésicos (prótesis totales y prótesis parciales removibles, unitarias o bimaxilares).

6.2.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes jóvenes
- Adultos mayores con algún tipo de trastorno psicológico
- Adultos mayores que no deseen participar en el estudio
- Adultos mayores que no sean capaces de responder con coherencia a los cuestionarios que serán aplicados.

De esta manera, se elegirá y completará una muestra de 100 pacientes, independientemente del tipo de prótesis que presente sea esta total, parcial

removible, bimaxilares o unitarias; Para ello previamente se llenará un consentimiento de participación en este estudio.

Se estimará además un número de 5 pacientes para cada grupo, que servirán para sustituir en el caso de presentarse situaciones no previstas con relación a los sujetos en estudio.

6.3. Definición y medición de variables

En este estudio la variable independiente es los pacientes adultos mayores que serán rehabilitados con prótesis total o removible en las instalaciones de la Clínica Odontológica de la UDLA, la variable dependiente son los efectos psicológicos que afectarán a dichos pacientes.

Tabla 1. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN DE LA VARIABLE	INDICADOR
Pacientes con Prótesis total	Prótesis que se soportan únicamente en tejido blando (reborde residual). Estas pueden ser uni-maxilares o bi-maxilares	Cualitativa Observacional	Presencia o no de prótesis	Presenta No presenta
Pacientes con prótesis removible	Prótesis que se soportan tanto en dientes como en tejido blando.	Cualitativa Observacional	Presencia o no de la prótesis	SI NO
Condiciones del paciente (antiguo portador, nuevo portador)	Pacientes que han utilizado cualquier tipo de prótesis y pacientes que van utilizar por primera vez una prótesis	Cualitativa Observacional	Presencia o no	SI NO
Grado de depresión	trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad	Cuantitativa discreta	Cuestionario de salud general de Goldberg	Punto de corte 5: >=5: posible trastorno ansioso-depresivo <5: ausencia de trastorno (no ansioso)
Nivel de satisfacción	Sentirse a gusto con nosotros mismos y cubrir nuestras necesidades.	Cuantitativa discreta	Cuestionario GOHAI	siempre=5; frecuentemente=4; algunas veces=3; rara vez=2; nunca=1

6.4. Descripción de método

Después de conseguir el consentimiento informado (Anexo 1) de los pacientes voluntarios se realizará las encuestas que identificaran el estado psicológico y el de satisfacción que poseen.

6.4.1 Evaluación Psicológica:

Se elaborara un cuestionario fundamentado en el estado de salud general, “Cuestionario de Goldberg”, (Anexo 2), enfocado tanto en la investigación epidemiológica como en el trabajo clínico, dicho cuestionario valorara el estado general de salud mental o bienestar psicológico de cada paciente en estudio.

Este cuestionario consta de una versión de 12 preguntas, con un tiempo de ejecución de 5 min aproximadamente. El rango de puntaje es mínimo 0 - máximo 12 y se consigue a través de sumatoria simple década pregunta.

Cada pregunta estipulada de manera que expresa un síntoma, tiene un resultado de cuatro posibles respuestas. Según el método de evaluación original de Goldberg, las 2 primeras respuestas “mejor o igual que de costumbre” tienen valor 0 y las respuestas “menos o mucho menos que de costumbre” tienen valor 1.

Se aplicara el punto de corte 5 para establecer las categorías de diagnóstico dicotómicas. Un puntaje mayor o igual a 5 mostraba posibles trastornos ansioso-depresivos (ansioso) y un puntaje menor a 5 mostraba la ausencia de trastornos (no ansioso).

6.4.2 Satisfacción de las prótesis

En lo que corresponde a la evaluación del nivel de satisfacción del uso de prótesis se realizara el cuestionario de GOHAI (Anexo3), el cual consta de 12 preguntas donde la puntuación total del índice de GOHAI pertenece a la suma de las puntuaciones parciales y oscila entre 12 y 60 puntos y valora las dimensiones física/funcional, psicosocial/psicológica y de dolor/incomodidad

(los ítems 3 y 7 tienen una valoración inversa al resto de los ítems: siempre=5; frecuentemente=4; algunas veces=3; rara vez=2; nunca=1; conversión que se realiza al momento del análisis). La mejor calidad de vida relacionada con la salud bucal esta entre los puntajes 57 a 60, resultado que se considera alta (buena), puntaje entre 51 y 56 se considera moderada (regular) y menos de 50 se considera puntaje bajo (malo), no obstante, este índice confiere la posibilidad de analizar y evaluar por separado las diferentes dimensiones que lo componen.

Las preguntas (1, 2, 3 y 4 de este cuestionario) corresponden a la dimensión Física/Funcional, se considera el valor de 19 o 20 para una categorización alta (buena), 17 o 18 para moderada (regular) y 16 o valores inferiores para baja (mala).

Con respecto a dimensión Psicosocial/Psicológica las preguntas que indagan esta dimensión son la 6, 7, 9,10 y 11. El valor 23 al 25 es equivalente a una categorización alta (buena), 21 a 22 (regular) para moderada y 20 o valores inferiores para baja (mala).

Finalmente, con respecto a la dimensión Dolor/Incomodidad las preguntas que valoran esta dimensión son la 5, 8, y 12. El valor 14 o 15 equivalen a una categorización alta (buena), 12 o 13 para moderada (regular) y 11 o valores inferiores para baja (mala).

6.5 Plan de tabulación y análisis

Interpretación de resultados obtenidos en la encuesta mediante cuadros comparativos e indicadores

Tabla 2. Plan de tabulación y análisis.

OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	CRUCE DE VARIABLES
<p>Determinar los efectos Psicológicos del edentulismo total y parcial.</p>	<p>- Existe afectación psicológica en los pacientes por la pérdida dental total o parcial. - La mayoría de pacientes no se sienten satisfechos con sus actuales prótesis.</p>	<p>1. Pacientes con prótesis total 2. Pacientes con removible 3. Condiciones del paciente (antiguos o futuros portadores protésicos) 4. Autoestima del participante 5. Grado de depresión 6. Pacientes geriátricos 7. Género 8. Nivel de satisfacción del uso de prótesis</p>	<p>Pacientes con prótesis total/Condición del paciente/Autoestima del participante/Paciente geriátrico/Género/nivel de satisfacción Pacientes con prótesis removible/Condición del paciente/Grado de depresión/Paciente geriátrico/Género/nivel de satisfacción</p>

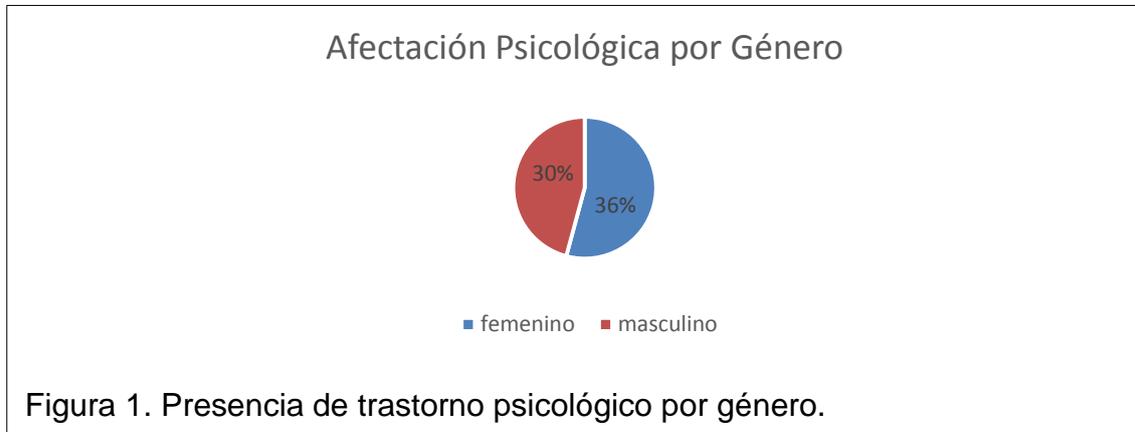
7. RESULTADOS

7.1 Evaluación psicológica

Al realizar el análisis de trastornos psicológicos a través del cuestionario de salud general de Goldberg, se determinó que no existieron diferencias significativas en la presencia de los mismos entre hombres y mujeres, sin embargo el género femenino resultó ser el más afectado tras la pérdida de sus piezas dentales. bla1. Cuestionario de salud general de Goldberg por género.

Tabla 3. Evaluación psicológica.

Género	Total de encuestados	Presencia de trastorno psicológico	Porcentaje
femenino	67	24	36%
masculino	33	10	30%
Total general	100	34	34%



En cuanto a la aplicación del cuestionario según edades se determinó que el rango de edad que presentó mayor problemas de afectación psicológica tras la pérdida de sus piezas fue de 55 a 64, lo que evidencia que son pacientes con tendencia a la depresión, pues no están en una edad que aceptan que su problema puede ser resuelto o a su vez en aquella edad en la que simplemente asumen que su condición es un proceso normal de la vejez.

Tabla 4. Cuestionario de salud general de Goldberg por edades

Edad	Total de encuestados	Presencia de trastorno psicológico	Porcentaje
45-54	19	6	32%
55-64	43	18	42%
65-74	27	7	26%
75-84	11	3	27%
Total general	100	34	34%

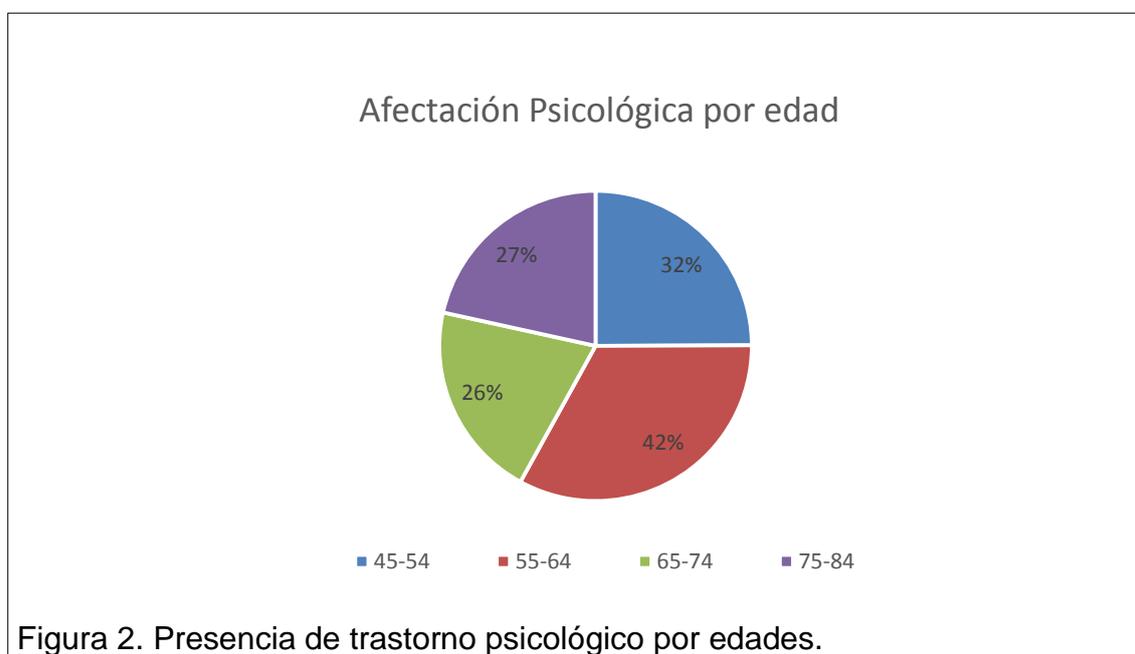


Figura 2. Presencia de trastorno psicológico por edades.

7.2 Satisfacción de la prótesis

Al realizar el análisis del nivel de satisfacción protésico mediante el cuestionario de GOHAI, se determinó que existen diferencias en cuanto al tipo de prótesis que se encuentra actualmente usando el paciente, la edad y género; así como del tipo de paciente (clasificación de House). Para cada una de estas variables se determinó tres parámetros; Función psicosocial, Función física y Función dolor. Así como la determinación General de la satisfacción protésica en cada caso.

Tabla 5. Nivel de satisfacción general por tipo de prótesis.

Tipo de prótesis	Buena	Porcentaje	Mala	Porcentaje	Regular	Porcentaje
Total superior removible inferior						
Total inferior removible superior	1	7,14%	7	50%	6	42,86%
Removible superior						
Removible inferior						
Total superior/ Total inferior	4	17,39%	16	70%	3	13,04%
Removible superior e inferior	2	22,22%	5	56%	2	22,22%
Total bimaxilar	2	3,70%	40	74%	12	22,22%
Total General	9	9,00%	68	68,00%	23	23%

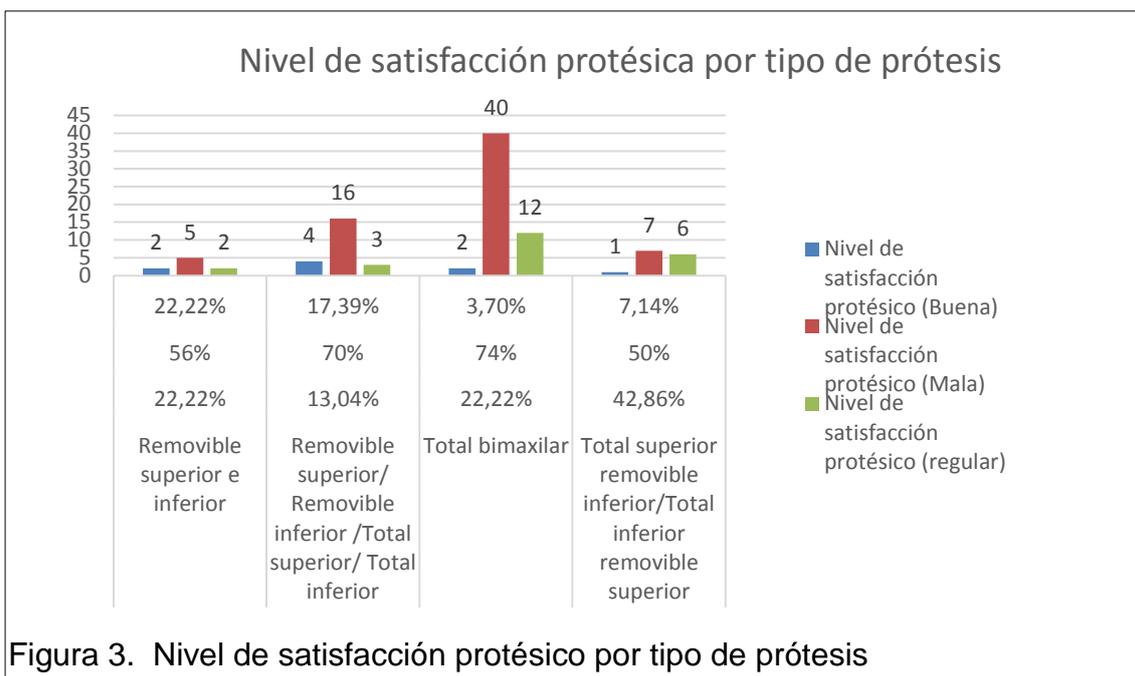


Figura 3. Nivel de satisfacción protésico por tipo de prótesis

Tabla 6. Función psicosocial por tipo de prótesis.

Tipo de prótesis/Función psicosocial	Buena	Porcentaje	Mala	Porcentaje	Regular	Porcentaje
Total superior removible inferior						
Total inferior removible superior	4	28,57%	6	43%	4	28,57%
Removible superior						
Removible inferior						
Total superior/ Total inferior	5	21,74%	14	61%	4	17,39%
Removible superior e inferior	2	22,22%	5	56%	2	22,22%
Total bimaxilar	13	24,07%	38	70%	3	5,56%
Total General	24	24%	63	63%	13	13%

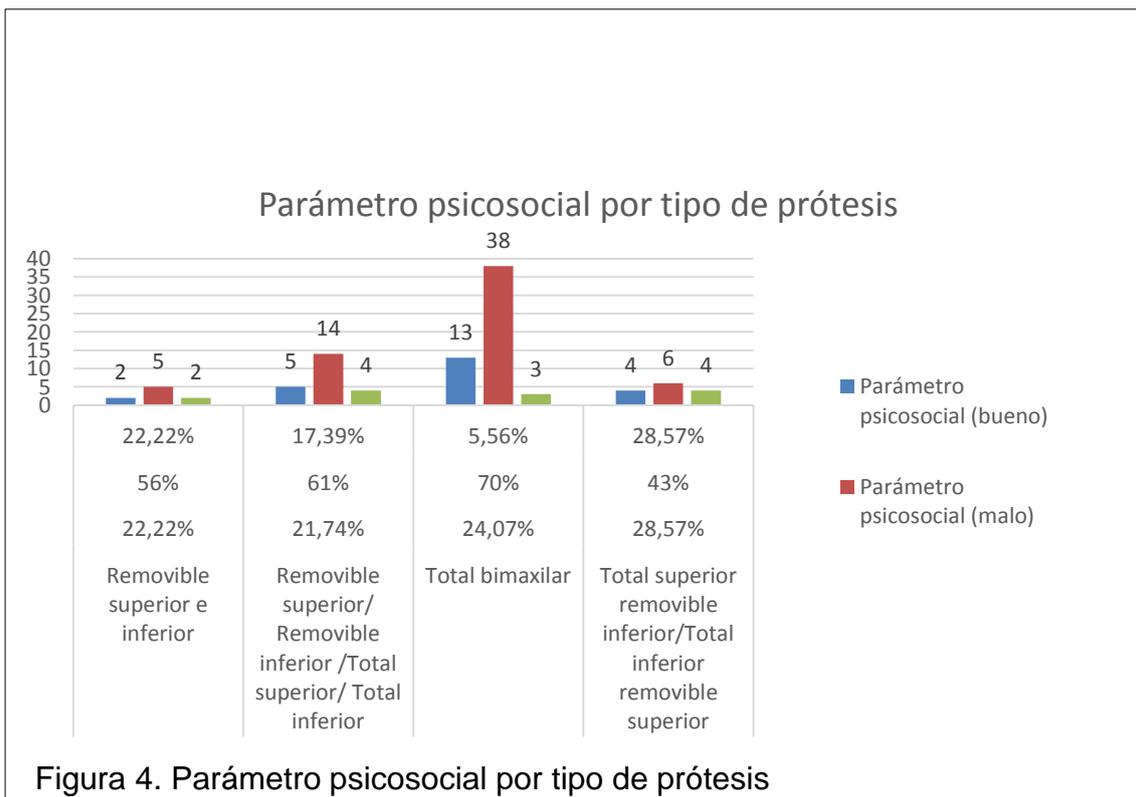


Figura 4. Parámetro psicosocial por tipo de prótesis

Tabla 7. Función física por tipo de prótesis.

Tipo de prótesis/Función física	Buena		Mala		Regular	
	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Total superior removible inferior Total inferior removible superior	1	7,14%	8	57%	5	35,71%
Removible superior Removible inferior Total superior/ Total inferior	4	17,39%	15	65%	4	17,39%
Removible superior e inferior	2	22,22%	3	33%	4	44,44%
Total bimaxilar	2	3,70%	43	80%	9	16,67%
Total General	9	9%	69	69%	22	22%

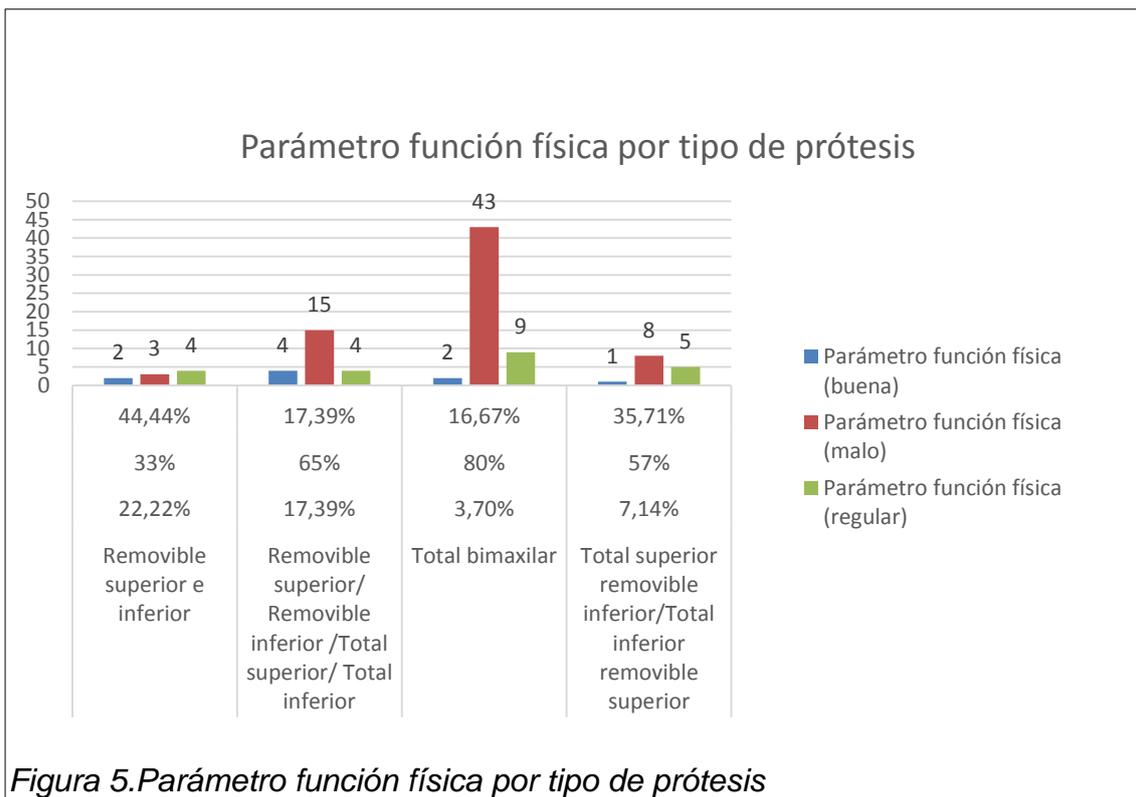
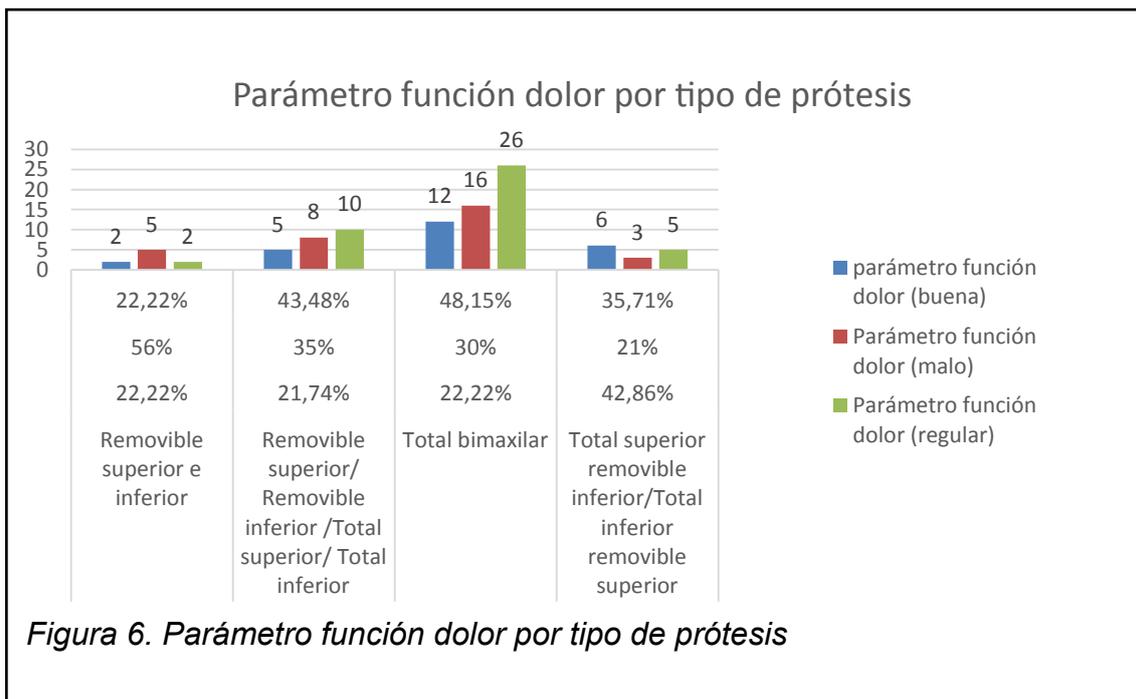


Figura 5. Parámetro función física por tipo de prótesis

Tabla 8. Función dolor por tipo de prótesis.

Tipo de prótesis/Función dolor	Buena		Mala		Regular	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Total superior removable inferior Total inferior removable superior	6	42,86%	3	21%	5	35,71%
Removable superior Removable inferior Total superior/ Total inferior	5	21,74%	8	35%	10	43,48%
Removable superior e inferior	2	22,22%	5	56%	2	22,22%
Total bimaxilar	12	22,22%	16	30%	26	48,15%
Total General	25	25%	32	32%	43	43%



Como se puede ver en las tablas la prótesis que tuvo un nivel de satisfacción mala fue la prótesis total bimaxilar corroborando en dos parámetros función psicosocial y física, lo que determina que los pacientes totales bimaxilares no están contentos con sus actuales prótesis; en cuanto a función dolor el mayor valor de insatisfacción lo arrojó las prótesis removibles superior e inferior, lo cual se puede deber a desajustes de ganchos o deterioro de piezas pilares.

Tabla 9. Nivel de satisfacción general por tipo de paciente.

Nivel de satisfacción protésica						
Tipo de paciente	buena	porcentaje	mala	porcentaje	regular	porcentaje
Receptivo	5	8,47%	35	59,32%	19	32,20%
Escéptico	0	21,74%	21	91,30%	2	8,70%
Histérico	0	0,00%	3	100,00%	0	0,00%
Pasivo	4	26,67%	9	60,00%	2	13,33%

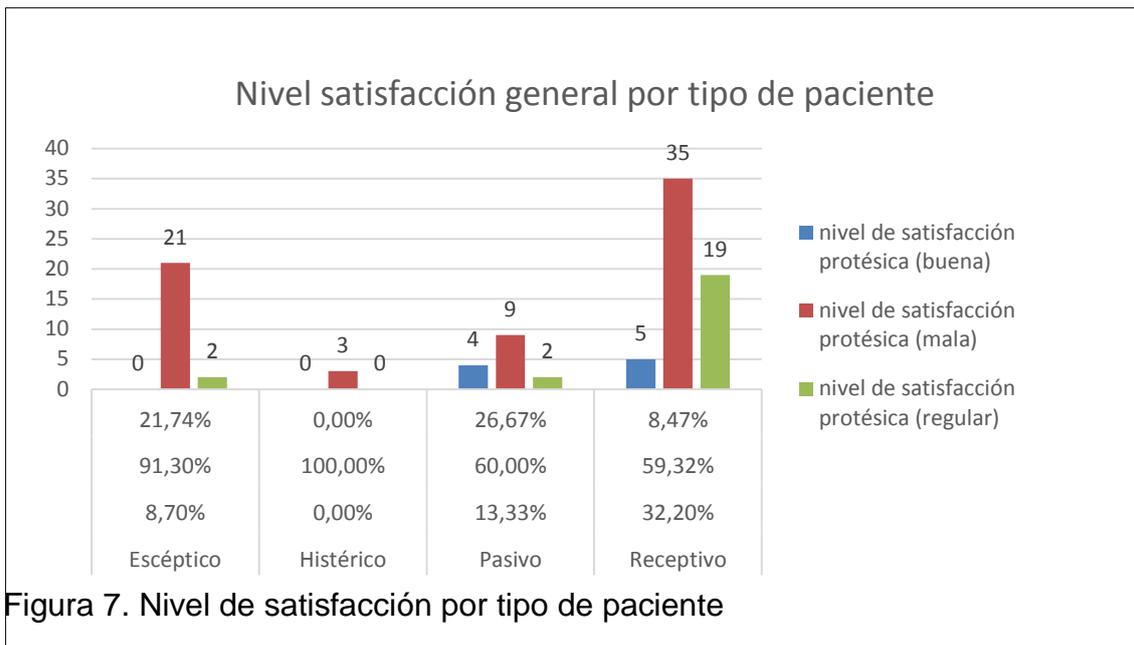


Tabla 10. Parámetro función psicosocial por tipo de paciente.

Parámetro función psicosocial						
Tipo de paciente	buena	porcentaje	mala	porcentaje	regular	porcentaje
Receptivo	5	8,47%	39	66,10%	15	25,42%
Escéptico	0	0,00%	20	86,96%	3	13,04%
Histérico	0	0,00%	3	100,00%	0	0,00%
Pasivo	4	26,67%	7	46,67%	4	26,67%

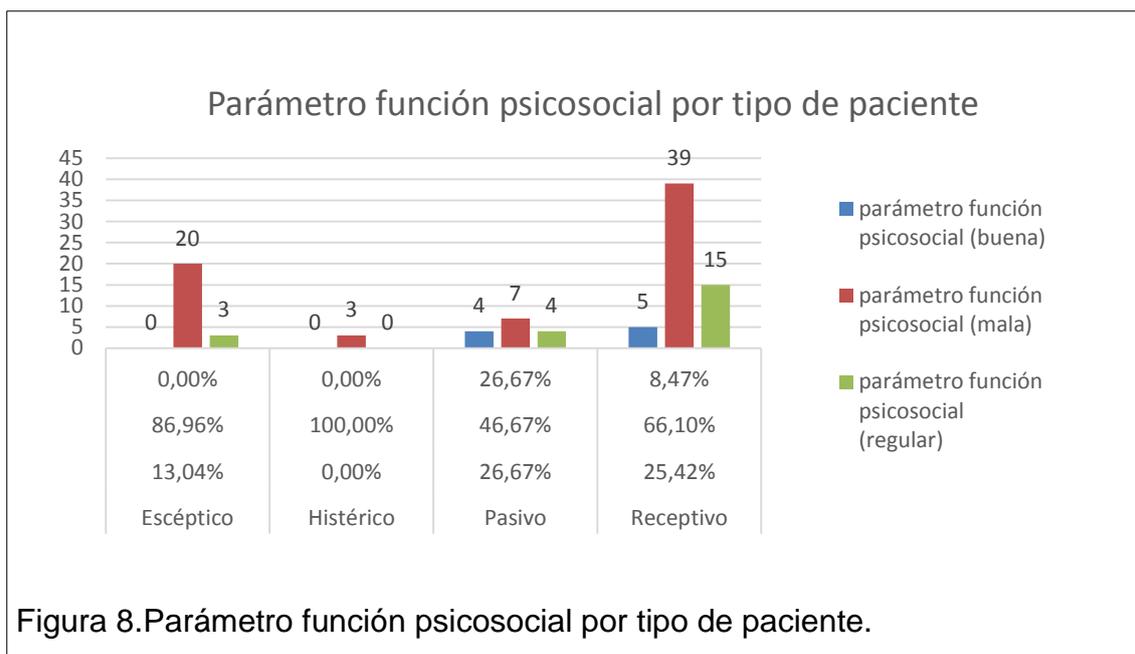


Tabla 11. Parámetro función física por tipo de paciente.

Parámetro función física						
Tipo de paciente	buena	porcentaje	mala	porcentaje	regular	porcentaje
Receptivo	18	30,51%	32	54,24%	9	15,25%
Escéptico	1	4,35%	21	91,30%	1	4,35%
Histérico	0	0,00%	3	100,00%	0	0,00%
Pasivo	5	33,33%	7	46,67%	3	20,00%

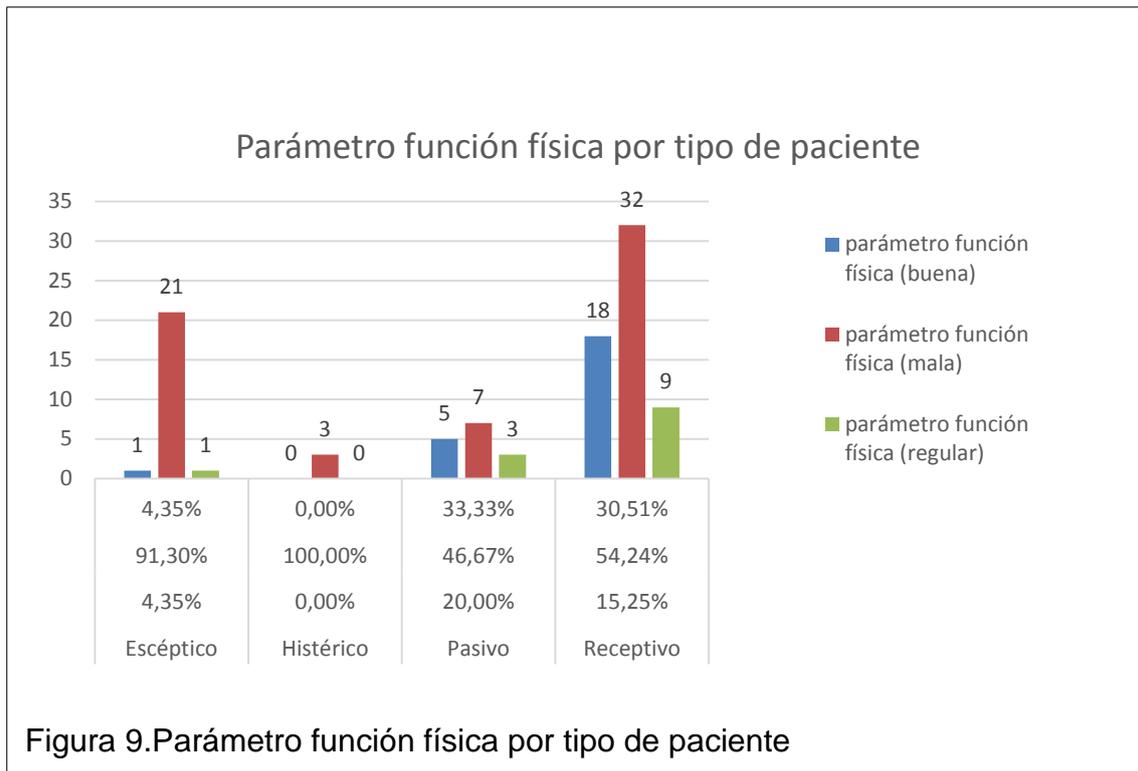
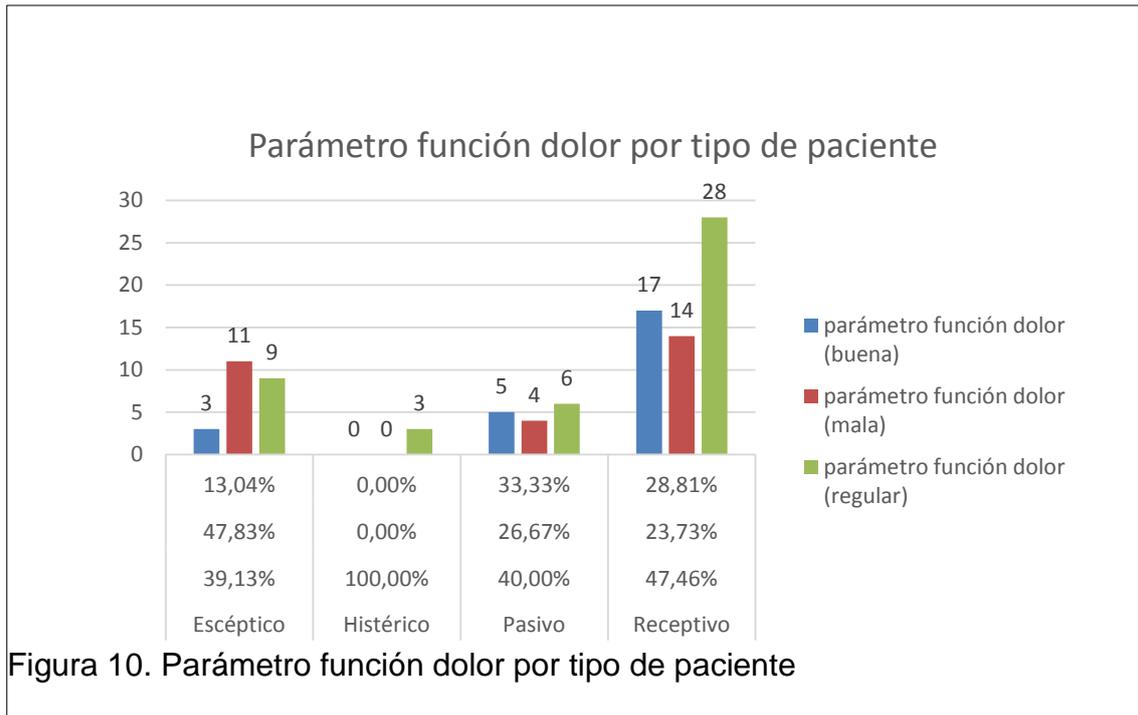


Tabla 12. Parámetro función dolor por tipo de paciente.

Parámetro función dolor						
Tipo de paciente	buena	porcentaje	mala	porcentaje	regular	porcentaje
Receptivo	17	28,81%	14	23,73%	28	47,46%
Escéptico	3	13,04%	11	47,83%	9	39,13%
Histórico	0	0,00%	0	0,00%	3	100,00%
Pasivo	5	33,33%	4	26,67%	6	40,00%



En este análisis se puede determinar qué tanto a nivel general como en cada uno de los parámetros detallados el nivel general de satisfacción protésica, función psicosocial, física y dolor respectivamente los pacientes que no estuvieron contentos o satisfechos con su prótesis mostrando niveles malos en todos; fueron en primer lugar los histéricos y en segundo sin diferencias significativas los escépticos, lo cual se debe a que en el primer caso siempre están criticando el trabajo del clínico y en el segundo piensan siempre que la confección de sus prótesis no tendrán buenos resultado.

Tabla 13. Nivel de satisfacción general por rango de edad.

Nivel de satisfacción protésica						
Edad paciente	Buena	porcentaje	mala	porcentaje	regular	Porcentaje
45-54	2	10,53%	15	78,95%	2	10,53%
55-64	4	9,30%	27	62,79%	12	27,91%
65-74	1	3,70%	19	70,37%	7	25,93%
75-84	2	18,18%	7	63,64%	2	18,18%

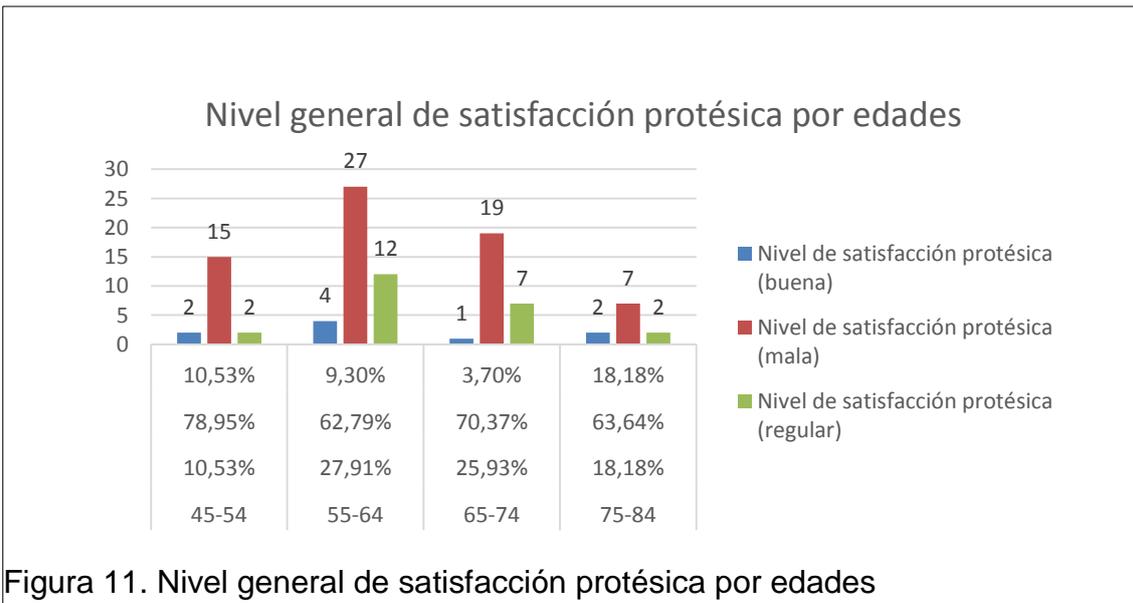


Figura 11. Nivel general de satisfacción protésica por edades

Tabla 14. Función psicosocial por rango de edades.

Parámetro función psicosocial						
Edad del paciente	buena	porcentaje	mala	porcentaje	regular	Porcentaje
45-54	3	15,79%	14	73,68%	2	10,53%
55-64	12	27,91%	23	53,49%	8	18,60%
65-74	7	25,93%	19	70,37%	1	3,70%
75-84	2	18,18%	7	63,64%	2	18,18%

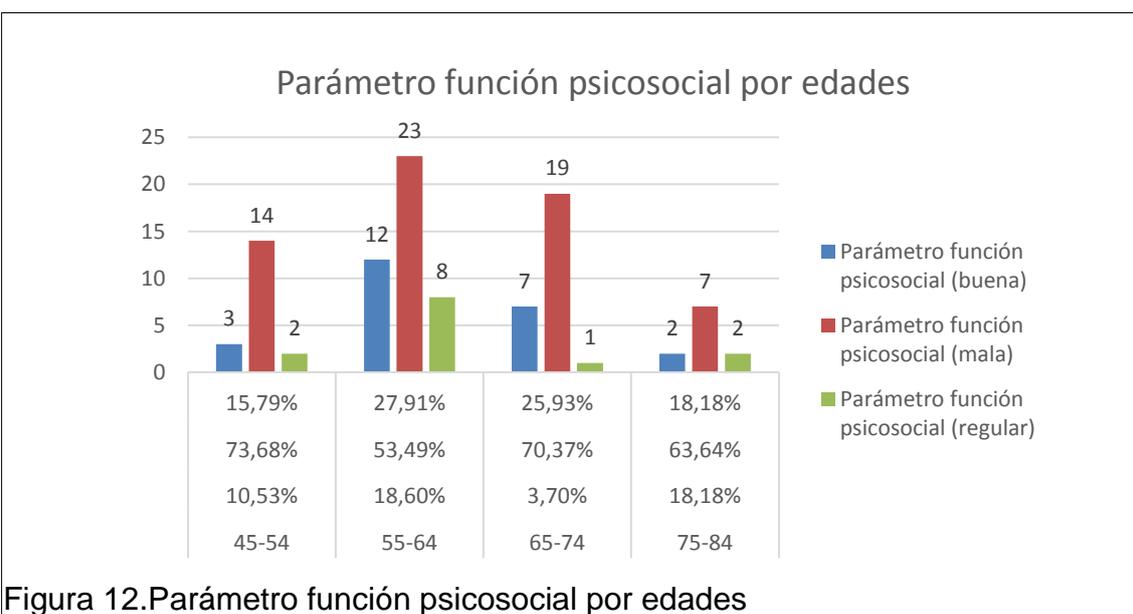


Figura 12. Parámetro función psicosocial por edades

Tabla 15. Función física por rango de edades.

Parámetro función física						
Edad del paciente	buena	porcentaje	mala	porcentaje	regular	Porcentaje
45-54	2	10,53%	13	68,42%	4	21,05%
55-64	4	9,30%	28	65,12%	11	25,58%
65-74	1	3,70%	21	77,78%	5	18,52%
75-84	2	18,18%	7	63,64%	2	18,18%

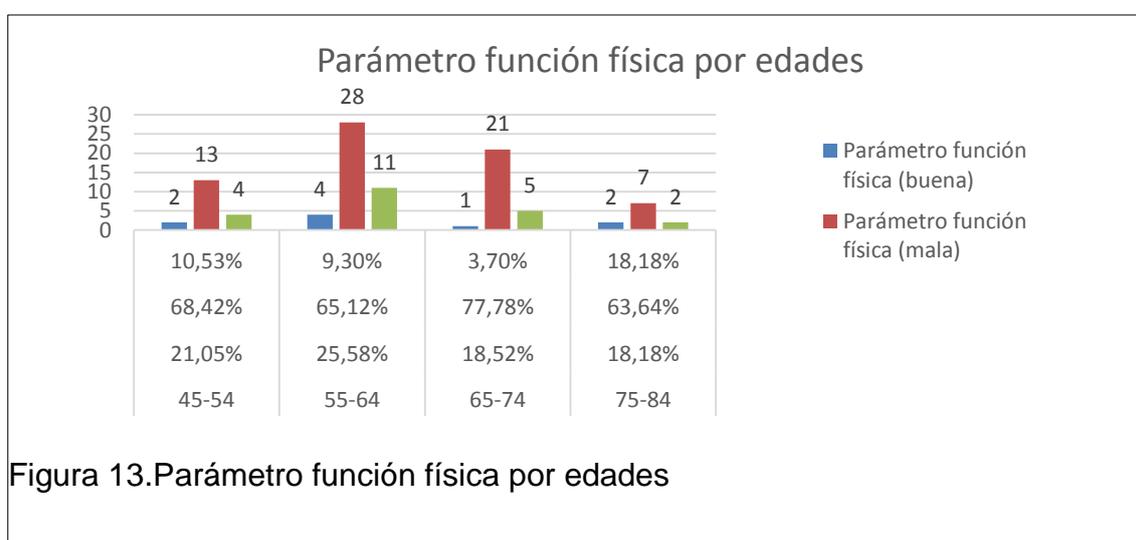
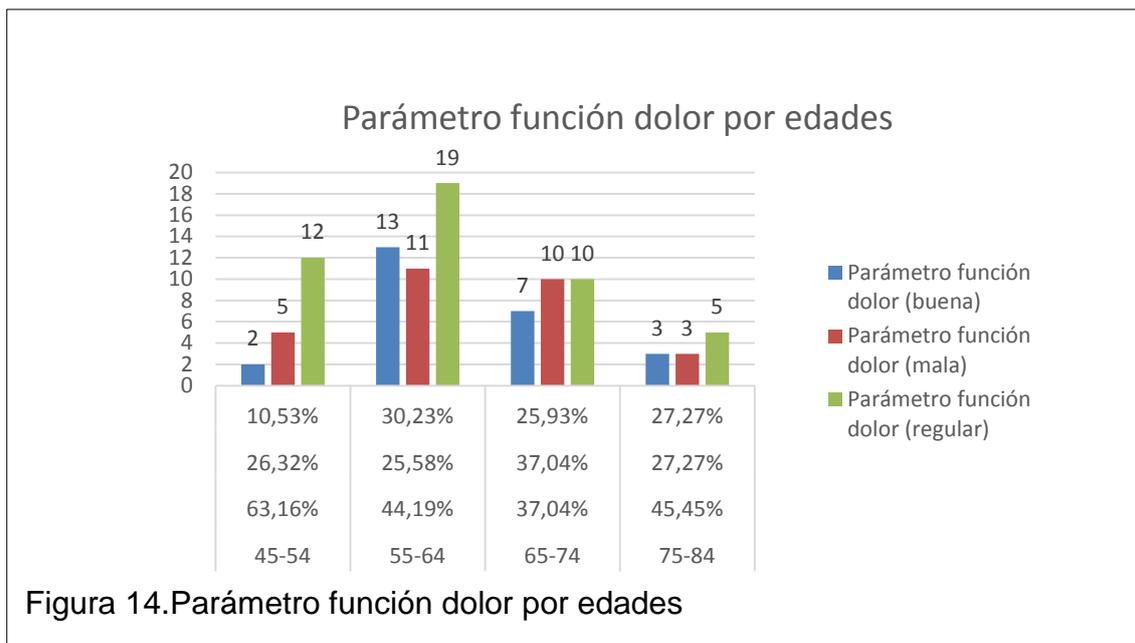


Figura 13. Parámetro función física por edades

Tabla 16. Función dolor por rango de edades.

Parámetro función dolor						
Edad del paciente	buena	porcentaje	mala	porcentaje	Regular	Porcentaje
45-54	2	10,53%	5	26,32%	12	63,16%
55-64	13	30,23%	11	25,58%	19	44,19%
65-74	7	25,93%	10	37,04%	10	37,04%
75-84	3	27,27%	3	27,27%	5	45,45%



En este análisis se determinó que el nivel de satisfacción malo así como una función psicosocial con nivel malo estuvo dado en pacientes de 45-54 años, lo cual se debe a que son pacientes que se están adaptando a sus prótesis algunos por primera vez por lo cual no están totalmente contentos con su uso. En cuanto a la función física se obtuvo niveles malos en los pacientes de 65-74 y para la función dolor todos obtuvieron niveles regulares de aceptación, lo que asume que ninguno ha sentido dolores o molestias significativas en sus prótesis.

Tabla 17. Nivel de satisfacción general por género.

Nivel de satisfacción protésica						
Género	buena	porcentaje	mala	porcentaje	regular	porcentaje
femenino	6	8,96%	49	73,13%	12	17,91%
masculino	3	9,09%	19	57,58%	11	33,33%

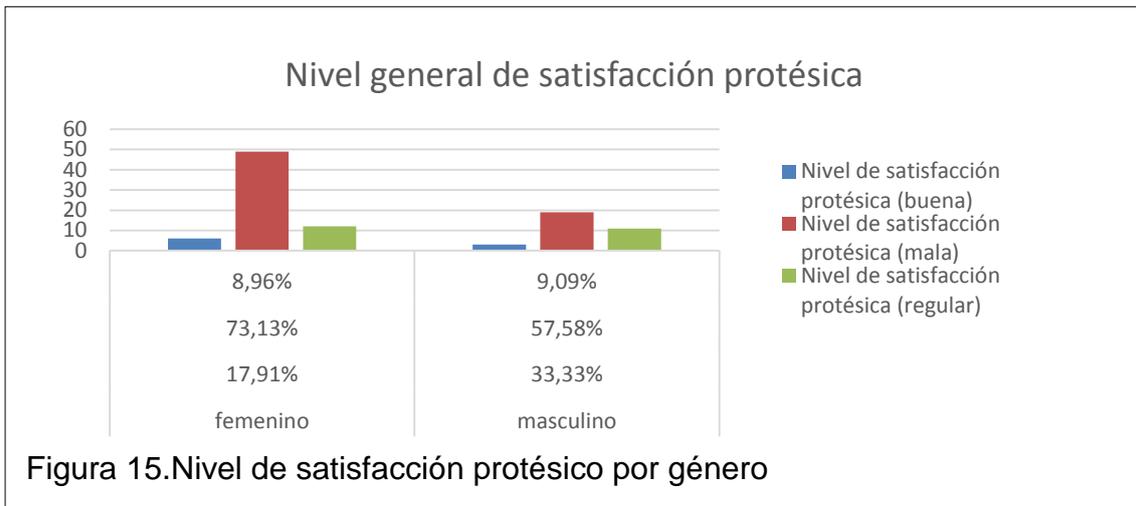


Tabla 18. Función psicosocial por género.

Parámetro función psicosocial						
Género	buena	Porcentaje	mala	porcentaje	regular	porcentaje
femenino	15	22,39%	45	67,16%	7	10,45%
masculino	9	27,27%	18	54,55%	6	18,18%

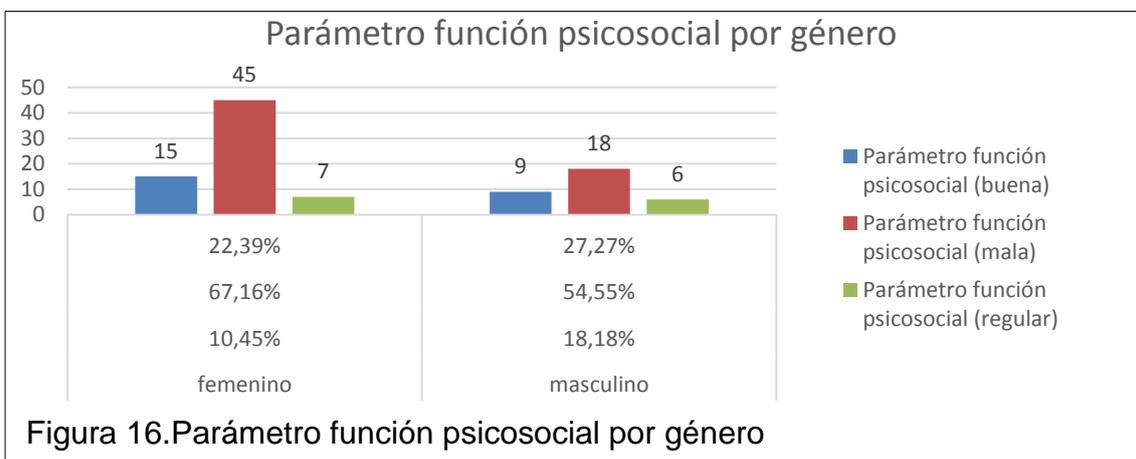


Tabla 19. Función física por género.

Parámetro función física						
Género	buena	porcentaje	mala	porcentaje	regular	porcentaje
femenino	6	8,96%	51	76,12%	10	14,93%
masculino	3	9,09%	18	54,55%	12	36,36%

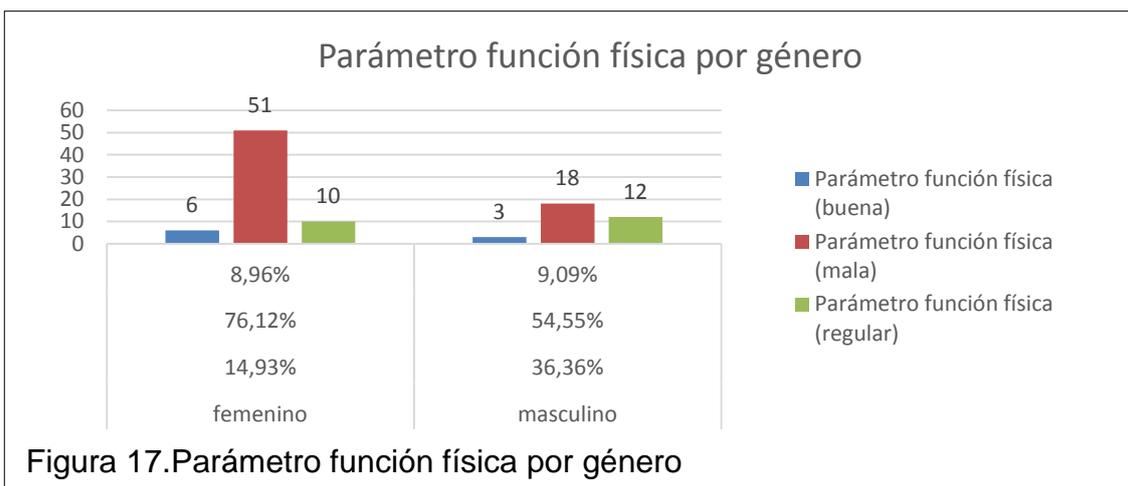
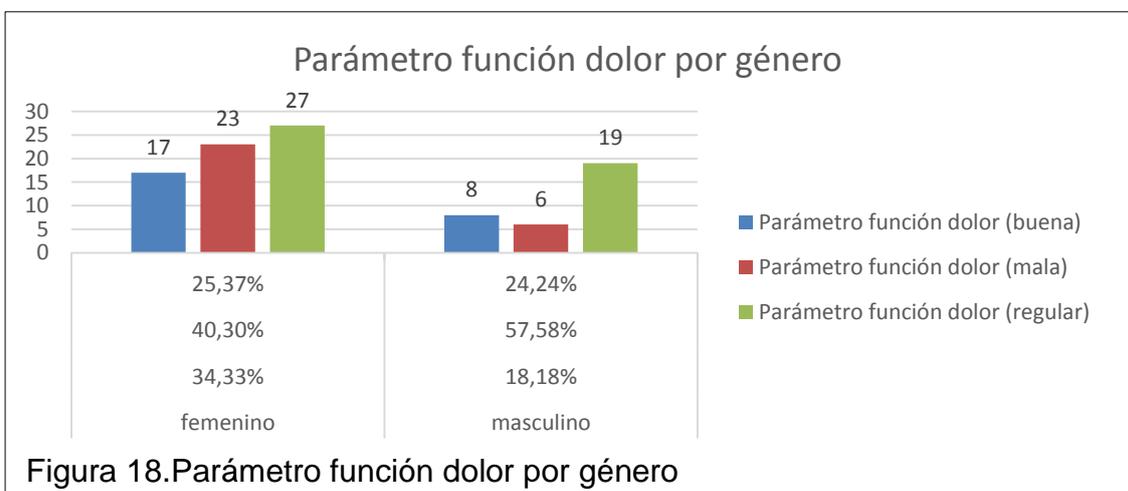


Tabla 20. Función dolor por género.

Parámetro función dolor						
Género	buena	porcentaje	mala	porcentaje	regular	porcentaje
Femenino	17	25,37%	23	34,33%	27	40,30%
Masculino	8	24,24%	6	18,18%	19	57,58%



Al realizar el análisis por género se determinó que en cuanto a nivel de satisfacción general protésico, función psicosocial, función física; el género femenino mostró niveles malos, lo que se debe a que las mujeres resultan ser más susceptibles y analíticas en cuanto a los tratamientos que se realizan, en lo que respecta a función dolor ambos géneros mostraron valores más altos en nivel regular , lo que evidencia que no tuvieron molestias o dolores significativos presentes relacionados a sus prótesis.

8. DISCUSIÓN

Los resultados que se obtuvieron dentro del estudio realizado con respecto a la afectación psicológica determinaron que en cuanto a género; el femenino tuvo mayores problemas obteniendo el 36% de un total de 100 encuestados, corroborando así el estudio efectuado por Simoni H,(2013) sobre “Impacto del edentulismo en la calidad de vida de individuos brasileños”, donde sus resultados arrojaron que del total de 202 encuestados el 70,8% pertenecientes al sexo femenino fueron los más susceptibles; debido a que las mujeres tienden a ser más sensibles y críticas en el aspecto físico siendo para ellas un sinónimo de bienestar la belleza y por consiguiente el estado de su salud y apariencia bucal.

Determinando la relación que tiene el grupo etario con el grado de afectación psicológica los resultados que se obtuvieron fueron de 55 a 64 años los de mayor afectación, en la encuesta Calidad de Vida y Salud (MINSAL) llevada a cabo el 2006 y publicada el 2009 por la revista Medware a pesar de no clasificar a los pacientes por rangos de edades; se concluyó que un importante grupo etario tiene afectada su calidad de vida lo que se refleja en la presencia de determinados problemas psicológicos como se pudo comprobar con este estudio.

En otra investigación realizada por Bruchon-Schweitzer (1992), se observó la presencia de una alta correlación entre juventud y belleza por un lado, con vejez y no atractivo por otro, lo que nos justifica la presencia de afectación psicológica en los pacientes del rango de edad antes mencionado.

En relación al nivel de satisfacción, el cual fue medido mediante la encuesta GOHAI, se observó que gran parte del total de pacientes encuestados presentaron insatisfacción (niveles bajos) en el uso actual de sus prótesis; resultados que tienen gran similitud a los obtenidos en estudios realizados por Locker, (2002) y Von Kretschmann et al, (2015).

Kuldeep Singh Shekhawat, (2016), en su estudio al igual que en el presente, señaló que el factor que presentó mayor inconformidad en la totalidad del grupo de estudio fue a nivel masticatorio, es decir la valoración de función física, particularmente con ciertos alimentos, condición que exige la selección y restricción de varios productos en la ingesta diaria, generando menoscabo y enfado, en especial cuando el individuo se encuentra en presencia de otros.

Hasta la fecha se han realizado pocos estudios acerca del nivel de satisfacción protésico asociado al tipo de prótesis que utiliza el paciente, uno de ellos, llevado a cabo por Santucci D, Attard N, (2015), en el cual a pesar de llegar a la conclusión que si hay dependencia de la satisfacción protésica con el tipo de prótesis, no determina que prótesis es la más afectada, este estudio por su parte llegó a la conclusión que las prótesis totales bimaxilares son las que presentan con mayor incidencia niveles bajos de satisfacción, seguido de las parciales removibles superiores e inferiores.

De la misma manera este estudio relacionó los resultados arrojados mediante la encuesta GOHAI con las variables de género y edad, al igual que en el estudio de Von Kretschmann et al, (2015); en ambos estudios se evidenció que el género femenino es el menos satisfecho con el uso de sus actuales prótesis, lo cual se debe como ya se mencionó con anterioridad a que las mujeres resultan por naturaleza ser más críticas y perfeccionistas en cualquier tipo de tratamiento al que se someten y más aún cuando se trata de percepción de belleza; en cuanto a la edad nuestro estudio agrupó a la población en rangos de edades, dándonos mayor prevalencia de insatisfacción entre los 45 a 55 años, lo que no se puede observar en otros estudios que únicamente establecieron que mientras más edad tiene el paciente más inconformidad, como lo demuestra Von Kretschmann et al.

La diferencia de resultados puede deberse en gran medida a que por una parte mientras más joven más exigencias se tiene en cuanto al tratamiento protésico y se encuentran tratando de adaptarse a la rehabilitación, y por otro lado mientras más edad tiene el paciente más susceptible está a los cambios y no

terminan por adaptarse a las cosas nuevas, evidenciándose poca motivación, y por consiguiente el impedimento de una rehabilitación óptima (reparaciones, controles, ajustes).

Esta investigación coincidió con la elaborada por Sánchez, S et al, (2010), en la cual se afirma que la aplicación de la encuesta GOHAI constituye un instrumento con alta confiabilidad, fácil de llenarlo y no requiere preparación para su aplicación; validándolo de esta manera para permitir la medición subjetiva de la condición de vida con relación a la percepción propia de cada paciente, de la misma manera Garmendia ML en su estudio postula que la escala utilizada de 12 ítems arrojó una confiabilidad alta así como una consistente correlación entre los ítems, conclusión que llegaron mediante el análisis de su estructura interna, por lo tanto ambos estudios incluido el presente, sugieren la incorporación de dicho cuestionario dentro de la investigación en salud pública.

Por último es necesario mencionar que este estudio hizo un análisis del nivel de satisfacción con relación al tipo de paciente, clasificación utilizada por el Dr. House para determinar la actitud mental del paciente frente a la rehabilitación protésica; los resultados que se obtuvo fueron; menor nivel de satisfacción en histéricos y escépticos sin diferencias significativas entre ambos; lo cual se debe a que como los define House los pacientes del tipo histérico siempre están cuestionando el trabajo del profesional y nunca están conformes, y los del tipo escépticos son aquellos que acuden a consulta obligados y una vez que empiezan el tratamiento, dudan de obtener resultados óptimos, no aceptan con agrado lo sugerido; provocando que sus exigencias sean más altas y su inconformidad mayor. Estudios que corroboren este análisis, o que comprueben los resultados que se obtuvieron no se han encontrado hasta la actualidad, sin embargo este estudio deja por sentado este análisis para futuras investigaciones.

9. PRESUPUESTO

Tabla 21. Presupuesto

RUBROS	VALOR
Equipos	25.00
Materiales y Suministros	25.00
Viajes Técnicos	100.00
Subcontratos y servicios (Ej. Estadístico)	200.00
Recursos Bibliográficos y Software	25.00
Entrega final de la tesis (borradores y empastado)	50.00
Transferencia de resultados (Publicaciones o eventos)	50.00
Total	475

10. CONCLUSIONES

El tipo de prótesis que tiene actualmente el paciente tuvo relación directa con el nivel de satisfacción protésica siendo la más afectada las prótesis totales bimaxilares seguidas de las removibles superiores e inferiores.

La edad y el género del individuo en estudio tuvieron relación con la afectación psicológica tras la pérdida de sus piezas dentales de manera total o parcial; siendo las mujeres las más susceptibles y el rango de edad de 55 a 64.

El nivel de insatisfacción protésico estuvo determinado por la edad (45-55 años), género (femenino) y tipo de paciente (histérico y escépticos), presentando en cada variable niveles bajos de satisfacción.

11. RECOMENDACIONES

Se recomienda llevar un control de evolución en pacientes portadores de prótesis totales bimaxilares y removibles superiores e inferiores, lo que ayudará a reducir su insatisfacción y molestias por su uso.

Para evitar la afectación psicológica en los pacientes edéntulos totales o parciales se sugiere realizar una rehabilitación inmediata tras la pérdida de sus piezas dentales, reduciendo de esta manera la cantidad de pacientes con trastornos psicológicos por pérdidas dentales.

Para disminuir el porcentaje de pacientes con insatisfacción en el uso de sus prótesis se recomienda ser más cuidadosos en la ejecución del tratamiento principalmente en aquellos pacientes que se consideran difíciles dentro de la rehabilitación protésica (histéricos y escépticos).

Se puede complementar esta investigación aplicando otro tipo de encuesta que valore otros factores y determine así la relevancia de los problemas que presentan los pacientes frente al uso de sus prótesis.

Se sugiere la incorporación del cuestionario aplicado en el estudio dentro de la investigación en salud pública.

REFERENCIAS

- Andrea, D. T. (2012). Consideraciones en el Manejo odontológico del paciente geriátrico. *Revista Científica Odontológica*.
- Barrueta, C. (2012). FACTORES DETERMINANTES QUE AFECTAN EL USO DE PRÓTESIS REMOVIBLES EN ADULTOS MAYORES REHABILITADOS EN LA CLÍNICA INTEGRAL DEL ADULTO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ EN PERÍODO SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2012. . Valencia, España.
- Bruchon-Schweitzer. (1992). *Psicología del cuerpo*. Barcelona: Herder.
- Budtz-Jorgensen E, (1999). *Prosthodontics for the Elderly. Diagnosis and Treatment*. Chicago: *Quintessence Publishing Co, Inc*.
- C.M, A. M. (2010). Avances en Periodoncia e Implantología Oral. *Scielo*, 22(2).
- Cabrera, C. (13 de Diciembre de 2104). *prótesis.com.uy*. Obtenido de <http://www.protesis.com.uy/protesis-dentales-completas/>
- Campos JA, Zucoloto ML, Geremias RF, Nogueira SS, Maroco J. (2015). Validation of the Geriatric Oral Health Assessment Index in complete denture wearers. *Pubmed*. 42(7):512-20. doi:10.1111/joor.12279.
- Ewa Rodakowska, Karolina Mierzyńska, Joanna Bagińska, Jacek Jamiołkowski. (2014). Quality of life measured by OHIP-14 and GOHAI in elderly people from Bialystok, north-east Poland. *Pubmed*. V.14. doi: 10.1186/1472-6831-14-106.
- Garmendia, LM. (2007). Análisis factorial: una aplicación en el cuestionario de salud general de Goldberg, versión de 12 preguntas. *Rev Chil Salud Pública*, 11(2), 57-65.
- JACOBSEN BK, HASVOLD T, HOYER G, HANSEN V. (1995). The General Health Questionnaire: how many items are really necessary in population surveys? *Psychol Med. Pubmed*. 25(5):957-61
- Kuldeep Singh Shekhawat, Arunima Chauhan, Anitha Ann Koshy, P. Rekha, Hemanth Kumar4. (2016). Reliability of Malayalam version of Geriatric Oral Health Assessment Index among institutionalized elderly in

- Alleppey, Kerala (India): A pilot study. *Pubmed*. 7(2): 153–157. doi: 10.4103/0976-237X.183050.
- Locker D, Slade G. (1994). Association between clinical oral subjective indicators of oral health status in an older population. *Gerodontology*. pp.108-14.
- Locker D. (2002). Changes in chewing ability with ageing: A 7-year study of older adults. *J Oral Rehabil*. 29:1021-9.
- Luis, V. (1995). Relaciones linterpersonales. En V. Luis, *Rostros de la familia Ecuatoriana* (págs. 7,9). Quito: CrearImagen.
- Madhuri S, Hegde SS, Ravi S, Deepti A, Simpy M. (2014). Comparison of chewing ability, oral health related quality of life and nutritional status before and after insertion of complete denture amongst edentulous patients in a Dental College of Pune. *Pubmed*. 24(3):253-60. PMID:PMC4141229.
- María Angélica Torres Valenzuela, Iris Espinoza Santander. (2009). Dental disorders in the elderly. *Medwave*. 9(9):e4124 doi: 10.5867/medwave.
- Martínez, L. (2005). Autopercepción de la salud en las perconas mayores. *El paciente geriátrico*, 1-10.
- Misch, C. (2006). *Prótese sobre Implantes*. Sao Paulo: Santos.
- Misch, C. E. (2009). Consecuencias de la pérdida de dientes. En C. E. Misch, *Implantología Contemporánea* (tercera ed., págs. 11-12). Barcelona, España: Elsevier Mosby.
- Misch, C. E. (2009). *Implantología Contemporánea* (tercera ed.). Barcelona, España: Elsevier Mosby.
- Musacchio, E. (2007). Tooth loss in the elderly and its association with nutritional status, socio-economic and lifestyle factors. *Acta Odontol Scand*, 78-86.
- Nicolas, E. (2010). Assessment of Oral Health Related - Quality of Life of Complete Denture Wearers using denture adhesive. *Journal of Prosbodontics*, 443-448.
- Papalia, D. S. (1997). Realciones de amistad en el adulto mayor. En D. S. Papalia, *Desarrollo Humano* (pág. 616). México: Mc Graw.

- Popović Z, Gajić I, Obradović-Djurčić K, Milosević DP. (2015). Introduction to verification of the GOHAI instrument for measuring the oral health-related quality of life in patients with dentures using the Serbian preliminary version--A pilot study. *Pubmed*. 72(12):1055-62. PMID:26898027.
- Riveiro, B. (2012). SOBREDENTADURAS MANDIBULARES INMEDIATAS: REVISIÓN DE LITERATURA. *Acta Odontológica Venezolana*, 50(3).
- Roisinblit, R. (2010). Odontología para las personas mayores. En R. Roisinblit, *Odontología para personas mayores* (1era ed., págs. 13,14). Buenos Aires: E-book.
- Rosany Denis Echezarreta, Y. D. (2009). IMPORTANCIA DE LA REHABILITACION IMPLANTOLOGICA FRENTE A OTROS TIPOS DE REHABILITACION PROTESICA. *Scielo*, 8(4).
- Rose, C. (2002). Oral disease in the elderly in long term hospital care. Hong Kong: Oral Dis.
- S, H. (2013). IMPACTO DEL EDENTULISMO EN LA CALIDAD DE VIDA DE INDIVIDUOS BRASILEÑOS. *Acta Odontológica Venezolana*.
- Saez, R. (2007). Cambios bucales en el adulto mayor . *Revista Cubana de estomatología*, 44.
- Sánchez, S, Heredia, E, Juárez, T, Gallegos, K, Espinel, C, Hernández J, García, C. (2010). Psychometric properties of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) and dental status of an elderly Mexican population. *J Public Health Dent. Pubmed*. 70(4):300-7. doi: 10.1111/j.1752-7325.2010.00187.x.
- Santucci D, Attard N. (2015). The Oral Health-Related Quality of Life in State Institutionalized Older Adults in Malta. *Pubmed*. 28(4):402-11. doi: 10.11607/ijp.4185.
- Simoni H, Soares G, Santillo H, Moura C, Santos G, De Souza C. (2013). Impacto del edentulismo en la calidad de vida de individuos brasileños. *Acta Odontológica Venezolana*. Vol.51 no.3. ISSN:0001-6365.

- Salud Oral del Paciente Adulto Mayor*. (s.f.). Recuperado el 10 de 04 de 2015, de Manual de geriatría: <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/SaludOral.pdf>
- Saned, G. (10 de enero de 2003). *El médico interactivo*. Obtenido de <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/aula2001/tema19/pbgeriatico3.php>
- Schott Börger S, O. T.-Q. (2010). Métodos de Evaluación del Rendimiento Masticatorio. *Scielo*, 51-55.
- Shigli, K. (2010). Assesment of change in oral health related quality of life among patients with complete denture before and 1 month post insertion using geriatric oral health. *Gerodontology*, 167-173.
- Shimazaki, Y. (2001). *Influence of dentition status on physical disability, mental impairment and mortality in institutionalized elderly people*. *J. Dent Res*.
- Stassen B, K. Y. (1997). Relaciones familiares. En K. Y. Stassen B, *Psicología del Desarrollo* (cuarta edición ed.). Madrid, España: Ed. Médica Panamericana.
- Steele, J. (2004). How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community Dent Oral*, 107-114.
- Veyrune, J. (2005). Impact of new prostheses on the oral health related quality of life on edentulous patients. *Gerodontology*, 3-9.
- Von Kretschmann D, Alejandro Torres Varela, Marcial Sierra Fuentes, Julieta del Pozo Bassi, Rodrigo Quiroga Aravena, Rodrigo Quiroga del Pozo. (2015). Rendimiento masticatorio y nivel de satisfacción de pacientes tratados con prótesis totales en la Universidad Mayor. *Elsevier*. Vol. 08. Núm. 01. doi: 10.1016/j.piro.2014.12.001.
- WERNEKE U, GOLDBERG DP, YALCIN I, USTUN BT. (2000). The stability of the factor structure of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*.30(4):823-9.
- Yáñez, G. (2009). *Salud Oral. Manual de Geriatría*, 1-7.

ANEXOS

Anexo 1.-

Consentimiento Informado

Se me ha solicitado dar mi consentimiento para que yo _____ participe en el estudio de investigación intitulado "Efectos Psicológicos del edentulismo total y parcial y su nivel de satisfacción ante la rehabilitación protésica en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas durante el periodo septiembre 2015-febrero 2016". El estudio de investigación incluirá: la recolección de datos mediante dos cuestionarios: Cuestionario de Goldbert y el índice de salud general geriátrico de GOHAI, cuyo objetivo es determinar los efectos que produce el edentulismo así como el nivel de satisfacción ante la rehabilitación protésica respectivamente.

Yo he leído la información anterior previamente, de la cual tengo una copia. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información y cada pregunta que yo he hecho ha sido respondida para mi satisfacción. He tenido el tiempo suficiente para leer y comprender los riesgos y beneficios de mi participación. Yo consiento voluntariamente participar.

Firma del participante

Fecha

Nombre del investigador que obtiene el consentimiento: _____

Firma del investigador

Fecha



ANEXO 2

Nombres y Apellidos: _____

Tipo de Prótesis: _____

Edad: _____

Instrucciones: Lea atentamente las preguntas y responda con el número 1 a la respuesta que sea correcta para usted.

	Preguntas En los últimos meses	Mejor que de costumbre	Igual que de costumbre	Menos que de costumbre	Mucho menos que de costumbre
1.	¿Ha sido capaz de concentrarse bien en lo que hace?				
2.	¿Ha perdido sueño por preocupaciones?				
3.	¿Se ha sentido útil para los demás?				
4.	¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?				
5.	¿Se ha sentido constantemente bajo tensión?				
6.	¿Ha sentido que no puede solucionar sus problemas?				
7.	¿Ha sido capaz de disfrutar de la vida diaria?				
8.	¿Ha sido capaz de enfrentar sus problemas?				
9.	¿Se ha sentido triste o deprimido?				
10.	¿Ha perdido confianza en sí mismo?				
11.	¿Ha sentido que Ud. no vale nada?				
12.	¿Se ha sentido feliz considerando todas las cosas?				



Nombres y Apellidos: _____

Tipo de Prótesis: _____

Edad: _____

Instrucciones: Lea atentamente las preguntas y marque la respuesta que usted considere correcta.

	NUNCA	RARA VEZ	A VECES	A MENUDO	MUY AMENUDO	SIEMPRE
FUNCION FISICA						
¿Limitó la clase o cantidad de alimentos debido a problemas con sus dientes o prótesis dentales?						
¿Pudo tragar cómodamente?						
¿Sus dientes o prótesis dentales le impidieron hablar del modo que usted quería?						
¿Pudo comer lo que usted quería sin molestias de sus dientes o prótesis dentales?						
FUNCION PSICOSOCIAL						
¿Evitó estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes o prótesis dentales?						
¿Se sintió satisfecho o contento con la apariencia de sus dientes, encías o prótesis dentales?						
¿Se preocupó o intranquilizó por problemas en sus dientes, encías o prótesis dentales?						
¿Se sintió nervioso o consciente debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?						
¿Se sintió incómodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?						
¿Evitó reírse o sonreír debido a que sus dientes o prótesis dentales eran antiestéticos?						
FUNCION DOLOR						
¿Ha tenido dolor o molestias alrededor de la boca?						
¿Sintió sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces?						

INDICE DE SALUD ORAL GERIATRICO (GOHAI)