



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DEL NIÑO Y ORTOPEDIA DENTOMAXILAR
AREA CIECIAS DEL COMPORTAMIENTO**

“Factores que influyen en el uso de prótesis removible en Adultos Mayores recién rehabilitados”



Gina Pennacchiotti Vidal

Paulina Trejos Navarro

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA

Tutor Principal: Dra. Clara Misrachi L.

Tutor Asociado: Dra. Iris Espinoza S.

Tesis adscrita al Proyecto: “Influencia de la Rehabilitación en Salud Bucal en la Calidad de Vida del Adulto Mayor” (N AMAYOR2/2-2) que cuenta con el financiamiento del Departamento de Investigación y Desarrollo (DID) de la Universidad de Chile.

**Santiago-Chile
2005**

I INTRODUCCION

En las últimas décadas la población chilena ha experimentado una rápida transición hacia el envejecimiento poblacional. Este cambio demográfico, se debe al aumento progresivo de la población adulta mayor, paralelo a la disminución del grupo etáreo menor de 25 años (1). Sin embargo, la prolongación de los años de vida de la población del país, no ha implicado una mejor Calidad de Vida para los adultos mayores, entendiéndose ésta como “La combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores como aspiraciones y expectativas personales”(2). El concepto de calidad de vida comenzó a tener importancia cuando se introdujo el Modelo Biopsicosocial en medicina, el cual propone una visión más amplia de la enfermedad, ya no limitada al estrecho marco de las acepciones biomédicas, sino buscando ampliar el espectro de la perspectiva de los diversos profesionales de la salud. Es por esto, que también en Odontología la tendencia es a adoptar este modelo, considerando en el tratamiento del enfermo, que su patología afecta no sólo su salud física sino también su salud mental y su vida social y por lo tanto, su calidad de vida (3). Los adultos mayores, sobre todo aquellos de bajo nivel socioeconómico, son especialmente vulnerables ya que presentan mayor riesgo de enfermar, mayor frecuencia de enfermedades de carácter degenerativo y crónico, menor nivel de instrucción y menores recursos que el resto de la población, factores que pueden afectar de variadas formas su calidad de vida (4,5).

En Chile, en el campo de la salud oral, el desarrollo de la Gerodontología es muy incipiente, existiendo escasas investigaciones sobre la salud oral de los adultos mayores. En ellas destacan que entre un 35% a un 50 % de los individuos mayores de 60 años son

desdentados totales y se observa una alta prevalencia de lesiones de la mucosa oral y de enfermedad periodontal (6,7,8,9,10).

El 77,8% de los adultos mayores chilenos se atienden en los servicios públicos de salud. En Chile cerca de un 25% de los individuos mayores de 60 años son desdentados totales y de éste, el 18,6% no contaba con prótesis (27). Su rehabilitación oral incluye, para la gran mayoría, la confección de prótesis dentales removibles, parciales o totales, ya sea para reemplazar un tratamiento previo en malas condiciones o para sustituir las piezas dentarias perdidas (14). Sólo en el año 2002 se realizaron en los servicios públicos del país 18.245 prótesis removibles (11).

Además de recuperar la función masticatoria el tratamiento rehabilitador procura mejorar la comunicación verbal y la estética de modo de recuperar el bienestar social y emocional que se encuentra disminuido debido al deterioro de la salud bucal (12,13). Sin embargo estos tratamientos no incluyen controles una vez que el paciente ha recibido el alta, por lo tanto no se evalúa su éxito o fracaso a largo plazo, ni existe información acerca de la cantidad de pacientes que repite el tratamiento año tras año (14).

Diversos estudios han determinado un importante porcentaje de pacientes rehabilitados con prótesis removibles que no se encuentran satisfechos con sus tratamientos (15,16). Realizar un tratamiento protésico no necesariamente significa que el paciente usará sus prótesis en forma constante (17), es por esto, que el presente estudio analizará diversos factores que influyen en el uso de prótesis removible en adultos mayores recién rehabilitados con prótesis removibles.

Dentro de estos factores se considerarán aspectos psicológicos, aspectos técnicos propios de los aparatos protésicos, factores biológicos y la experiencia previa con este tipo de rehabilitación.

Este estudio pretende aumentar el conocimiento sobre la influencia de los factores mencionados en el uso protésico, contribuyendo a mejorar la efectividad costo-beneficio en los servicios de atención pública del país.

II ASPECTOS TEÓRICOS

2.1 Aspectos Demográficos

En las últimas décadas, se ha hecho evidente la tendencia mundial hacia una menor fecundidad y una mayor esperanza de vida; lo que ha provocado un incremento de la población adulta mayor, que en un comienzo se presentó sólo asociado a los países más industrializados (1).

En la actualidad Chile, al igual que los demás países en desarrollo, experimenta el fenómeno que los demógrafos denominan Transición Demográfica, que se define como un proceso gradual mediante el cual una sociedad pasa de una situación de “fecundidad

alta / mortalidad alta" a una situación de "fecundidad baja / mortalidad baja" provocando así un cambio en la pirámide poblacional (18).

En nuestro país este cambio se evidencia en el censo de población y vivienda realizado en el año 2002, que muestra que los mayores de 60 años conforman el 11,4 % de la población (1.717.478 habitantes), que al compararlo con el censo del año 1992 indica que el crecimiento ha sido de un 1,6 % (19). Las proyecciones realizadas el mismo año indican que para el año 2025 el grupo etáreo de adultos mayores constituirá el 18% de la población (3.000.000 habitantes) (1).

El envejecimiento de la población, en la perspectiva demográfica, se produce cuando los contingentes adultos mayores de 60 años crecen proporcionalmente a un ritmo superior al de la población total (18). Según Naciones Unidas, una población envejecida es aquella en la que, del total de sus habitantes, más de un 7% son mayores de 65 años (20).

Sólo en la región Metropolitana existe una población de adultos mayores, cercana a los 736.000 habitantes que corresponde a un 7,3% (21).

Por otro lado la esperanza de vida de las nuevas generaciones al nacer, según los indicadores básicos de salud correspondientes al año 2004 es de 77 años como promedio, siendo de 74,4 para hombres y 80,4 para mujeres (11). En cuanto a la distribución por género de la población, la mayor expectativa de vida en la mujer y una mayor mortalidad masculina a toda edad, determina que predomine el género femenino, acentuándose esta realidad en el grupo etáreo mayor de 65 años (22).

2.2 Política de Salud y Envejecimiento

Desde 1995 el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) implementa el programa de salud del adulto mayor (23) teniendo como eje la atención primaria. Los objetivos principales de este programa son mantener y recuperar la autonomía, disminuir la mortalidad por causas prevenibles, incentivar acciones en las áreas de promoción, prevención y atención curativa. Los objetivos señalados se realizan en la atención primaria con acciones de control de salud, alimentación complementaria, vacuna anti-influenza, enfermedades de costo catastrófico (implante de marcapasos, prótesis de caderas, operaciones de cataratas) entrega de órtesis y prótesis (lentes, audífonos, sillas de ruedas, bastones). Los beneficiarios de dicho programa son todas aquellas personas mayores de 60 años inscritas en los consultorios de atención primaria o que sean beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Dentro de los proyectos del MINSAL se encuentra el Programa Odontológico del Adulto Mayor, en el cual se prestan los servicios para una atención integral, pero sólo para beneficiarios de FONASA. Hasta la fecha, con dicho programa, sólo se han rehabilitado a nivel nacional 45.296 personas, número muy exiguo si se considera el total de adultos mayores que existen en Chile (11). Sin embargo los datos no precisan el tipo de tratamiento realizado (24).

En el año 2005 el Ministerio de Salud implementa el Programa AUGE que tiene bastantes beneficios en lo que se refiere a algunas enfermedades que afectan al adulto mayor, pero en salud bucal el Plan AUGE no contempla tratamientos dentales adicionales a los ya existentes (24).

La atención odontológica en el ámbito público, es la actividad con menor cobertura, en relación con la demanda sentida por la población en general. No existe un programa especial para adultos mayores, los que al tener que competir con adultos jóvenes por los servicios, presentan una menor prestación de servicios de atención dental que los menores de 60 años, siendo menor en los hombres que en las mujeres (25).

La cobertura odontológica para el resto de los adultos mayores que no pertenecen a FONASA (25%) es muy reducida o inexistente, salvo para situaciones de urgencia (25), por lo que el costo de los servicios de salud privados a los que deben acceder, son el obstáculo más importante para lograr su atención dental (18).

La realidad de la población senescente chilena deja al descubierto la falta de cobertura odontológica a la que se ve enfrentada.

La rehabilitación oral del adulto mayor en el ámbito público, se basa en la confección de prótesis dentales removibles, parciales o totales, ya sea para reemplazar un tratamiento previo en malas condiciones o para sustituir inicialmente las piezas dentarias perdidas (14) por enfermedad periodontal o caries causadas por los deficientes conocimientos acerca de higiene oral y protésica (27,28,29).

La rehabilitación no incluye un control post-tratamiento una vez que el paciente ha recibido el alta, por lo tanto no se evalúa el éxito o fracaso de éste a largo plazo, ni

existe información acerca de la cantidad de pacientes que repite el tratamiento año tras año (14).

Desde la perspectiva de la planificación estratégica en salud, los problemas de atención odontológica del adulto mayor no están claramente establecidos, debido a un diagnóstico incompleto; tanto en salud oral del adulto mayor, como en el funcionamiento de los servicios de atención odontológica en el ámbito público.

Factores políticos, sociales, demográficos y económicos relacionados con la atención en salud y la evolución de relaciones laborales, familiares, y culturales; condicionan los objetivos, recursos y resultados de los tratamientos en la atención odontológica en el ámbito público. Y sus relaciones no están descritas a través de investigación científica que entregue conclusiones válidas para generar políticas y programas de acción.

Estudios relacionados con la influencia de problemas en salud oral, sobre la salud general, aspectos nutricionales y psico-sociales sustentan la importancia de mantener una buena salud bucal en el adulto mayor (27,28, 29).

2.3 Proceso de Envejecimiento Humano

En su sentido literal, envejecer quiere decir "hacerse viejo", "vivir cada vez más"; es así como este concepto puede abarcar tanto a seres individuales como a poblaciones. El envejecimiento individual se caracteriza por cambios visibles en el organismo, y el poblacional se manifiesta por medio de variaciones en la estructura de la sociedad. En síntesis, se puede decir que el envejecimiento es un hecho universal, individual, constante, irreversible, asincrónico y deletéreo (26).

Cada especie tiene su propia característica de envejecimiento y varía de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro del mismo individuo. En los humanos ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades que determinan el envejecimiento (5). Afecta a todos los tejidos, órganos y sistemas y, por lo tanto, en la medida que el individuo tiene más edad, el compromiso sistémico es mayor y más complejo (30,31).

2.4 Cambios en la Salud Oral del Adulto Mayor

Los tejidos orales y periorales no escapan del proceso de envejecimiento y en ellos se pueden observar diferentes cambios que se pueden clasificar como: (30,31)

- Los propios de cada tejido bucal.
- Los ocasionados por el deterioro sistémico que se refleja en los tejidos orales.
- Los producidos por los medicamentos o elementos terapéuticos utilizados en estos pacientes.

La condición bucal del adulto mayor tiene gran influencia en la selección de los alimentos y, por ende, en su condición nutricional. Es así como las personas con impedimentos dentales severos, especialmente los portadores de prótesis dentales completas, seleccionan su dieta comprometiendo su nutrición. La razón principal del cambio es la disminución de la función sensorial de la boca. Esta alteración afecta también a los adultos mayores, tanto dentados como desdentados parciales, en los que se ha demostrado que los cambios propios de la edad disminuyen significativamente la

percepción de los sabores, la dureza y la textura de los alimentos, haciendo que decrezca su interés por alimentarse (32,33).

La habilidad masticatoria y el estado de la dentición juegan un rol muy importante en la ingestión de alimentos. A medida que las personas pierden sus piezas dentarias, y aun cuando utilicen prótesis, disminuye su eficiencia masticatoria mostrando menor disposición a ingerir alimentos duros.

Existen cambios que forman parte del proceso de envejecimiento como:

- **Atrofia de la mucosa oral:** hace a los tejidos más vulnerables a los traumas y presiones durante la masticación, produciendo malestar que obliga a la selección de alimentos más blandos.
- **Cambios en la función salival:** Los pacientes ancianos presentan diversos grados de disfunción salival, tanto en calidad como en cantidad. Los cambios se pueden deber a atrofas de los acinos glandulares como parte del proceso de envejecimiento, o a la acción de medicamentos o radiación en la zona de cabeza y cuello en pacientes tratados por cáncer (34). La disminución de la saliva, hace que el adulto mayor requiera de más tiempo para preparar el bolo alimenticio para ser deglutido, afectando su relación social y condicionando la selección de los alimentos de modo adverso para su salud (13).

En los adultos mayores desdentados, con baja eficiencia masticatoria, el consumo reducido de alimentos fibrosos produce desordenes gastrointestinales. Las prótesis dentales adecuadas han demostrado ser la condición principal para obtener una apropiada alimentación de estas personas, contribuyendo a prevenir problemas

digestivos como constipación, obstrucción intestinal aguda e irritación intestinal crónica, al permitirles aumentar la ingesta de alimentos con fibras (35).

- Cambios en el tejido óseo: En los adultos mayores el tejido óseo puede verse afectado con gran severidad. El proceso de remodelación ósea constante que ocurre normalmente durante toda la vida, y que en el adulto conserva un equilibrio entre la reabsorción ósea y la deposición del hueso, se ve alterado con los años por causas celulares y/o hormonales, predominando a partir de la sexta década de la vida la reabsorción sobre la formación ósea (36).

Los cambios óseos son más dramáticos en las mujeres posmenopáusicas y en los hombres mayores de 70 años. En la mujer mayor, posteriormente a la menopausia se produce una disminución de los niveles de estrógeno y alteraciones de los mecanismos de absorción y metabolismo del calcio, lo que produce mayor secreción de hormona paratiroidea incrementando la reabsorción ósea con el fin de mantener el calcio sérico. La consecuencia es un hueso de menor densidad (osteoporosis) especialmente del hueso esponjoso, aun cuando también se ve alterado el hueso cortical.

Se ha demostrado que a nivel mandibular existe una correlación positiva entre osteoporosis y maxilares severamente reabsorbidos con rebordes mandibulares en filo de cuchillo (34). La pérdida dentaria induce la reabsorción de la cresta alveolar disminuyendo en altura los rebordes de los maxilares, lo que ocurre progresivamente en el tiempo, de modo que es más grave mientras más prematuras sean la extracciones (37).

- Cambios en el tejido dentario: Aún cuando no se presenten lesiones cariosas y la oclusión sea adecuada, el uso constante hace que los dientes sufran un desgaste natural conocido con el nombre de atrición. A este hecho se agregan patologías como la caries dental, lesiones abfractionales, enfermedad periodontal, bruxismo u otros factores como la reacción a los procedimientos odontológicos o al uso de materiales restauradores. Todos ellos constituyen agentes irritantes sobre la pulpa que ocasionan procesos reactivos con consecuencias importantes en la estructura dental que complican los tratamientos (38). En los ancianos prevalece la caries radicular sobre la coronaria, favorecida por la reabsorción gingival y la disminución del flujo salival (39).
- Cambios en el periodonto: La enfermedad periodontal, es la mayor causa de pérdida dentaria después de los 35 años. Si bien suele ser más común en los ancianos, lo es únicamente por la frecuencia acumulada, sin que sea propiamente una enfermedad de la vejez (40).

Estudios realizados sobre la influencia de las condiciones bucales en el bienestar del anciano (41,42) reportaron que las enfermedades bucales condicionan disfunciones del sistema estomatognático, falta de bienestar y discapacidad, además de influir en aspectos sociales, económicos y psicológicos en el anciano.

2.5 Salud Bucal del Adulto Mayor en Chile

La salud bucal de nuestra población adulta mayor se presenta muy deteriorada, estudios realizados en adultos mayores de nivel socioeconómico bajo, revelan que existe entre un 35% a un 50% de desdentados totales, siendo el resto de la población parcialmente desdentada. La mayoría presenta higiene inadecuada, caries en las piezas remanentes, alta prevalencia de enfermedad periodontal, y muy baja frecuencia de

visitas al odontólogo (6, 7, 8, 9,10). En un estudio realizado por Misrachi y Lamadrid (43) encontraron que la mitad de un grupo de adultos mayores estudiado conservaba sólo 7 o menos piezas dentarias en boca. El 25,9% era desdentado total y, de éste, el 18,6% no contaba con prótesis. De acuerdo al INTPC (Índice de Necesidad Terapéutica Periodontal de la Comunidad), el 70,9% de los individuos que conservaban sus dientes requerían de tratamiento periodontal de mediana o alta complejidad y el 91,5% necesitaban instrucción de higiene oral. Un 30,3% de la muestra carecía de prótesis necesiéndola, pero sólo un 8,7% expresó el deseo de usarla, del 67,5% que poseía prótesis, había que rehacer o reparar el 53,3 % (7,43).

Es importante considerar que de los mayores de 60 años el 77,6% utiliza el sistema público de salud. El 51,3% de todas las atenciones dentales son efectuadas en estos servicios, siendo la actividad que presenta menor cobertura entre las acciones de salud. A pesar de las grandes necesidades en salud oral de los adultos mayores las prestaciones de ese tipo constituye sólo el 8,6% de las prestaciones recibidas por las mujeres y el 10,7% por los hombres (4).

2.6 Rehabilitación Protésica en el Adulto Mayor

Las técnicas protésicas que se emplean en la rehabilitación oral en el adulto mayor son aproximadamente las mismas que se utilizan en cualquier individuo, solamente se han adaptado a las características de la población, las que son diferentes a las del resto de los adultos y es por esta razón que el protesista debe considerarlas en la planificación de los tratamientos.

Con el envejecimiento se hace más difícil alcanzar nuevos aprendizajes y el logro de nuevos patrones de movimiento se hace dificultoso para una persona de edad. El

anciano realiza la mayor parte de las acciones que estaba acostumbrado a efectuar como adulto maduro, pero la presteza de su accionar y el modelo de conducta es más lento (44).

De esta forma acostumbrarse a una prótesis representa graves inconvenientes, debido a la adaptación del sistema neuromuscular con los tejidos adyacentes, de la masticación, del habla y de la estabilidad de la prótesis. A pesar de todos los problemas que se pueden presentar, los pacientes necesitan una rehabilitación oral que les devuelva la estética, las funciones bucales, la autoestima, y la relación con sus semejantes y que, además, les permita acceder y/o mantener una vida laboral que ayude a solucionar sus problemas económicos (44,92). En la medida que el odontólogo comprenda la realidad física y psicológica del adulto mayor podrá aplicarla en su quehacer de manera “ética”, aquella ética en la cual lo que le pasa al otro con lo que yo hago, a mi me importa. La mayoría de las veces, esto es lo que diferencia el éxito del fracaso en lo profesional (44).

El odontólogo debe educar al paciente desde el inicio del tratamiento, en el uso y manejo de las prótesis e igualmente planificar la dieta en cantidad, calidad, tamaño y consistencia, para mantener una nutrición equilibrada, ya que las prótesis influyen en la capacidad de masticación e inevitablemente sobre el interés y elección de los alimentos, siendo la población adulta mayor más vulnerable a la desnutrición (45).

2.7 Efectos de la Rehabilitación Protésica

Los pacientes usuarios de prótesis removibles pueden presentar efectos adversos en la salud de los tejidos de soporte. Estos efectos pueden ser divididos en secuelas directas e indirectas (45).

Secuelas Directas

En usuarios de dentaduras totales en comparación con sujetos dentados las secuelas directas están relacionadas con los cambios en la función masticatoria, y con los trastornos fonéticos (46).

1) Reabsorción del reborde residual:

La reabsorción de reborde residual alveolar es un proceso de pérdida ósea que se presenta en todos los pacientes, con una considerable variación interindividual en el grado de pérdida de hueso post extracción dentaria y el uso de prótesis dentales totales siendo cuatro veces mayor en la mandíbula que en el maxilar (47). Las consecuencias de la reabsorción del reborde alveolar residual son un problema tanto para el paciente como para el rehabilitador.

2) Reacciones de la mucosa:

- Estomatitis sub-protésica: Muchos portadores de prótesis removible desarrollan una reacción inflamatoria en la mucosa oral, la cual se denomina estomatitis sub-protésica que según Newton puede ser graduada en tres tipos, la tipo I presenta inflamación localizada o punteado hiperémico: la tipo II presenta un eritema más

difuso y la tipo III se presenta como una hiperplasia papilar no neoplásica con variados grados de inflamación. La prevalencia de la estomatitis protésica es muy variable, en Chile es del 53%, y su etiología es de carácter multifactorial, como la mala higiene oral con la consecuente acumulación de placa bacteriana y la presencia de *Cándida albicans*, asociada principalmente a la estomatitis protésica tipo II y III (48, 70). Factores traumáticos como mecánicos, químicos y reacciones alérgicas asociadas a los componentes de la prótesis, principalmente se relacionan con la estomatitis protésica tipo I (48, 49, 50). Estudios recientes postulan que los aspectos inmunológicos pueden sumarse a la patogénesis de esta condición (51).

- Hiperplasias irritativas; como respuesta de las mucosas ante la irritación crónica de una sobre extensión y/o mal ajuste de la prótesis, puede ser una hiperplasia tisular fibrosa, presentando una ocurrencia mayor en el maxilar, sin embargo estas lesiones curan comúnmente sin problemas después de eliminar el área injuriente de la prótesis (49).
- Úlceras traumáticas: se producen frecuentemente los primeros días después de la instalación de las nuevas prótesis, y son causadas, generalmente, por alteraciones oclusales, sobre extensión de flancos y sobre compresiones. Luego de realizar las modificaciones de la prótesis sanan rápidamente. Investigaciones realizadas en pacientes portadores de prótesis por largos períodos de tiempo han demostrado la presencia de un 7% de úlceras en la mandíbula y sólo un 1% en el maxilar (48).
- Condiciones relacionadas con el uso de las prótesis totales: Síndrome de la boca urente y alteraciones en la percepción de sabores. En contraste con la estomatitis subprótesica la cual es frecuentemente indolora el síndrome de boca urente es una condición caracterizada por ardor y sensación dolorosa en la boca con mucosa normal y no está limitada al uso de prótesis. La lengua es el sitio que puede ser

afectado con mayor frecuencia. La causa es multifactorial, pudiendo existir factores locales, sistémicos y psicogénicos (52), y además cuando existe la presencia de xerostomía puede suceder que se presente la sensación de ardor, pero hay poca evidencia científica frente a esta relación directa. El mejorar las deficiencias de las prótesis es el primer paso en el manejo del síndrome de la boca ardiente, sin embargo si no hay deficiencias claras de los aparatos, el rehabilitador debería solicitar una evaluación psicológica buscando causas de origen psicogénico (53).

- Reacciones alérgicas a los materiales dentales: La sensación de ardor se adjudica generalmente a una reacción alérgica de los tejidos de soporte al metacrilato de metilo, aunque la base de acrílico de la dentadura tal vez no desempeña ningún papel en el problema. El monómero libre en bases de dentaduras curadas en forma incompleta o rebases con resinas de autopolimerización también son las causantes de estas molestias.

Las verdaderas alergias al acrílico son raras. Un factor causal es el alto contenido y emigración de plastificante desde la prótesis a los tejidos (74).

Secuelas Indirectas

1) Función Masticatoria y Fuerza de corte: Al realizar las mediciones de la función masticatoria, tal como la fuerza del corte y la habilidad de moler los alimentos, se muestran sustancialmente reducidas en los usuarios de prótesis totales en comparación con personas con dentición natural.

Muchos estudios han validado la hipótesis de que la función masticatoria disminuye lentamente en presencia de una adaptación funcional o un estado de oclusión

premolar, esto significa tener cuatro unidades remanentes oclusales, luego de esto la función masticatoria se deteriora rápidamente (54).

La reducción de la eficiencia masticatoria puede inducir cambios en la selección dietética e ingesta de nutrientes, con riesgo de perjudicar el estado nutricional, especialmente en adultos mayores que usan dentaduras totales (55). Sin embargo al relacionar la ingesta de nutrientes con el estado de salud oral, considerando el estado de los aparatos protésicos, se puede observar que la presencia de dientes naturales y prótesis removibles bien ajustadas se asocia a una mejor calidad de la dieta (56).

2) Los trastornos fonéticos: en el desdentado son muy marcados en el primer período, posteriormente suele compensarse modificando los puntos fonoarticulatorios. Las prótesis removibles, muy especialmente la prótesis inmediata, reducen en forma notable estos trastornos (57).

3) La estética: Los avances en el campo de la estética han logrado dar naturalidad en cuanto al color, forma y posición de las piezas dentarias artificiales, pero siempre durante el tratamiento protésico se debe tener en cuenta, la opinión y aceptación del paciente, considerando que la percepción de lo estético es diferente en cada individuo. Es importante establecer una comunicación estrecha entre paciente y profesional, ya que existen consideraciones subjetivas, que pueden ser determinantes en el éxito final del tratamiento (58).

2.8 Calidad de vida en relación a la Salud Oral

En el adulto mayor cualquier proceso biológico y psicológico está íntimamente ligado a la calidad de vida del individuo y a la percepción de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que vive, en relación a sus expectativas e intereses (59).

Actualmente existe un creciente interés en las consecuencias de la salud oral en términos de cómo afecta la calidad de vida. Las patologías bucales generalmente no son fatales, pero pueden afectar al individuo en su capacidad de alimentarse, comunicarse (hablar), y en la socialización con el medio que lo rodea (60).

En un reciente estudio, realizado por Jofré (61), se afirma que gracias al crecimiento económico del país y la instauración de programas especiales del gobierno se han logrado incrementar las prestaciones. Por ejemplo, la confección de prótesis dentales a través del Servicio Nacional de Salud ha aumentado en cerca de un 33% en los últimos diez años. Pero asegura que, a pesar de estos avances, las prótesis, como procedimiento médico, tienen limitaciones, que se refleja en la contraposición de un alto grado de satisfacción versus la baja frecuencia del uso de las mismas (61,59).

La calidad de vida relacionada con la salud bucal no es cuantificable mediante instrumentos genéricos de salud general, debido a que estas encuestas no incluyen aspectos relacionados con la salud bucal (62, 63, 64,65).

Por esto se ha hecho necesario crear instrumentos específicos que permitan estimar el impacto social y funcional de las patologías bucales, correlacionar los hallazgos con las medidas clínicas objetivas y evaluar la efectividad de los tratamientos odontológicos otorgados (109).

El objetivo de medir la calidad de vida junto con la historia clínica y el examen físico es proporcionar información cuantificable y completa, útil para establecer el diagnóstico, elegir el tratamiento y monitorizar su éxito (136). Es por esto que cabe destacar que las posibilidades de uso de los instrumentos que evalúan calidad de vida relacionada con la salud oral son las siguientes (136):

1. Evaluación y monitoreo de problemas psicosociales asociados a problemas de salud oral.
2. Estudios poblacionales para evaluar percepción de la salud oral.
3. Auditorias odontológicas.
4. Ensayos clínicos.
5. Análisis de costo-utilidad de tratamientos odontológicos.

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

Estudios internacionales han demostrado que los desordenes bucales tienen un efecto significativo en el bienestar y satisfacción del adulto mayor (66).

Otras investigaciones en adultos mayores que presentan alteraciones físicas mentales y que se encuentran en centros de cuidado geriátrico o en individuos con VIH, han establecido que la salud oral está fuertemente asociada con la salud física y mental (67,68), por lo cual, el acceso apropiado a cuidados de salud oral mejoraría la calidad de vida de estos individuos, al aumentar la percepción positiva del paciente sobre su salud oral y mental (44).

2.9 Factores que influyen en el uso de prótesis

1) Sexo

Los problemas de la vejez afectan más al sexo femenino, ya que la mujer tiende a vivir más que los hombres, y con ello presenta mayor posibilidad de que su salud se deteriore. En nuestro país la vejez femenina se caracteriza generalmente por enfermedad, pobreza, dependencia, soledad e institucionalización (69).

Algunos estudios indican que éste género presenta una mayor preocupación por el estado de su salud general y oral, demostrada a través de la mayor demanda por atención en los servicios (25).

La extrema irritabilidad y frecuente sensación de ardor de la mucosa, lengua y paladar en mujeres diabéticas y menopáusicas es a menudo diagnosticada como alergia a uno de los componentes de las bases protésicas (70).

Otro desorden, que ocurre predominantemente en el período post-menopáusico en la mujer es el Síndrome de Sjögren, desorden de etiología poco clara pero con un fuerte componente auto-inmune, que ocurre predominantemente en el período menopáusico y post-menopáusico ,cuyos síntomas son queratoconjuntivitis seca, xerostomía y algunas veces artritis reumatoídea, lupus eritematoso o esclerodermia y donde la poca

lubricación de la saliva debido a cambios degenerativos y consecuente disfunción de las glándulas salivales causan la sensación de ardor en la mucosa y dificultad para comer y tragar con prótesis (71).

La osteoporosis es otra condición sistémica que tiene implicancia en Odontología. Becker (72) demuestra que el 38% de las mujeres sobre 48 años exhiben alto riesgo de osteoporosis y esto se eleva a 64.3% en la población mayor de 50 años. Esta enfermedad se asocia más y progresa más rápido en mujeres y aparece poco después de la menopausia. Se caracteriza por una pérdida de masa ósea que puede provocar una fractura con una carga mínima. La pérdida de hueso puede hacer necesario reemplazar frecuentemente las prótesis dentales (71, 72).

2) **Edad**

No existen estadísticas nacionales que relacionen personas desdentadas totales y edad, algunos estudios muestran que su número aumenta con el envejecimiento, como también algunas enfermedades de tipo crónico y sistémico (73,71).

El uso de prótesis removible, particularmente de las totales, está basado en un muy complejo patrón de coordinación neuromuscular (71). La prótesis en si misma es un implemento sin vida y pasivo, es completamente inútil sin la operación de la neuromusculatura. El anciano realiza la mayor parte de las acciones que estaba acostumbrado a hacer como adulto maduro, pero la presteza de su accionar y el modelo de conducta es más lento. De esta forma acostumbrarse a una prótesis representa graves inconvenientes, debido a la adaptación del sistema neuromuscular (44).

Llama la atención que los pacientes adultos mayores de más edad han relatado encontrarse satisfechos con prótesis mal ajustadas y están menos dispuestos a solicitar su mejoramiento, que los adultos mayores más jóvenes (73).

3) Tipo de Prótesis

Considerando la extensión de la pérdida dentaria y la arcada afectada, se determina el tipo de prótesis, esto es superior o inferior, total o parcial, lo cual afecta en el confort y satisfacción del paciente respecto al tratamiento realizado.

El uso o no uso de una prótesis superior o inferior puede estar determinado por múltiples factores: anatómicos, funcionales, mecánicos, estéticos, psicológicos (74).

En estudios que comparan la frecuencia de uso entre prótesis superior e inferior, se observa que el valor relativo de las personas que no las usan o las usan con poca frecuencia es mayor si se refiere a prótesis inferior, un 36,5%, porcentaje que disminuye en el caso de prótesis superiores, en que es aproximadamente un 19,3%. Los adultos mayores que declaran que siempre usan su prótesis superior corresponde al 63,5% y a un 50%, la prótesis inferior (75). Otros estudios en nuestro país muestran que un 80,6% de los adultos mayores usaban siempre sus prótesis superiores totales, un 71,9% las superiores parciales, un 52,6% las inferiores totales y un 63,8% las inferiores parciales y que la frecuencia de uso protésico está determinada por la localización de la prótesis (maxilar o mandibular) y no por su extensión (total o parcial) (76). La mayor frecuencia de uso de las prótesis maxilares se asocia a una mejor percepción del nivel de salud bucal, no sucede lo mismo con las prótesis mandibulares. Se ha observado además, que razones comunes que influyen en el grado de satisfacción en pacientes portadores de prótesis removible son: la adaptación del aparato protésico a los tejidos, el número y

alineamiento de los dientes, la salud de los tejidos mucosos, gingivales y periodontales, el tipo y confección de los apoyos y retenedores y el material y tipo de base (conector mayor) (77). Considerando que la prevalencia de desdentamiento total maxilar es mayor al mandibular y que el desdentamiento parcial inferior se presenta con mayor frecuencia al superior, es que se reflejará en los tratamientos protésicos realizados; presentando mayor frecuencia la prótesis total superior, seguida de la prótesis parcial inferior(78).

4) Calidad Técnica

Calidad Técnica se define como el atributo o propiedad que distingue la naturaleza de las personas o cosas. Por lo que la evaluación de ésta en las prótesis removibles acrílicas, la podemos definir como “aquella medición de los atributos que caracterizan una prótesis removable acrílica como un aparato capaz de cumplir la función para la cual fue diseñada”. Por lo tanto, para que una prótesis sea considerada de buena calidad deberá cumplir con los requisitos universalmente aceptados y basados en teorías que sustentan la rehabilitación protésica.

Los requisitos incluyen oclusión, extensión de los límites protésicos, soporte, retención, rigidez, estética, estabilidad, adaptación de los retenedores, alivios, márgenes e instalación y controles post operatorios (59).

Numerosos estudios demuestran que algunos de los pacientes portadores de prótesis totales se encuentran conformes con ellas, a pesar de las imperfecciones técnicas que presentan (79, 80, 81, 82). Por otra parte, existen pacientes que no están satisfechos con sus prótesis, aunque éstas no presenten problemas en cuanto a su calidad técnica (83, 84, 85) lo que muestra que la evaluación técnica o funcional de las prótesis realizada por el profesional y la apreciación del paciente pueden ser diferentes, aunque algunos estudios muestran lo contrario (86,87,88).

5) Experiencia Previa

Cada tratamiento debe ser resuelto sobre la base de la individualidad. Experiencias previas desagradables son un factor importante en el comportamiento posterior a la inserción de la prótesis (73, 89, 90).

Algunos estudios demuestran que pacientes que nunca han usado prótesis anteriormente, presentan un mayor grado de insatisfacción con su tratamiento que aquellos que presentan una experiencia anterior (91).

Si previamente se ha confeccionado una dentadura removible, es importante conocer el máximo posible acerca de la experiencia durante y después del tratamiento. Si al paciente se le han confeccionado varias prótesis en corto tiempo, se debe considerar que la actitud y/o biotipo del paciente puede influir. La respuesta del paciente a la pregunta ¿Por qué no está satisfecho con sus prótesis? nos ayuda a no repetir los mismos errores que provocaron el descontento del paciente. Si el paciente ha sido

portador de una sola dentadura removible y ésta simplemente se ha desgastado, la experiencia previa del paciente ha sido favorable y puede anticipar una conducta similar para el tratamiento futuro (92,93).

6) Estado de Salud Mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud mental como un estado de bienestar, que va más allá de la ausencia de una enfermedad, incidiendo los factores macrosociales de modo determinante en el equilibrio psíquico, en el bienestar personal y en la participación del individuo en los objetivos comunitarios (94).

El riesgo de que desórdenes mentales comunes como trastornos depresivos y ansiosos, y sus dificultades asociadas, aumenta gradualmente con el envejecimiento (95,96).

El envejecimiento mental normal constituye un deterioro gradual y heterogéneo de diferentes facultades psicológicas, cuantitativas y cualitativas, con cambios mentales que aparecen en diferente forma y combinación, según la personalidad básica, que no implican síntomas clínicos significativos relacionados a la presencia de enfermedades, exposiciones ambientales, y/ o factores propios del estilo de vida (97).

Estudios demuestran que individuos que presentan algún grado de depresión presentan descuido de la higiene oral, mayor consumo de dieta cariogénica, flujo salival disminuido que puede estar asociado a medicación, deterioro oral acelerado, enfermedad periodontal avanzada, disestesias orales y caries rampante (98,99) y pueden

tener efectos significativos en la adaptación a prótesis totales nuevas (102) llevando a una rehabilitación protésica, que puede no tener el éxito deseado debido a la actitud negativa que podría presentar el paciente debido a su condición bucal (100, 102).

Sujetos con deterioro mental portadores de prótesis removible, relatan tener más problemas y menor satisfacción que antes de realizarse el tratamiento, lo que puede ser posible porque al momento de confeccionar las prótesis ya estaban insatisfechos con su condición dental; así el sólo hecho de rehabilitarlos protésicamente no mejora su condición psicológica. Sin embargo se ha observado que a mayor cantidad de unidades oclusales involucradas, se presentaría más satisfacción por parte de estos pacientes, con la rehabilitación oral debido a que presentarían un mayor confort oral (103).

La evaluación previa del estado de salud mental podría utilizarse como un indicador de éxito de la terapia, ya que puede permitir hacer un pronóstico de la influencia que podría tener la salud mental en la adaptación, adherencia al tratamiento y la satisfacción del paciente (97). Es indispensable que el odontólogo posea conocimientos de los trastornos psicológicos más comunes en el adulto mayor y pueda implementar una psicoterapia previa y/o posterior al tratamiento; ya que tendrán una influencia decisiva en el diagnóstico, la planificación y éxito del mismo (98,99).

Es importante considerar que al escuchar como el paciente relata su historia médica y dental, podemos apreciar sus expectativas, evaluar su comportamiento y ubicarlo dentro de los cuatro tipos de pacientes que señala Fox (receptivo, escéptico, histérico, pasivo) y aparte debemos evaluar el estado de salud mental del paciente ya que existen personalidades que se pueden prestar para confusión (104).

Se ha estimado que un 30% de la población general de la región Metropolitana presenta algún grado de deterioro mental (105,106).

7) Autopercepción de Salud Oral

La forma en que las personas perciben su salud bucal está relacionada significativamente con el bienestar; es decir, que una boca “saludable” contribuye a que la persona se sienta bien y ayuda a su satisfacción y felicidad. Por ello la percepción de salud bucal puede ser considerada como un factor predictor de calidad de vida (107), y está asociada a una variedad de indicadores de salud general y conductas saludables (108, 109, 110). Es más, existen estudios que informan sobre la asociación entre la autopercepción de la salud oral global con la autopercepción específica de limitaciones funcionales bucales (111). Se ha descrito que algunos instrumentos para evaluar calidad de vida relacionada a la salud oral, son sensibles para detectar la influencia de los tratamientos odontológicos en la percepción del paciente sobre su salud oral (112), lo que podría ser útil para relacionar satisfacción y percepción del paciente en relación a su rehabilitación.

Entre los factores asociados a una baja percepción del estado de salud se encuentran: los bajos ingresos económicos (113,114), sentimientos de soledad, problemas visuales, estilo de vida sedentario(115), incapacidad funcional (117,118,119), bajo nivel de estudio (120), falta de apoyo emocional, falta de apoyo social (116,120), padecer enfermedades (115,121,122), consumir medicamentos (115,81,123), perder capacidad funcional (115,121,122,81), insomnio (81), pertenecer a una clase social desfavorecida (122) y ser mujer (116,122).

Ponce, M y Rodríguez, E al aplicar el test GOHAI (124), concluyen que quienes usan a veces la prótesis inferior y siempre la superior mejoran significativamente la percepción de su salud oral, lo que también sucede en el grupo de adultos mayores que usan siempre ambas prótesis; quienes usan la prótesis superior siempre, pero que no se hicieron tratamiento rehabilitador inferior también mejoran su percepción de salud oral.

Investigaciones internacionales, utilizando otros instrumentos específicos de salud oral, como son el (Oral Health Impact Profile) OHIP-20 y el OHQoL-UK (W), han determinado que la percepción de la salud oral mejora con todos los tratamientos protésicos realizados (125, 126, 127).

Estudios nacionales no coinciden con investigaciones internacionales, que utilizando instrumentos específicos de salud oral han determinado que la percepción no mejora con todos los tratamientos protésicos realizados (128).

III HIPÓTESIS

Los factores, sexo, edad, tipo de prótesis, calidad técnica, experiencia previa, estado de salud mental y autopercepción de salud oral, influyen en el uso de nuevas prótesis removibles.

IV OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los factores que influyen en el uso de prótesis removible en adultos mayores recién rehabilitados.

Objetivos Específicos

- Determinar la influencia del estado de salud mental en la frecuencia de uso de prótesis removibles en adultos mayores recién rehabilitados.
- Determinar la influencia de la percepción del estado de la salud oral, previa al tratamiento, en el uso de prótesis removibles en adultos mayores recién rehabilitados.
- Determinar la influencia de la calidad técnica protésica en el uso de aparatos removibles en adultos mayores recién rehabilitados.
- Determinar la influencia del tipo de prótesis en su uso por adultos mayores recién rehabilitados.

- Determinar la influencia del sexo en el uso de prótesis removibles en adultos mayores recién rehabilitados.
- Determinar la influencia de la edad en el uso de prótesis removibles en adultos mayores recién rehabilitados.
- Determinar la influencia de la experiencia previa de tratamiento protésico en el uso de nuevas prótesis removibles en adultos mayores recién rehabilitados.
- Establecer el factor de mayor influencia en el uso de prótesis removible en adultos mayores recién rehabilitados.

V MATERIALES Y METODOS

5.1 Muestra

Esta investigación forma parte del proyecto DID UCH 02/2-2 2003 “Influencia de la Rehabilitación en Salud Bucal en la calidad de vida del Adulto Mayor” que fue llevado a cabo por el Área de Ciencias del Comportamiento de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, en conjunto con el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la misma Universidad.

La muestra estuvo constituida por 200 adultos mayores de 60 años, de ambos sexos, desdentados parciales o totales, de diferentes áreas de la Región Metropolitana, que fueron atendidos en Servicio Públicos de salud para realizarse una rehabilitación oral en base a prótesis acrílicas parciales o totales inferiores, superiores o ambas y que fueron ingresados al grupo experimental del proyecto. El 25.5% de la muestra se excluyó del estudio, ya que, no cumplía con los criterios de selección como alguna afección que comprometiera gravemente su estado de salud general, mental o bucal; o aquellos cuyos datos de los test en ambos tiempos estuviesen incompletos; quedando una muestra final de 149 pacientes.

5.2 Diseño de la Investigación

Se desarrollará un estudio Cuasi Experimental, con una medición previa y otra posterior al tratamiento protésico.

En este estudio la variable independiente es la presencia de uso de la prótesis removible, y las variables dependientes son los factores que influyen en el uso, estos son: sexo, edad, tipo de prótesis, calidad técnica de estas, experiencia previa con respecto a estos tratamientos, salud mental y autopercepción de la salud oral del paciente.

5.3 Criterio de Inclusión y Exclusión

Se seleccionó a los adultos mayores de 60 años que acudieron a los centros de salud en demanda de atención protésica o de otra especialidad, que hubiesen respondido en ambas mediciones y estuviesen contestados en su totalidad los siguientes test: GOHAI, C.E.T, Goldberg además de las variables sexo, edad, tipo de prótesis que poseían, tratamiento a realizar, experiencia previa y si usaban o no usaban éstas en cada tiempo de medición. Se excluyó a aquellos que presentaban alguna afección que comprometiera gravemente su estado de salud general, mental o bucal; o aquellos cuyos datos de los test en ambos tiempos estuviesen incompletos.

5.4 Instrumentos de Medición

Para la evaluación de Calidad Técnica, Estado de Salud Mental y percepción del estado de salud bucal fue necesaria la aplicación de los siguientes test.

1) C.E.T Cuestionario de Evaluación Técnica (CET) (Anexo N° 2)

El cuestionario de evaluación técnica fue diseñado para medir la calidad técnica de las prótesis removibles. Los ítems del cuestionario se elaboraron en base a consultas de expertos y revisión bibliográfica. Los cuestionarios fueron aplicados en forma de entrevista por un entrevistador entrenado perteneciente al proyecto DID UCH 02/2-2

2003. Este cuestionario tiene una duración de 15 minutos. Consta de 26 ítems con respuestas dicotómicas aplicables a prótesis totales y/ o parciales superiores e inferiores. Se consideraron ítems para evaluar oclusión, estética, extensión, retención, soporte, estabilidad, adaptación de los retenedores, zonas de alivio de los tejidos blandos y duros, y las características de la terminación de las prótesis. Para establecer categorías de análisis de los parámetros considerados en el cuestionario, un grupo de expertos clasificó cada ítem en una escala de importancia de uno a tres. Por consenso se establece que todas las categorías tienen la misma importancia para los jueces. De tal forma que se establecieron, de manera descriptiva, categorías según porcentajes de ítems aprobados en el CET; estas categorías van de 0 a 25% (I), de 26% a 50% (II), de 51% a 75% (III) y de 76% a 100% (IV) (129).

2) Escala de Goldberg (GHQ) (AnexoN° 3)

El Estado de Salud Mental se evaluó con el Cuestionario de Goldberg, en su versión de 12 preguntas (Anexo 3). Fue administrado por un entrevistador en un tiempo aproximado de 5 minutos.

El rango de puntaje mínimo 0 - máximo 12 se obtiene a través de sumatoria simple, del puntaje de cada pregunta.

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

Se usó el punto de corte 5 para determinar las categorías de diagnóstico dicotómicas. Un puntaje mayor o igual a 5 indicaba posibles trastornos ansioso-

depresivos (*ansioso*) y un puntaje menor a 5 indicaba la ausencia de trastornos (*no ansioso*) (130).

Ha sido recomendado en la investigación epidemiológica y el trabajo clínico, para evaluar el estado general de salud mental o bienestar psicológico. Permite asociar la salud mental con algunos elementos psico-sociales como género, situación laboral, status socio-económico, apoyo social o repercusión de eventos estresantes (130, 131, 132).

8) GOHAI (Anexo N° 4)

Este cuestionario fue desarrollado para medir la calidad de vida en relación a la salud oral. Mide los problemas funcionales orales reportados por los pacientes y evalúa el impacto psicosocial, asociados al estado de salud oral de los adultos mayores (133). Dolan T. concluye que GOHAI es sensible para detectar la influencia de los tratamientos dentales en la percepción del paciente sobre su salud oral (112).

Este instrumento de medición está estructurado como un cuestionario formado por 12 preguntas auto administradas o aplicado por un entrevistador entrenado.

Los individuos responden si han experimentado los 12 ítems planteados siempre, a menudo, a veces, rara vez o nunca, durante los últimos tres meses. Las preguntas aplicadas presentan una diferencia en la dirección de su planteamiento. Así, 3 de las preguntas se asocian a una mejor salud oral cuando la respuesta es siempre, mientras que en las 9 restantes la respuesta mejor puntuada es nunca. Se realiza una sumatoria simple de cada cuestionario donde el máximo puntaje es 60.

La mejor auto percepción de la salud oral se encuentra entre los puntaje 57 a 60 (*bueno*). Un puntaje entre 51 y 56 se considera moderado (*regular*) y menos de 50 se considerada puntaje bajo (*malo*), indicando problemas de salud oral. Este instrumento posee una duración de aplicación promedio de 5-8 minutos (124).

Las categorías para la frecuencia de uso protésico se estableció dentro de nuestra medición de la siguiente manera: para aquellos individuos que hacían uso de su(s) prótesis permanentemente se definió como *siempre*. Para aquellos individuos que hacían uso de alguna de sus prótesis permanentemente y la otra ocasionalmente, se definió como *a veces*. Para los que usan permanentemente u ocasionalmente una de sus prótesis y la otra no es usada, se definió como *nunca*. Y para aquellos individuos que no presentaban rehabilitación protésica se definió como *no tiene*.

El tipo de prótesis se consignó en la ficha como respuestas dicotómicas: (*total/ parcial; superior/ inferior*), la experiencia previa de uso de prótesis (*siempre / a veces/ nunca / no tiene*).

Se registró el sexo del paciente (*femenino/ masculino*) y la edad con rangos establecidos (*60 a 74 años/75 años y más*).

5.5 Procedimientos

Se explicó a cada paciente en qué consiste el estudio y fue incluido sólo si accedió

de forma voluntaria, expresado a través de la firma de un acta de consentimiento informado (Anexo N° 1). En caso de no aceptar su incorporación al estudio, quedó registrado en una hoja de rechazo.

Se registraron las variables sociodemográficas: Edad, y nivel de escolaridad; y los datos de cada paciente incluyendo nombre, domicilio, comuna, teléfono e identificación del servicio de atención al cual pertenece.

El paciente fue entrevistado en forma individual, durante aproximadamente 20 minutos, en un lugar que permitió una adecuada comunicación para explicar los instrumentos de medición.

Se realizó una primera medición antes del tratamiento rehabilitador y una segunda aproximadamente después de tres meses de terminada la rehabilitación protésica. El test C.E.T se aplicó sólo en la segunda ocasión.

Como forma de agradecer la colaboración del paciente se le entregó un set de higiene dental y protésica.

5.6 Análisis Estadístico

Todos los datos recogidos fueron sometidos a los análisis estadísticos mediante el paquete computacionales SSPSS 10.0 (paquete estadístico para las ciencias sociales).

Se aplicó la prueba del Chi cuadrado para determinar la asociación estadística con respecto a la frecuencia de uso con un p menor o igual a 0.05.

Se aplicó el Test de Regresión Logística para determinar cual es la variable con mayor influencia con respecto a la frecuencia de uso, con un p menor o igual a 0.05.

VI RESULTADOS

Características de la muestra según sexo y edad.

La muestra total incluyó 149 individuos adultos mayores, 96 (65,1%) de sexo femenino y 53 (34,9%) de sexo masculino; distribuidos en 71,8% (107 individuos) de edades entre 60 y 74 años (71,8%) y 28,2% (42 individuos) de 75 años y más.

Resultados de la Medición Inicial

a.- Uso de Prótesis según sexo, edad y tipo de prótesis

Las prótesis superiores se dividían en: 81 prótesis totales y 36 parciales. En el maxilar inferior: 37 prótesis totales y 45 prótesis parciales. De los 149 individuos, 31 no tenían ningún tipo de prótesis.

Respecto a su rehabilitación inicial, se puede observar en la Tabla N° 1 que aproximadamente la mitad de los individuos que conformaban la muestra total usaban sus prótesis *siempre* (51,7 %). Al evaluar esta variable según sexo, se puede determinar que el uso permanente (*siempre*) era más frecuente en las mujeres (55,2 %) que en los hombres (45,3%), pero en estos últimos la frecuencia de uso ocasional (*a veces*) 17% es mayor.

Llama la atención el alto porcentaje tanto de mujeres (16,7%) como de hombres (15,1%) que no usan (*nunca*) sus prótesis.

Tabla N° 1 Frecuencia de uso de antiguos juegos de prótesis en relación a la distribución de los individuos según sexo.

		Uso antiguo juego prótesis					
		no tiene	nunca	a veces	siempre	Total	
Sexo	Mujer	n°	19	16	8	53	96
		% parcial	19,8%	16,7%	8,3%	55,2%	100,0%
		% del Total	12,8%	10,7%	5,4%	35,6%	64,4%
Hombre	Hombre	n°	12	8	9	24	53
		% parcial	22,6%	15,1%	17,0%	45,3%	100,0%
		% del Total	8,1%	5,4%	6,0%	16,1%	35,6%
Total	Total	n°	31	24	17	77	149
		% parcial	20,8%	16,1%	11,4%	51,7%	100,0%
		% del Total	20,8%	16,1%	11,4%	51,7%	100,0%

Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas con un $p = 0,38$; por lo que no existe asociación entre la frecuencia de uso del juego de prótesis y el sexo.

La frecuencia de uso de antiguos juegos de prótesis en relación a la edad muestra que dentro de cada grupo etáreo los porcentajes de pacientes que usan sus prótesis *siempre*, son similares (51,4% v/s 52,4%) (Tabla N° 2). Sin embargo, se puede apreciar que donde existe diferencia es en la mayor frecuencia de uso esporádico (*a veces*) para el grupo de individuos más jóvenes (65 a 74 años) 14% y en el alto porcentaje que no usa (*nunca*) sus prótesis entre los individuos mayores (75 años y más) 28,6%.

Tabla N° 2 Frecuencia de uso de antiguos juegos de prótesis en relación a la distribución de la población según edad.

		Uso antiguo juego prótesis				Total	
		no tiene	nunca	a veces	siempre		
Categoría de Edad	60-74	n°	25	12	15	55	107
		% parcial	23,4%	11,2%	14,0%	51,4%	100,0%
		% del Total	16,8%	8,1%	10,1%	36,9%	71,8%
	75y+	n°	6	12	2	22	42
		% parcial	14,3%	28,6%	4,8%	52,4%	100,0%
		% del Total	4,0%	8,1%	1,3%	14,8%	28,2%
Total		n°	31	24	17	77	149
		% parcial	20,8%	16,1%	11,4%	51,7%	100,0%
		% del Total	20,8%	16,1%	11,4%	51,7%	100,0%

El análisis estadístico entrega un $p = 0,02$ para el Chi-cuadrado; por lo que existe asociación entre la edad y la frecuencia de uso de los aparatos protésicos.

Respecto al uso de prótesis superiores antiguas en relación a la frecuencia de uso se puede observar en la Tabla N° 3 una mayoría porcentual en la frecuencia de uso *siempre*

en ambas categorías, pero siendo mayor en las prótesis totales (81,5%) que en las parciales (72,2%).

Tabla N° 3 Frecuencia de uso según tipo de prótesis superiores.

		Uso antigua prótesis superior			Total	
		nunca	a veces	siempre		
Tipo Prótesis Superior	total	n°	6	9	66	81
		% parcial	7,4%	11,1%	81,5%	100,0%
		% del Total	5,1%	7,7%	56,4%	69,2%
	parcial	n°	4	6	26	36
		% parcial	11,1%	16,7%	72,2%	100,0%
		% del Total	3,4%	5,1%	22,2%	30,8%
Total	n°	10	15	92	117	
	% parcial	8,5%	12,8%	78,6%	100,0%	
	% del Total	8,5%	12,8%	78,6%	100,0%	

Aplicado el Chi-cuadrado resultó un $p = 0,52$ para el Chi-cuadrado; por lo no que existe asociación entre el tipo de prótesis superior y la frecuencia de uso de las mismas.

En relación a la frecuencia de uso de antiguas prótesis inferiores podemos observar una leve superioridad en el uso permanente (*siempre*) para las prótesis totales (62,2%) en relación a las parciales (57,8%), mientras que el uso esporádico (*a veces*) y su no utilización (*no usa*), presentan una distribución similar tanto para las prótesis totales como para las parciales.

Tabla N° 4 Frecuencia de uso según tipo de prótesis inferior.

		Uso antigua prótesis inferior				
		nunca	a veces	siempre	Total	
Tipo Prótesis Inferior	total	n°	9	5	23	37
		% parcial	24,3%	13,5%	62,2%	100,0%
		% del Total	11,0%	6,1%	28,0%	45,1%
	parcial	n°	11	8	26	45
		% parcial	24,4%	17,8%	57,8%	100,0%
		% del Total	13,4%	9,8%	31,7%	54,9%
Total		n°	20	13	49	82
		% parcial	24,4%	15,9%	59,8%	100,0%
		% del Total	24,4%	15,9%	59,8%	100,0%

El análisis estadístico muestra un $p = 0,86$ para el Chi-cuadrado; por lo que no existe asociación entre el tipo de prótesis inferior y su frecuencia de uso.

Sin embargo, al comparar el uso de prótesis antiguas, superior e inferior es más frecuente el porcentaje de individuos que no usa (*nunca*) sus prótesis inferiores (24,4%) que las superiores (85%), observándose esta tendencia tanto en las prótesis totales como parciales inferiores.

b.- Salud Mental y Uso de Prótesis

En el gráfico N° 5 se observa que la mayoría de la población (79,9%) pertenece a la categoría *no ansioso* de Goldberg y dentro de ésta, el mayor porcentaje tiende a usar sus prótesis *siempre* (50,4%).

Al comparar los porcentajes parciales dentro de cada categoría podemos observar que la frecuencia de uso permanente (*siempre*), esporádica (*a veces*) y la no utilización (*nunca*) de las prótesis es similar tanto para los individuos ansiosos como los no ansiosos. Considerando tanto el uso permanente como el esporádico en conjunto,

destaca que los individuos *no ansiosos* utilizan menos (62,2%) sus prótesis que los *ansiosos* (66,7%).

Tabla N° 5 Frecuencia de uso de antiguos juegos de prótesis en relación al estado de salud mental.

		Uso antiguo juego prótesis				Total	
		no tiene	nunca	a veces	siempre		
Diagnóstico Goldberg Inicial	no ansioso	n°	25	20	14	60	119
		% parcial	21,0%	16,8%	11,8%	50,4%	100,0%
		% del Total	16,8%	13,4%	9,4%	40,3%	79,9%
	ansioso	n°	6	4	3	17	30
		% parcial	20,0%	13,3%	10,0%	56,7%	100,0%
		% del Total	4,0%	2,7%	2,0%	11,4%	20,1%
Total	n°	31	24	17	77	149	
	% parcial	20,8%	16,1%	11,4%	51,7%	100,0%	
	% del Total	20,8%	16,1%	11,4%	51,7%	100,0%	

El resultado del análisis estadístico entregó un $p = 0,93$ para el Chi-cuadrado; lo que muestra que no existe relación entre la frecuencia de uso protésico y el estado de salud mental.

c.- Autopercepción de Salud Oral y Uso de Prótesis

Respecto a la Autopercepción de Salud oral evaluada con el GOHAI observamos que un alto porcentaje de pacientes percibe su salud oral como *mala* (75,2%), moderada (15,4%) y buena sólo un 9,4%. Es importante considerar que a pesar de esto una mayoría de los adultos mayores usa *siempre* sus prótesis (51,7%) como se indicó anteriormente.

Considerando en conjunto las categorías *buena* y *regular* (24,8%), este porcentaje no alcanza a la mitad del valor porcentual de la *mala* autopercepción (75,2%).

Es importante destacar que independiente de la categoría GOHAI los porcentajes mayores se observan en la frecuencia de uso *siempre* entre un 45,5% y 71,4% de los individuos de cada categoría. A medida que la autopercepción de salud oral es mejor, es más frecuente el uso de prótesis permanente (*siempre*) y cuando existe una mala autopercepción de la salud oral el porcentaje de individuos que *no tiene* prótesis es mayor.

Tabla N° 6 Frecuencia de uso de antiguos juegos de prótesis en relación a la autopercepción de salud oral.

			Uso antiguo juego prótesis				
			no tiene	nunca	a veces	siempre	Total
Categoría GOHAI Inicial	malo	nº	27	22	12	51	112
		% parcial	24,1%	19,6%	10,7%	45,5%	100,0%
		% del Total	18,1%	14,8%	8,1%	34,2%	75,2%
	regular	nº	2	2	3	16	23
		% parcial	8,7%	8,7%	13,0%	69,6%	100,0%
		% del Total	1,3%	1,3%	2,0%	10,7%	15,4%
	bueno	nº	2		2	10	14
		% parcial	14,3%		14,3%	71,4%	100,0%
		% del Total	1,3%		1,3%	6,7%	9,4%
Total	nº	31	24	17	77	149	
	% parcial	20,8%	16,1%	11,4%	51,7%	100,0%	
	% del Total	20,8%	16,1%	11,4%	51,7%	100,0%	

La asociación entre ambas variables mostró no ser estadísticamente significativa con un $p = 0,12$ para el Chi-cuadrado; lo que demuestra que no existe relación entre la frecuencia de uso de los juegos antiguos de prótesis y la autopercepción de la salud oral.

Resultados de la Medición Final

a.- Uso de Prótesis según sexo, edad y tipo de prótesis

Luego de rehabilitados los 149 pacientes que consistió en: 106 prótesis totales y 42 prótesis parciales para el maxilar superior y 63 prótesis totales y 79 prótesis parciales para el maxilar inferior; se realizó una segunda medición que arrojó los siguientes resultados.

Respecto al sexo en relación a la frecuencia de uso de nuevas prótesis se observa en la Tabla N° 8 que un 55% de los individuos usa en forma permanente (*siempre*) sus prótesis nuevas y un mayor porcentaje de hombres (62,3%) en comparación a las mujeres (51%). Por otro lado si se suman los porcentajes de las frecuencias *a veces* y *siempre* en ambos sexos se obtiene un 90,6% de hombres, cifra que supera al porcentaje de las mujeres (83,3%).

Se destaca en la frecuencia *nunca* un menor porcentaje de hombres (9,4%) en relación al sexo femenino (16,7%).

Tabla N° 8 Frecuencia de uso de nuevos juegos de prótesis en relación a la distribución de la población según sexo.

		Uso nuevo juego prótesis				
		nunca	a veces	siempre	Total	
Sexo	Mujer	n°	16	31	49	96
		% parcial	16,7%	32,3%	51,0%	100,0%
		% del Total	10,7%	20,8%	32,9%	64,4%
	Hombre	n°	5	15	33	53
		% parcial	9,4%	28,3%	62,3%	100,0%
		% del Total	3,4%	10,1%	22,1%	35,6%
Total		n°	21	46	82	149
		% parcial	14,1%	30,9%	55,0%	100,0%
		% del Total	14,1%	30,9%	55,0%	100,0%

Aplicado el Chi-cuadrado resultó un $p = 0,32$ para el; por lo que no existe asociación entre el sexo y la frecuencia de uso protésico en la segunda medición.

La frecuencia de uso de nuevos juegos de prótesis en relación a la edad muestra que los individuos mayores (75 años y más) son los que presentan un más alto porcentaje de frecuencia de uso permanente (*siempre*) (69%) y a la vez son los que un más bajo porcentaje presentan en la frecuencia de uso *nunca* (2,4%).

Tabla N° 9 Frecuencia de uso de nuevos juegos de prótesis en relación a la distribución de la población según edad.

		Uso nuevo juego prótesis				
		nunca	a veces	siempre	Total	
Categoría de Edad	60-74	n°	20	34	53	107
		% parcial	18,7%	31,8%	49,5%	100,0%
		% del Total	13,4%	22,8%	35,6%	71,8%
	75y+	n°	1	12	29	42
		% parcial	2,4%	28,6%	69,0%	100,0%
		% del Total	,7%	8,1%	19,5%	28,2%
Total		n°	21	46	82	149
		% parcial	14,1%	30,9%	55,0%	100,0%
		% del Total	14,1%	30,9%	55,0%	100,0%

El análisis estadístico da un $p = 0,01$ para el Chi-cuadrado; por lo que existe asociación entre la edad y la frecuencia de uso de los aparatos protésicos.

En la Tabla N° 10 se observan los resultados respecto a uso de prótesis superior nuevas, siendo mayor el porcentaje que usa siempre sus prótesis totales (82,1%) que las parciales (69%). Por otro lado las prótesis parciales en la frecuencia *nunca* muestran un porcentaje levemente mayor (7,1%) que las prótesis totales (6,6%).

Tabla N° 10 Frecuencia de uso según tipo de prótesis superiores.

		Uso nueva prótesis superior				
		nunca	a veces	siempre	Total	
Tipo Prótesis Superior	total	n°	7	12	87	106
		% parcial	6,6%	11,3%	82,1%	100,0%
		% del Total	4,7%	8,1%	58,8%	71,6%
	parcial	n°	3	10	29	42
		% parcial	7,1%	23,8%	69,0%	100,0%
		% del Total	2,0%	6,8%	19,6%	28,4%
Total		n°	10	22	116	148
		% parcial	6,8%	14,9%	78,4%	100,0%
		% del Total	6,8%	14,9%	78,4%	100,0%

El análisis estadístico muestra un $p = 0,14$ para el Chi-cuadrado; por lo que no existe asociación entre el tipo de prótesis superior y la frecuencia de uso de las mismas en la segunda medición.

En relación a la frecuencia de uso de nuevas prótesis inferiores podemos observar la superioridad en la frecuencia de uso *siempre* para las prótesis parciales (59,5%) en relación a las totales (50,8%); la frecuencia de uso *a veces* es mayor para las prótesis totales (36,5%) en comparación a las parciales (26,6%) y se conserva la distribución similar para la frecuencia *nunca* (12,7% para la total y 13,9% para la parcial).

Tabla N° 11 Frecuencia de uso según tipo de prótesis inferiores.

		Uso nueva prótesis inferior				
		nunca	a veces	siempre	Total	
Tipo Prótesis Inferior	total	n°	8	23	32	63
		% parcial	12,7%	36,5%	50,8%	100,0%
		% del Total	5,6%	16,2%	22,5%	44,4%
	parcial	n°	11	21	47	79
		% parcial	13,9%	26,6%	59,5%	100,0%
		% del Total	7,7%	14,8%	33,1%	55,6%
Total		n°	19	44	79	142
		% parcial	13,4%	31,0%	55,6%	100,0%
		% del Total	13,4%	31,0%	55,6%	100,0%

El resultado muestra un $p = 0,44$ para el Chi-cuadrado; por lo que no existe asociación entre el tipo de prótesis inferior y su frecuencia de uso.

b.- Salud Mental y Uso de Prótesis

Respecto al estado de Salud Mental evaluado con Goldberg, luego de la rehabilitación, la mayoría de los individuos (82,6%) pertenece a la categoría *no ansioso* y esta categoría es la que presenta el más alto porcentaje en el uso permanente (*siempre*) de sus aparatos protésicos (57,7%).

Tabla N° 12 Frecuencia de uso de nuevos juegos de prótesis en relación al estado de salud mental.

		Uso nuevo juego prótesis			Total	
		nunca	a veces	siempre		
Diagnóstico	no ansioso	n°	16	36	71	123
Goldberg		% parcial	13,0%	29,3%	57,7%	100,0%
Final		% del Total	10,7%	24,2%	47,7%	82,6%
	ansioso	n°	5	10	11	26
		% parcial	19,2%	38,5%	42,3%	100,0%
		% del Total	3,4%	6,7%	7,4%	17,4%
Total		n°	21	46	82	149
		% parcial	14,1%	30,9%	55,0%	100,0%
		% del Total	14,1%	30,9%	55,0%	100,0%

El resultado del análisis estadístico entrega un $p = 0,34$ para el Chi-cuadrado; lo que muestra que no existe relación entre la frecuencia de uso protésico y el estado de salud mental.

c.- Autopercepción de Salud Oral y Uso de Prótesis

En relación a la autopercepción evaluada con el test GOHAI luego de la rehabilitación, en la Tabla N° 13 es posible observar que entre los individuos con buena autopercepción de su salud oral, destaca el alto porcentaje que usa sus prótesis en forma permanente (*siempre*). Por otro lado, en los individuos que perciben su salud oral como *mala* hay un 43% que usa sus prótesis en forma esporádica (*a veces*) y un 24,1% que no las usa (*nunca*).

Debemos considerar que un 38,9% de individuos de la muestra total, independiente de las frecuencias de uso, tienen una *mala* autopercepción de su salud oral.

Tabla N° 13 Frecuencia de uso de nuevos juegos de prótesis en relación a la autopercepción de salud oral.

		Uso nuevo juego prótesis			Total	
		nunca	a veces	siempre		
Categoría GOHAI Final	malo	nº	14	25	19	58
		% parcial	24,1%	43,1%	32,8%	100,0%
		% del Total	9,4%	16,8%	12,8%	38,9%
	regular	nº	5	14	28	47
		% parcial	10,6%	29,8%	59,6%	100,0%
		% del Total	3,4%	9,4%	18,8%	31,5%
	bueno	nº	2	7	35	44
		% parcial	4,5%	15,9%	79,5%	100,0%
		% del Total	1,3%	4,7%	23,5%	29,5%
Total	nº	21	46	82	149	
	% parcial	14,1%	30,9%	55,0%	100,0%	
	% del Total	14,1%	30,9%	55,0%	100,0%	

La asociación entre ambas variables mostró ser estadísticamente significativa con un $p = 0,00$ para el Chi-cuadrado; por lo que existe asociación entre autopercepción de salud oral y la frecuencia de uso del juego de prótesis.

d.- Calidad Técnica y Uso de Prótesis

En relación a la calidad técnica de las nuevas prótesis medida a través del cuestionario CET, en la Tabla N° 14 se observa que un 63,4% de los individuos que tienen prótesis de *buena* calidad técnica (IV) las usan *siempre*, sin embargo existe un alto porcentaje de individuos (50%) que tienen prótesis de *mala* calidad técnica (I) y que también las usan permanentemente (*siempre*).

Por otro lado el mayor porcentaje (25%) de individuos que no usan sus prótesis (*nunca*) se observa en las prótesis de peor calidad técnica (I).

Tabla N° 14 Frecuencia de uso del nuevo juego de prótesis en relación a su calidad técnica.

		Uso nuevo juego prótesis			Total	
		nunca	a veces	siempre		
Categoría CET	I	n°	2	2	4	8
		% parcial	25,0%	25,0%	50,0%	100,0%
		% del Total	1,3%	1,3%	2,7%	5,4%
	II	n°	7	10	16	33
		% parcial	21,2%	30,3%	48,5%	100,0%
		% del Total	4,7%	6,7%	10,7%	22,1%
	III	n°	9	22	36	67
		% parcial	13,4%	32,8%	53,7%	100,0%
		% del Total	6,0%	14,8%	24,2%	45,0%
IV	n°	3	12	26	41	
	% parcial	7,3%	29,3%	63,4%	100,0%	
	% del Total	2,0%	8,1%	17,4%	27,5%	
Total	n°	21	46	82	149	
	% parcial	14,1%	30,9%	55,0%	100,0%	
	% del Total	14,1%	30,9%	55,0%	100,0%	

El análisis estadístico entregó un $p= 0,64$ para el Chi-cuadrado; por lo que no existe asociación entre calidad técnica y la frecuencia de uso del juego de prótesis.

e.- Experiencia previa y Uso de Prótesis

Con respecto a la frecuencia de uso de los nuevos juegos de prótesis en relación a la experiencia previa de los individuos, podemos observar en la Tabla N° 15 que independiente de la frecuencia de uso de sus antiguas prótesis (medición inicial) todos los individuos tienden a usar en un mayor porcentaje sus nuevas prótesis en forma permanente (*siempre*), presentando el más alto porcentaje (63,6%) los individuos que inicialmente usaban *siempre* sus antiguas prótesis. Luego de rehabilitados un 55% de los individuos indica usar *siempre* sus nuevas prótesis. Entre los que *no tenían* o *no usaban* sus antiguas prótesis , aproximadamente un 20% no usa sus nuevas prótesis.

Tabla N° 15 Frecuencia de uso de nuevos juegos de prótesis en relación a la experiencia previa.

		Uso nuevo juego prótesis				
		nunca	a veces	siempre	Total	
Uso antiguo juego prótesis	no tiene	n°	6	12	13	31
		% parcial	19,4%	38,7%	41,9%	100,0%
		% del Total	4,0%	8,1%	8,7%	20,8%
	nunca	n°	5	9	10	24
		% parcial	20,8%	37,5%	41,7%	100,0%
		% del Total	3,4%	6,0%	6,7%	16,1%
	a veces	n°	4	3	10	17
		% parcial	23,5%	17,6%	58,8%	100,0%
		% del Total	2,7%	2,0%	6,7%	11,4%
	siempre	n°	6	22	49	77
		% parcial	7,8%	28,6%	63,6%	100,0%
		% del Total	4,0%	14,8%	32,9%	51,7%
Total	n°	21	46	82	149	
	% parcial	14,1%	30,9%	55,0%	100,0%	
	% del Total	14,1%	30,9%	55,0%	100,0%	

Aplicado el Chi-cuadrado resultó un $p = 0,14$ para; lo que muestra que no existe relación entre la frecuencia de uso protésico y la experiencia previa.

f.- Análisis de Regresión Logística de los factores que influyen en el uso de prótesis en adultos mayores recién rehabilitados.

De los 149 individuos en la medición inicial sólo 118 pacientes presentaba rehabilitación protésica constituyendo un 79,2%.

Para éste análisis la variable, uso de prótesis, se dicotomizó en : usa (*a veces* y *siempre*) y no usa (*nunca* y *no tiene*). Para la medición final se dicotomizó la variable de igual forma, pero considerando que la frecuencia *no tiene* ya no existe debido a que todos los pacientes se rehabilitaron.

Se consideró el análisis de regresión logística para la frecuencia de uso de antiguos juegos de prótesis removibles las variables independientes sexo, edad, estado de salud mental y autopercepción de salud oral. Sólo autopercepción de la salud bucal, resultó con una asociación estadísticamente significativa con un $p = 0,007$ (Tabla N° 16). Se destaca que al aumentar la categoría GOHAI del paciente a *buena*, aumenta la probabilidad de uso permanente (*siempre*) de las prótesis y además que al pasar de una mala a una regular percepción de salud bucal, aumenta la probabilidad de uso ocasional (*a veces*) o permanente (*siempre*) de las mismas.

Tabla N° 16

Medición Inicial

	P	Odd Ratio	I.C. 95,0% para Odd Ratio	
			Inferior	Superior
Paso 1(a) gohai1	,007	2,612	1,293	5,277
Constante	,139	,503		

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: gohai1.

En la segunda medición el total de los individuos presentaba rehabilitación protésica.

Se consideró el análisis de regresión logística para la frecuencia de uso de nuevas prótesis removibles las variables independientes sexo, edad, estado de salud mental, calidad técnica de las prótesis, autopercepción de salud oral y experiencia previa del individuo. Sólo la edad con un $p = 0,031$ y la autopercepción de salud oral con un $p = 0,007$, resultaron con una asociación estadísticamente significativa (Tabla N° 17). Se destaca que al aumentar la edad y mejorar la autopercepción de su salud oral, se presenta una situación que favorece el uso de prótesis.

Tabla N° 17

Segunda Medición

	P	Odd Ratio	I.C. 95,0% para Odd Ratio	
			Inferior	Superior
Paso 1(a) gohai2	,007	2,610	1,304	5,222
Constante	,743	1,209		
Paso 2(b) Catedad	,031	9,604	1,226	75,243
gohai2	,007	2,629	1,298	5,322
Constante	,057	,088		

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: gohai2.

b Variable(s) introducida(s) en el paso 2: catedad.

VII DISCUSIÓN

Para el análisis de regresión logística en el presente estudio se encontró que en la medición inicial, la frecuencia de uso protésico tuvo relación estadísticamente significativa con la autopercepción de la salud bucal. En la segunda medición, la edad y la autopercepción de salud oral tuvieron relación estadísticamente significativa con la frecuencia de uso protésico. Cabe hacer notar que la mayor asociación la entrega la autopercepción de la salud oral.

Es importante destacar que no existe coincidencia en la medición inicial en ambos test estadísticos , y esto podría deberse a la dicotomización para la frecuencia de uso para el análisis de regresión logística.

En la distribución de la muestra, se observa que la mayoría de los participantes (64,4%) fue de sexo femenino. Según diversos estudios esto se explicaría por la mayor esperanza de vida de las mujeres (134), un mayor número de mujeres inscritas en los servicios públicos de salud nacional (135) y una mayor preocupación y demanda de salud general y oral de éstas, mostrándose más exigentes en relación al tema y quizás,

eso explique, de alguna forma el rechazo de los nuevos tratamientos protésicos traduciéndose en un *no uso* en un porcentaje más alto que en los hombres. Es importante considerar que las mujeres cruzan en este período (post-menopausia) por una etapa de profundos cambios y se ha visto que se vuelven muy irritables frente a diversas situaciones de la vida que podría también influir en nuestros tratamientos ya que contrario a la bibliografía (25,71,72), en este estudio se obtuvo que son los hombres (62,3%) quienes más utilizan sus juegos protésicos nuevos.

Los pacientes de más edad han relatado encontrarse más satisfechos con prótesis mal ajustadas y menos dispuestos a solicitar su mejoramiento (73); por lo que tal vez al presentar mayor satisfacción con las rehabilitaciones que se les realizan, es que se apreció la tendencia que los individuos mayores (75 años y más) usan en un más alto porcentaje *siempre* sus nuevos juegos de prótesis (69%) y a la vez son estos individuos los que un menor porcentaje no usan (*nunca*) sus prótesis (2,4%).

Esto puede deberse a que en general estos individuos en esta etapa se encuentran en su mayoría solos, con su salud deteriorada y con escasas motivaciones, que les impiden realizar todo lo necesario para lograr una rehabilitación óptima (controles, reparaciones, ajustes) y por lo tanto simplemente se conforman.

Cabe destacar que el grupo de menos edad (60-74 años) es el que mayoritariamente no contaba con rehabilitación protésica (23,4%) al inicio del estudio.

Los sujetos portadores de prótesis removible que presentan algún grado de deterioro mental relatan tener más problemas y menor satisfacción con sus prótesis nuevas, por lo que el sólo hecho de rehabilitarlos protésicamente no mejora su

condición psicológica. Además puede que al momento de confeccionar las nuevas prótesis ya estaban insatisfechos con su condición dental (103).

En nuestro estudio se presenta una disminución de sólo el 2,7% de los pacientes evaluados como *ansiosos*. Por otro lado los porcentajes de individuos evaluados como *no ansiosos* resultaron similares tanto al inicio del estudio (79,9%) como al final de éste (82,6%). Sin embargo, la literatura indica que en pacientes con deterioro mental a mayor cantidad de piezas ausentes, se presentaría más satisfacción con la rehabilitación oral, debido a que se lograría un mayor confort bucal (103).

Si bien el estado de salud mental fue una de las variables incorporadas en el análisis de los factores que influyen en la frecuencia de uso de prótesis, en ninguna de las mediciones su efecto fue significativo.

Este estudio mostró también que luego de la rehabilitación protésica, los valores en la frecuencia de uso de prótesis superior e inferior se mantienen en general y no se observan grandes diferencias a excepción de un leve aumento en la frecuencia de uso esporádico (*a veces*), para la prótesis inferior parcial con una potencial transformación a la frecuencia *nunca* ya que cuando un paciente no usa sus prótesis en forma permanente se pueden producir cambios en el maxilar que podrían terminar en un desajuste completo de la prótesis.

Se destacó una considerable mejor autopercepción de la salud oral. Al inicio sólo un 9% tenía buena autopercepción y aumentó tras la rehabilitación a un 29%. Por otro lado la autopercepción percibida como *mala* disminuyó de un 75,2% a un 38,9%.

Nuestro estudio muestra que los adultos mayores que reciben tratamiento protésico parcial o total mejoran significativamente su calidad de vida en relación a la

salud oral. Estos resultados coinciden con investigaciones internacionales que utilizando instrumentos específicos de salud oral, determinaron que la percepción mejora con todos los tratamientos protésicos realizados (129).

El objetivo de medir la calidad de vida junto con la historia clínica y el examen físico es proporcionar información cuantificable y completa, útil para establecer el diagnóstico, elegir el tratamiento y monitorizar su éxito (136). Es por esto que cabe destacar que las posibilidades de uso de los instrumentos que evalúan calidad de vida relacionada con la salud oral son las siguientes (136):

6. Evaluación y monitoreo de problemas psicosociales asociados a problemas de salud oral.
7. Estudios poblacionales para evaluar percepción de la salud oral.
8. Auditorias odontológicas.
9. Ensayos clínicos.
10. Análisis de costo-utilidad de tratamientos odontológicos.

Consideramos que la mejor autopercepción de la salud oral puede deberse a la rehabilitación protésica pero no exclusivamente ya que factores como la posibilidad de acceder a atención dental, así como la incorporación a éste estudio, podrían haber condicionado estos resultados.

Al considerar el uso de prótesis luego de la rehabilitación protésica, determinamos que el porcentaje de pacientes que usa sus nuevas prótesis en forma permanente (*siempre*) sólo aumentó un 3,3%; pero si consideramos el uso ocasional (*a veces*) y permanente (*siempre*) en conjunto, podemos observar que el aumento en su uso es de un 22,8%. Cabe destacar que un 20,8% de los individuos no poseía prótesis inicialmente.

Nuestros resultados coinciden con lo descrito en la literatura que indica que cuando la experiencia previa del paciente ha sido favorable y ha usado sus prótesis continuamente, hay mayor probabilidad de una conducta similar con el tratamiento futuro (92,93), lo que se puede observar en que la mayor frecuencia de uso permanente (*siempre*) de las nuevas prótesis (63,6%) la presentaban aquellos individuos que usaban *siempre* sus antiguas prótesis. Sin embargo sólo hubo un aumento de un 3,3% del uso permanente (*siempre*) de las prótesis.

Cabe considerar que sólo registrábamos la experiencia previa de los individuos como presente o ausente, por lo que sería de suma importancia tener la información acerca de su opinión sobre la atención clínica antes recibida y sus anteriores experiencias odontológicas, para poder predecir de una mejor manera la posible conducta del paciente y aumentar las probabilidades de éxito de la futura rehabilitación.

En un trabajo anterior, se determinó que las prótesis que más fallas técnicas presentan son las prótesis inferiores y con mayor frecuencia las totales, en especial en relación con la respuesta a fuerzas extrusivas, control lingual, y límite lingual (129); esto podría influir en el mayor porcentaje de frecuencia de uso de prótesis superiores totales. Por otra parte con respecto a las prótesis parciales superiores uno de los requisitos que menos se cumple es el color –forma-tamaño de los dientes, mostrando la poca variedad de dientes artificiales usados por los laboratorios en convenio con los servicios dentales y la baja exigencia de estándares estéticos de los mismos; esto explicaría el mayor porcentaje de uso de prótesis parciales inferiores (129).

La mayoría de las nuevas prótesis cumplen con los parámetros de calidad técnica medidos, y esto se ve reflejado en el alto porcentaje de prótesis que conformaron los grupos III (45%) y IV (27,5%) para la evaluación CET. Sin embargo, independiente

de la calidad técnica protésica, todos los individuos tienden a usar en un mayor porcentaje permanentemente (*siempre*) sus prótesis. Cabe destacar que en la medida que empeora la calidad técnica protésica, tienden a aumentar los individuos que no usan sus prótesis y en la medida que mejora la misma, aumenta la frecuencia de uso protésico esporádico o permanente.

Varios estudios demuestran que algunos pacientes portadores de prótesis removible se encuentran conformes con ellas, a pesar de las imperfecciones que presenten (82, 83, 84, 85) y esto se ve reflejado en nuestro trabajo donde las prótesis de peor calidad técnica (I) de igual forma son usadas en un mayor porcentaje en forma permanente. Esto indicaría que la calidad técnica no influiría mayormente en la frecuencia de uso de prótesis.

Sabemos que las prótesis removibles acrílicas confeccionadas en los servicios odontológicos de los diferentes servicios de salud de la región metropolitana, presenten una gran variedad y alta frecuencia de defectos técnico que involucran oclusión, soporte, retención, estabilidad, extensión de los límites protésicos, aspectos estéticos y de terminación y también a la falta de controles post rehabilitación (129).

Que la calidad técnica deficiente no se relacione con el uso de prótesis y con los niveles de salud percibidos no debe ser excusa para la confección de prótesis de baja calidad, ya que se ha demostrado que una rehabilitación en buen estado devuelve la función masticatoria mejorando considerablemente el estado nutricional de los adultos mayores (13, 35)

VIII CONCLUSIONES

- La frecuencia de uso de prótesis removible está relacionada directamente con la edad del individuo y con la autopercepción que éste tenga de su salud oral.
- Los factores: sexo, tipo de prótesis, salud mental, experiencia previa y calidad técnica protésica , no influyen en la frecuencia de uso de prótesis removible en adultos mayores recién rehabilitados .
- La autopercepción del individuo sobre su salud oral es el factor que más influye en el uso de prótesis removible.

IX SUGERENCIAS

En la práctica pública y privada se debiera fomentar el uso de instrumentos de medición estandarizados que permitan evaluar aspectos como la percepción que tienen las personas de su salud oral ya que ésta influye en su calidad de vida.

De este modo es posible encaminar las terapias hacia el bienestar completo del individuo, logrando así el objetivo final de la salud pública moderna que es no sólo extender la duración del bienestar físico, sino que contribuir a mejorar la calidad de vida de toda la población.

Se sugiere que los Servicios de Salud Pública realicen controles post tratamiento y se otorguen las facilidades necesarias para corregir defectos que las prótesis puedan presentar y así evitar consecuencias. Además se sugiere que se motive a los adultos mayores a asistir a estos controles.

Consideramos que sería de gran interés realizar un estudio similar al actual que permita responder qué sucede con ese porcentaje de pacientes que pese a la rehabilitación y a todos los esfuerzos que hay tras ellos continúan sin hacer uso de sus prótesis.

X RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores que influyen en el uso de prótesis removible en adultos mayores recién rehabilitados.

Metodología: Se desarrolló un estudio Cuasi Experimental de tipo descriptivo, con una medición previa y otra posterior al tratamiento protésico. La muestra estuvo constituida por 200 adultos mayores de 60 años, de ambos sexos, desdentados parciales o totales, de diferentes áreas de la Región Metropolitana, que fueron atendidos en Servicio Públicos de salud para realizarse una rehabilitación oral en base a prótesis acrílicas parciales o totales inferiores, superiores o ambas y que fueron ingresados al grupo experimental del proyecto. El 25.5% de la muestra se excluyó del estudio, ya que, no cumplía con los criterios de selección quedando una muestra final de 149 pacientes.

El tipo de prótesis y la experiencia previa a tratamiento protésico se consignaron en la ficha como respuestas dicotómicas.

La calidad técnica de las prótesis removibles se midió con un Cuestionario de Evaluación Técnica (CET). Consta de 26 ítems con respuestas dicotómicas aplicables a prótesis totales y/o parciales superiores e inferiores. Se consideraron ítems para evaluar oclusión, estética, extensión, retención, soporte, estabilidad, adaptación de los retenedores, zonas de alivio de los tejidos blandos y duros, y las características de la terminación de las prótesis. Se estableció, de manera descriptiva, categorías según porcentajes de ítems aprobados en el CET; estas categorías van de 0 a 25%, de 26% a 50%, de 51% a 75% y de 76% a 100% (36).

El estado de salud mental fue medido a través de la Escala de Goldberg, Cuestionario de Salud General-General Health Questionnaire GHQ. Se utilizó la versión de 12 ítems (única validada en Chile), donde cada pregunta tiene cuatro categorías de respuestas. El rango de puntaje de 12, mínimo 0 – máximo 12. Cada pregunta formulada, de manera que expresa un síntoma, tiene cuatro posibles respuestas. Las dos primeras respuestas “menos o igual que de costumbre”, toman el valor 0 y las respuestas “más o mucho más que de costumbre”, toman el valor 1. Se utilizó el punto de corte 5 para determinar las categorías de diagnóstico dicotómicas. Un puntaje mayor o igual a 5 indica posibles trastornos ansioso-depresivos y un puntaje menor a 5 indica la ausencia de trastornos.

La percepción de la salud oral se midió con la prueba de GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index). Esta prueba consta de 12 ítems y fue desarrollada para ser usada en población adulto mayor. Mide los problemas funcionales orales reportados por los pacientes y evalúa el impacto psicosocial, asociados al estado de salud oral.

Todos los datos recogidos fueron sometidos a los análisis estadísticos mediante los paquetes computacionales SSPSS 10.0 (paquete estadístico para las ciencias sociales).

Se aplicó la prueba del Chi cuadrado para determinar la asociación estadística con respecto a la frecuencia de uso y verificar si los resultados son estadísticamente significativos, considerándose estadísticamente significativos los valores de p igual o menor a 0,05.

Se aplicó el test de Regresión Logística para determinar cual es la variable con mayor influencia con respecto a la frecuencia de uso, con un p menor o igual a 0,05..

Resultados: En el presente estudio se encontró relación estadísticamente significativa en la primera medición, sólo entre el factor categoría de edad y frecuencia de uso del juego de prótesis para Chi cuadrado y entre autopercepción para el análisis de regresión logística, y en la segunda medición los factores categoría de edad y autopercepción de salud oral en el análisis de regresión logística tuvieron relación estadísticamente significativa con la frecuencia de uso del juego de prótesis.

Conclusiones: La frecuencia de uso está relacionada directamente con la edad del paciente y con la autopercepción que éste tenga de su salud oral.

XI BIBLIOGRAFÍA

- 1) INE, "Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad, total país 1950- 2050". Dpto. de Estadísticas Demográficas y Sociales, Ed INE, Chile, 1995; pg. 95.
- 2) Felce, D y Perry, J. "Quality of life: it is definition and measurement." Research in developmental disabilitie, 1995. vol16 (1), pg: 51-74.
- 3) Rivera, O." Relación entre Autopercepción de Salud Oral y Calidad de Vida relacionada a la Salud en Adultos Mayores con y sin rehabilitación oral". Trabajo de Investigación requisito para optar al título de cirujano Dentista .Facultad de Odontología, Universidad de Chile, 2003.
- 4) www.minsal.cl/ici/destacados/folleto%20finalpdf
- 5) OPS/PER: Autocuidado de la salud para el adulto mayor: Manual de información para profesionales."proceso de envejecimiento". / Perú. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social; Perú. Instituto Nacional de Bienestar Familiar. Lima: MIMDES, 2003. pp 19-31.
- 6) Soto, R. et al. "Estado de la Salud Bucal y Nutricional de Adultos Mayores". Geriatrika, 1994; 2, pg: 35-38.
- 7) Gamonal, J. "Prevalencia de Enfermedades Periodontales y de Caries Dental en la Población de 35-44 y de 65-74 años de nivel socioeconómico bajo y medio bajo de la Región Metropolitana, y determinación de los recursos humanos necesarios para su tratamiento". Tesis para postular al grado de Magíster en Ciencias Odontológicas con Mención en periodontología. Facultad de Odontología Universidad de Chile, 1996.
- 8) Aranguiz, V."Prevención y cuidados de la salud bucal en tiempo nuevo para el adulto mayor. (Marin P. Ed.). Vicerrectoria académica, Pontificia Universidad Católica de Chile. 1994, pg.:239-254.
- 9) Bernal, A. "Estudio descriptivo del estado de salud oral y necesidades de tratamiento en un grupo de senescentes". Trabajo de Investigación para optar al título de cirujano-dentista. Facultad de Odontología, Universidad de Chile, 1985.
- 10) Espinoza, I. "Prevalencia de lesiones de la mucosa oral en el adulto mayor de la provincia de Santiago, región metropolitana". Tesis para optar al grado de magíster en ciencias odontológicas con mención en patología oral. 2001.
- 11) <http://deis.minsal.cl>.
- 12) Marin, P. "Tiempo Nuevo para el Adulto Mayor. Enfoque interdisciplinario".Pontificia Universidad Católica de Chile.1993 págs 12-13; 167- 170.
- 13) Brodeur, J. Nutrient intake and gastrointestinal disorders related to masticatory performance in the edentulous elderly. J. Prosthet Dent. 1993, 70: 468-73.
- 14) Barrientos M, Peric K, Sepulveda R, Von Martens. "¿En Consultorios? Implantes y Prótesis Removible en la Tercera Edad" Rev Tecnología Dental. 2002: 71-79
- 15) Van Wass Maj, Meeuwissen Jh, Meeuwissen R, Káyser AF, Kalk W, Van't Hof MA. "Relationship Between Wearing a Removable Partial Denture and Satisfaction in the Elderly". Community Dent Oral Epidemiol.1994; 22: 315-8
- 16) Wakavayashi N, Yatabe M, AI M, Sato M, Nakamura K. "The Influence of Some Demographic and clinical Variables on Psychosomatic Traits of Patients Requesting -replacement Removable Partial Dentures".Journal of Oral Rehabilitation. 1998; 25: 507-512.
- 17) Yeung A.L.P, Lo E.C.M, Clark R.K.F, Chow T.W. "Usage and Status of Coalt-Chromium Removable Partial Dentures 5-6 years After Placement". Journal of Oral Rehabilitation. 2002; 29:127-132.
- 18) Dominguez,O. "Vejez y Envejecimiento". Cuadernos del departamento de Salud Pública, División de Ciencias Médicas del Sur, Facultad de Medicina, U. de Chile. Edit. Universitaria. (58):7-39. 1988.
- 19) INE, "Índice General: Censo 2002. Resultados". Vol. 1 población-país-región. Impresión Empresa periodística La nación S.A.: Sgto., Chile. Mar 2003; pág 45-49.

- 20) Anzola,E., Galinsky, D. "La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa", Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica n° 546. 1994. pg: 3-19.
- 21) <http://www.ine.cl/23-otras/pdf/mayor.pdf>.
- 22) INE, "Chile Anuario de Estadísticas Vitales 2000".Ed INE, Chile 2002,pg 27.
- 23) Ministerio de Salud de Chile, www. MINSAL.cl., Programas de personas, Adulto Mayor.
- 24) MINSAL. <http://www.minsal.cl>
- 25) "Situación de la Salud en Chile". Análisis de la VIII Encuesta de Caracterización Socio- Económica Nacional (CASEN 2000) Documento N°5 MIDEPLAN <http://www.mideplan.cl>.
- 26) Ors Montenegro, A; Laguna Pérez, A. "Reflexiones sobre el envejecimiento y la calidad de vida". Departamento de Enfermería Universidad de Alicante. Apdo 99/E-03080 Alicante.
- 27) Misrachi C, Lamadrid S. "Salud Oral y Conductas Asociadas en Adultos Mayores de Bajos Recursos". Cuadernos Médico Sociales XXXVIII, 1997. 4: 79-86.
- 28) Misrachi C, Sepulveda H, Lamadrid S. "Situación Protésica y Conductas asociadas en Adultos Mayores de nivel Socioeconómico Medio-alto y Bajo". Rev Dent de Chile. 2002; 9381: 10-16.
- 29) Lamadrid S, Misrachi C. "Percepciones y Actitudes hacia la Atención Dental de Adultos mayores de Bajos Recursos". Rev Dental de Chile.1999; 90 (2):3-8.
- 30) Levy B. Disease-related changes in older adults. Geriatric dentistry: aging and oral health. Eds. Papas A, Niessen L y Chauncevy. 1991, pp 83-102.
- 31) Drummond J, Newton J, Scott J."Oralfacial aging". Barnes Wright y wall Wrigh gerodontology ed. pp17-28.
- 32) Chaucey HH. The effect of the loss teeth on diet and nutrition. Int. Dent. J. 1984;34;pp 98-104.
- 33) Wayler AH. Impact of complete deentures and impaired natural dentition and masticatory performance and food choice in health aging men. J. Prosthetic Dentistry 1983, 49(3); pp 427-433.
- 34) Nishumura Y, Atwood D. "Knife-edge residual ridges: a clinical report". J. Prosthetic Dentistry 1994; 71: 231-234
- 35) Knapp A. Nutrition and oral health in the elderly. Geriatric Dentistry. Dental clin of North AM. 1989; 33 (1); pp 109-125.
- 36) Baxter C. Relationship of osteoporosis to excessive residual ridge resorption. J. Prosthetic Dentistry 1981; 46; pp 123-125.
- 37) Bademer O. La salud dental en la vejez. Cuaderno del departamento de salud publica. Fac. de Medicina. Universidad de Chile: Vejez y envejecimiento. 1987; 2; pp 9-12.
- 38) Cox C y col. "Reparative dentin: Factors affecting its Deposition". Quintessence Int.1992; 23: 257-270.
- 39) Seichter U. Root surface caries: a critical literature review. J.AM Dent Assoc .1987; 15: pp305.
- 40) OPS. La atención de los ancianos, un desafío para los años noventa: afecciones orales. 1994:pp199.
- 41) Slade GD, Spencer AJ, Locker D, Hunt FJ, Strauss RP, Beck JD. Variations in the social impact of oral conditions among older adults in South Australia, Ontario and North Carolina. J Dent Res 1996; 75(7): 1439-1450.
- 42) Slade GD, Hoskin GW, Spencer AJ. Trends and fluctuations in the impact of oral conditions among older adults during a one year period. Community Dentistry and Oral Epidemiology 1996; 24: 317-321.
- 43) Misrachi C, Lamadrid S. Salud oral y conductas asociadas en adulto mayor de bajo recurso. Cuadernos médicos sociales.1997; 37(4): pp 22-29.
- 44) Maturana H. "La Ética del respeto mutuo". Instituto de formación matriztica http://web.matriztica.org/555/article_-2165.html

- 45) Gunnar, C. "Clinical Morbidity and sequelae of treatment with complete dentures". J Prosthet Dent. 79(1):17-23. 1998.
- 46) Garret, N. "et al". "Effects of improvements of poorly fitting dentures and new dentures on masseter activity during chewing". J. Prosthet Dent. 76(4):394-402.1996.
- 47) Tallgren, A" "The continuing reduction of the residual alveolar ridges in complete denture wearers: A mixed longitudinal study covering 25 years". J. Prosthet. Dent. 27(2): 120-132. 1972.
- 48) Holm-Pedersen, P. Loe, H. "Text Book of geriatric Dentistry". Diseases in oral mucous Membranes and salivary Glands, 2nd edition. Munksgaard, copenhagen, 1996. 584 p. 406-28. Cap 24.
- 49) Saizar, P. "Prostodoncia total" Segunda edición Buenos Aires Argentina 1972 494p. p. 111-125 Cap. 6.
- 50) Holm-Pedersen, P. Loe, H. "Text Book of geriatric Dentistry".Prosthetic considerations in geriatric dentistry, 2nd edition. . Munksgaard, copenhagen, 1996. 584 p. 446-66. Cap 26.
- 51) Rodriguez-A., "et al". "Denture stomatitis quantification of interleukin-2 production by mononuclear blood cells cultured with Candida Albicans" J Prosthet Dent. 1996; 75:426-431.
- 52) Svensson P, Kaaber S. "Geriatric health factors and denture function in patients with burning mouth syndrome and matched control subjects". J. Oral Rehabil 1995; 22:887-895.
- 53) Bergdahl J, Anneroth G, Perris H. "Personality characteristics of patients with resistant burning mouth syndrome" Acta Odontol Scand. 1995; 53: 7-11.
- 54) Holm-Pedersen, P. Loe, H. "Text Book of geriatric Dentistry".Fixed prosthodontics in geriatric dentistry, 2nd edition. . Munksgaard, copenhagen, 1996. 584 p. 467-82. Cap 27.
- 55) Angus WG, Jimmy G "et al". "Oral Health and nutrition in older people". Journal of public Health dentistry. 2000; 60(4): 304-7.
- 56) Marshall, T. "et al". "Oral health, nutrients intake and dietary quality in the very old". JADA, 2002; 133:1369-79.
- 57) Saizar P., "Prostodoncia Total" Segunda edición Buenos Aires Argentina 1972 494p. P. 69-91 Cap. IV.
- 58) Vélez, C. 2et al". "Tratamiento estético integral del sector anterior de la boca" Magazine internacional collage of Dentisis section four, Vol. 10 N°1, Pág. 108, 2002.
- 59) Carvajal C, Sarmiento M. "Determinación de la Relación entre Satisfacción Derivada de la Rehabilitación Protésica y su Calidad Técnica". Trabajo de Investigación para optar al Título de Cirujano Dentista .Facultad de Odontología Universidad de Chile, 2003.
- 60) Oral health Strategy Group. An Oral Health Strategy for England. London: Departament of Health, 1994
- 61) <http://www.fondef.cl/fondef/informativo/implantes%20dentales.html>
- 62) Heydecke G, et al. "Oral and General Health-related Quality of life with Conventional and Implant Dentures". Community oral dent epidemiol. Jun 2003; 31 (3), pg: 161-8.
- 63) Kressin et al. " Assessing Oral Health-Related Quality of life: Findings from the normartive aging study". Med Care 1996; 34, pg:416-27.
- 64) Dolan TA, Gooch BF, Bourque LB. "Association of self-reported dental health and general measures in the Rand Health Insurance Experiment". Community Dent Oral Epidemiol 1991, Feb; 19(1), pg:1-8.
- 65) Kapur KK, Soman SD. "Masticatory performance and efficiency in denture wearers". J. Prosthet Dent, 1964; 14(4), pg:687-94.
- 66) Locker D, et al." Oral health related quality of life on a population of medically compromised elderly people". Community Dent Health, Jun., 2002;19(2)pg.: 90-97.
- 67) Kapur KK, Soman SD. "Masticatory performance and efficiency in denture wearers". J. Prosthet Dent, 1964; 14(4), pg:687-94.

- 68) Coulter ID, et al. "Associations of self-reported oral Health with Physical and mental health in a nationally representative sample of HIV persons receiving medical care". *Qual Life Res*, feb, 2002 ;11 (1), pg: 57-70.
- 69) Papalia, D., Wendkos, S. "Desarrollo Humano". Ed. McGraw-Hill.inc, Colombia 1993; cap16. 692p; pg 529-557.
- 70) Hernández, Y. "Oral candidiasis in Sjögren's syndrome: Prevalence, clinical correlations, and treatment". *Oral Surg Med Oral Pathol* 1989; 68:324-9.
- 71) Langer,A. " Prosthodontic failures in patients with systemic disorders" *Journal of Oral Rehabilitation* 1979;(6):13-19.
- 72) Becker,A. "Osteoporosis risk factors in female dental patient. A preliminary report". *Journal Indiana Dental Association* 1997 Summer; 76(2): 15-9.
- 73) Muller F,Wahl G, Fuhr K. " Ages-related satisfaction with complete denture, desire for improvement and attitudes to implant to treatment".*Gerodontology*. 1994; 22:315-8.
- 74) Winkler, Prostodoncia Total,1982 pág101-109.
- 75) Ponce, M. Influencia de la rehabilitación oral en la salud mental y calidad de vida del senescente. Trabajo de Investigación requisito para optar al título de cirujano Dentista .Facultad de Odontología, Universidad de Chile, 2003.
- 76) Misrach C, Jimenez P, Abarca G. "Influencia de la calidad técnica protésica en la calidad de vida del adulto mayor". *Rev. Odontología Chilena* Vol(53).N|º 2.Dic 2005. pág 19-25.
- 77) Knezovi`c, Zlatari`c D, Celebi`c .A, Valenti`c – Peruzovi`c .M, Jerolimov .V, Panduri`c .J. A survey of treatment outcomes with removable partial dentures. *J Oral Rehabil* 2003 30, (8); 847-854.
- 78) Celebic A, Knezovic-Zlataric D. "A comparison of patient's satisfaction between complete and partial removable denture wearers". *J.Dent.* 2003 Sep; 31 (7): 445-51.
- 79) Kalw. Baat: "Patient's complaints and satisfaction 5 years after complete denture treatment". *Community Dent Oral Epidemiol*. 1990; 18:27-31.
- 80) Fenlon MR, Sherrif M, Walter JD. "An investigation of factor influencing patients use of new denture using structural equation modeling techniques". *Community dent Oral Epidemiol*. 200; 83:521-527.
- 81) Marinus AJ, van Waas. "The influence of clinical variables on patients satisfaction with complete dentures. " *J Prosthet Dent*. 1990; 63:307-10.
- 82) Frank RP, "et al". "Relationship between the standards of removable partial denture construction, clinical acceptability, and patient satisfaction. " *J Prosthet Dent*. 2000; 83:521-527. Golebiewska M, "et al". "Affective state and acceptance of denture in elderly patient" *Gerontology*. 1998; 15:8792.
- 83) Golebiewska M, "et al". "Affective state and acceptance of denture in elderly patient" *Gerontology*. 1998; 15:8792.
- 84) Mojon P, Mc Entee MI."Discrepancy between need from prosthodontic treatment and complains in an elderly population". *Community Dent Oral Epidemiol*. 1992; 20:48-52.
- 85) Pietrokovski J., "et al". "Oral findings in elderly nursing home residents in select countries: Quality of and satisfaction with complete dentadures". *J Prosthet Dent*. 1995; 73:132-5.
- 86) Mazurat, N. Mazurat, R. "Discuss before fabricating: communicating the realities of partial dentures therapy. Part I: Patient expectations". *J Can Dent Assoc*. 2003; 69(2):90-4.
- 87) Dilhe RL, "et al". "Factors associated with successful denture therapy." *J Prosthodont* 1996; 5(2):84-90.
- 88) Carlsson FE, Otterland A, Wentrom A. "Patients factors in appreciation complete denture." *J Prosthet Dent* 1990; 17:322-8.
- 89) Van Waas "Relationship between wearing a removable partial denture and satisfaction in the elderly". *Community Dent Oral Epidemiol*. 1994:22:315-8.
- 90) Heyink JW, Essen JH, schaub RMH: "Dentist and patient appraisal of complete dentures in Dutch elderly

- population.” *Community Dent Oral Epidemiol.* 1986; 14:323-6.
- 91) Frank Richard P, Milgrom Peter, Leroux Brian G, Hawkins NastalieR. “Treatment Outcomes with Mandibular Removable Partial Dentures:A population-based Study of Patient Sataisfaction”. *J Prosthet Dent* .1998; 80:36-45.
 - 92) Boucher C, Hickey J, Zarb G. *Prótesis para el desdentado total.* Edit. Mundi S.A.I.C y F. 1ª edición.Buenos Aires, Argentina. 1977, pág 69.
 - 93) Sainar P., *Prostodoncia total Segunda edición* Buenos Aires Argentina 1972 494p pag 138.
 - 94) www.sename.cl “Salud mental en el gran Santiago”. Análisis secundarios base de datos, Gobierno de Chile Servicio nacional de la mujer, febrero 2002.
 - 95) Marin P. “Enfermedad de Alzheimer. En *Gerontología Básica Lecturas Complementarias*” 1993 Pontificia Universidad Católica de Chile. Dirección de Educación a Distancia. Págs. 89-106.
 - 96) Donoso A, Venegas P, Villaroel C, Vasquez C. “Deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer inicial en adultos mayores”. *Rev Chil Neuro-psiquiat* 2001; 39:231-238.
 - 97) Franks A, Hedegard B.” *Odontología Geriátrica*”. Ed Labor S.A. España, 1976. 45-63.
 - 98) Friedlander AH, Norman DC. ”Late life depression: its oral health significance” *Int Dent J.*2003. Feb; 53(1): 41-50.
 - 99) Friedlander AH, Norman DC “Late-life Depression: Psychopathology, medical interventions and dental implications” *Oral Surg Oral Med Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 94(4): 404-12.
 - 100) Friedlander AH, Norman DC. ”Late life depression: its oral health significance” *Int Dent J.*2003. Feb; 53(1): 41-50.
 - 101) Friedlander AH, Norman DC “Late-life Depression: Psychopathology, medical interventions and dental implications” *Oral Surg Oral Med Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 94(4): 404-12.
 - 102) Friedman, N. “The influences of fear, anxiety and depression on the patient’s adaptive responses to complete dentures. Part II.” *The Journal Prosthetic Dentistry* 1988 Jan; 59(1): 45-8.
 - 103) Tuominen, R. Tuominen, M. “Relative value of dental procedures” *Comm Dent Oral Epidem* 1994; 22:319-22.
 - 104) Mc Cracken, Mc Givney.Carr.*Prótesis parcial removable.*10º Edic.Edit.médica panamericana. 2004.
 - 105) Acuña J, Rojas G, Fritsch R, Araya R. Síntomas Psiquiátricos y discapacidad en el gran Santiago. *Rev. Psiquiatría* (2000) XVII (4) 217-224.
 - 106) Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. “Common Mental Disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates”. *Br J Psychiatry* 2001; 178 :228-33.
 - 107) Rojas G, et al. “Trastornos cognitivos y emocionales en el senescente: detección y manejo por el médico general”. *Rev. Chil Neuro Psiquiat* 1995; 33 pg: 39-43.
 - 108) “Tissue T.Another look at self-rated health among the elderly”.*J Gerontology* (1972) 27:91-94.
 - 109) Wan T. “Predicting self assessed health status: a multivariate approach”. *Hith serv res* (1976) 11:464-477.
 - 110) Garrity TF, Some GW, Marx MB. “Factors ifluencing self assessment of health”. *Soc Sci Med* (1978) 12:77-81.
 - 111) Locker D, Millery. “Evaluation of Subjetive Oral Health Status Indicators”. *J Public Hlth Dent* (1994) 54: 167-176.
 - 112) König Cristian, Montenegro Uriel. “Influencia de las Funciones Cognitivas en la Percepción del Adulto Mayor sobre su salud oral”. Trabajo de Investigación para optar al Título de Cirujano Dentista .Facultad de Odontología Universidad de Chile, 2004.
 - 113) Gorroñoigoitia Iturbe A, Ibañez Perez F, Olaskoaga Arrate A. “Autopercepción de Salud en el Anciano: Relación con algunas variables socioeconómicas y de salud”. *Aten Primaria* (1992); 10(5): 771-6.

- 114) Fernandez Merino MC, Verez Vibero L, Gude SanPedro F. "Morbilidad Crónica y Autopercepción de salud en los ancianos de una comunidad rural". *Aten Primaria* (1996); 17(2): 108-112.
- 115) Raphael D, Brown I, Renwich R, Cava M, Weir N, Healthcote K. "The Quality of life of seniors living in the community: a conceptualization with implications for public health practice". *Can J Public Health* (1995); 86(4): 228-233.
- 116) Espejo Espejo J, Martinez de la Iglesia J, Aranda Lara JM, Rubio Cuadrado V, Enciso Berge I, Zunzunegui Pastor MV et al. "Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores socio sanitarios asociados" (proyecto ANCO) *aten Primaria* 1997; 20(1): 3-11.
- 117) Ruigomez A, Alonso J. "Validez de la medida de la capacidad funcional a través de las actividades básicas de la vida diaria en población anciana". *Rev Gerontol* 1996; 6: 215-223.
- 118) Fernandez J, Nebot M, Borrell C, Egea L. "Apoyo social y estado de salud percibido en población no institucionalizada de más de 60 años". *Gac Sanit* 1996; 10: 174-182.
- 119) Gomez Peligros A, Alonso Atienza MC, Menéndez Obregon JL, Chercoles Ruiz EM. "Salud percibida en los ancianos de la provincia de Toledo y su relación con variables sanitarias". *SEMER* 1993; 19: 595-599.
- 120) Seculi E, Fuste J, Brugulat P, Junca S, Rue M, Guillen M. "Percepción del estado de salud de varones y mujeres en las últimas etapas de la vida". *Gac Sanit* 2001; 15(3); 217-223.
- 121) Lindgren A-M, Svärdsudd K, Tibblin G. "Factors related to perceived health among elderly people": the Albertina project. *Age Ageing* 1994; 23: 328-33.
- 122) OPS. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Santa Fe de Bogotá, Colombia. 1992.
- 123) Ferrando J, Nebot M, Borrell C, Egea L. Apoyo social y estado de salud percibido en población no institucionalizada de más de 60 años. *Gac Sanit* 1996; 10: 174-182.
- 124) Ponce, M. Influencia de la rehabilitación oral en la salud mental y calidad de vida del senescente. Trabajo de Investigación requisito para optar al título de cirujano Dentista .Facultad de Odontología, Universidad de Chile, 2003.
- 125) Heydecke G, et al. "Oral and General Health-related Quality of life with Conventional and Implant Dentures". *Community oral dent epidemiol*. Jun 2003; 31 (3), pg: 161-8.
- 126) Mcgrath C, Bedi R. "Can dentures improve the quality of life of those who have experienced considerable tooth loss?" *Journal Dent* ,2001; 29 (4), pg :243-6.
- 127) Reiset, et al. "Impact of dental condition on patients quality of life". *Community dent oral epidemiol*, 1989; 17, pg:7 -10.
- 128) Martinez Lage JM, Martinez Lage Alvarez P. Concepto, Criterios diagnósticos y visión general de las demencias. En: López Prousa S, Vilata Franch J, Llinás Reglá J editors. *Manual de demencias*. 2nd ed. Barcelona, España: Prous Science, 2001; p. 29-55.
- 129) Jiménez Gómez .P, Sandoval Herrera .N. Influencia de la Calidad Técnica del tratamiento Protésico Removible en la Autopercepción de la Salud Oral del Adulto Mayor. Trabajo de Investigación requisito para optar al título de cirujano Dentista .Facultad de Odontología, Universidad de Chile, 2004.
- 130) Garcia C. "Manual para la utilización del cuestionario de Salud General de Goldberg. Adaptación Cubana" *Rev Cubana Gen Integr* 1999; 15(1): 88-97.
- 131) Prevalin DJ. "Multiple applications of GHQ-12 in general population sample: an investigation of long term retest effects". *Soc Psychiatry Epidemol* 2000; 35: 508-12.
- 132) Mc Cabe CJ, Thomas KJ, Brazier JE, Coleman P. "Measuring The Mental Health Status Of A Population: A Comparison Of The Ghq-12 And The Sf-36 (Mhi-5)." *Br J Psychiatry* 1996; 169(4): 516-21.
- 133) Atchison KA y Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ*. (1990) 4: 680-87.
- 134) Coulter ID, et al. "Associations of self-reported oral Health with Physical and mental health in a nationally representative sample of HIV persons receiving medical care". *Qual Life Res*, feb, 2002; 11 (1), pg 57-70.

- 135) Situación del adulto mayor en Chile .Casen 2000 .Documento N° 12. [www. mideplan .cl](http://www.mideplan.cl)
- 136) Misrachi C., Espinoza I. “Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud”.
Rev. Dental de Chile 2005;96(2): 28-36 .

XII ANEXOS

(Anexo N°1)

Consentimiento Informado

Esta es una invitación para que Usted participe en un importante estudio realizado por la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. Por favor lea cuidadosamente esta información antes de dar su consentimiento voluntario para participar.

Este estudio tiene como objetivo determinar como influye la rehabilitación bucal en la calidad de vida de los pacientes que se encuentren en tratamiento de prótesis. Para ello se le realizará una encuesta al iniciar el tratamiento, otra luego de tres meses de la anterior.

Las encuestas indagarán sobre aspectos de su salud, estado emocional y salud bucal con una duración total aproximada de 35 minutos.

Todos los datos aportados al personal del equipo de salud son de naturaleza confidencial y serán utilizados exclusivamente para los fines de este estudio. Usted no recibirá pago económico por su participación en el mismo.

Desde ya le agradecemos su colaboración. Usted es libre de no participar, respetando su posición. Si es de su interés puede solicitar información sobre el resultado de estas encuestas. Puede hacerlo a partir de Marzo 2003 a la Oficina de Educación Odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, Fono: 678 5039.

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

Nombre del paciente Firma

Nombre del Profesional Firma

(Anexo N°2)

CET

N° de P	Pregunta	Respuesta Marque con (x) lo que corresponda	
		Correcta (1)	Incorrecta (0)
P. 01	La Oclusión		
	Estética	Sí (1)	No (0)
P. 02	Línea de la Sonrisa (Totales)		
P. 03	Color- Forma-Tamaño (Parciales)		

	La extensión del límite posterior es	Correcto (1)	Incorrecto(0)
P. 04	Superior		
P. 05	Inferior		
	El límite vestibular		
p. 06	Superior		
p. 07	Inferior		
p. 08	Límite lingual		

	La respuesta a fuerzas intrusivas es	Buena (1)	Mala (0)
P. 09	Superior		
P. 10	Inferior		
	La respuesta a fuerzas extrusivas es	Buena (1)	Mala (0)
P. 11	Superior		
P. 12	Inferior		

	Estabilidad (sin movimiento)	Sí (1)	No (0)
P. 13	Superior		
P. 14	Inferior		
	Adaptación de los retenedores	Sí (1)	No (0)
P. 15	Superiores		
P. 16	Inferiores		
	Zona de alivio tejido blando	Sí (1)	No (0)
P. 17	Superior		
P. 18	Inferior		
	Zona de alivio tejido duro	Sí (1)	No (0)
P. 19	Superior		
P. 20	Inferior		

	Los márgenes o bordes de la prótesis se presentan:	Delgados (1)	Gruesos (0)
P. 21	Superior		
P. 22	Inferior		
	Los márgenes o bordes de la prótesis se presentan:	Romos (1)	Filosos (0)
P. 23	Superior		
P. 24	Inferior		
	Superficie de acrílico	Lisa (1)	Irregular (0)
P. 25	Superior		
P. 26	Inferior		

(Anexo N°3)

Cuestionario de Salud General de Goldberg (CSG-12)

Preguntas	Mejor que de costumbre	Igual que de costumbre	Menos que de costumbre	Mucho menos que de costumbre
En las dos ultimas semanas.....				
1- ¿Ha sido capaz de concentrarse bien en lo que hace?	(0)	(0)	(1)	(1)
2- ¿Ha perdido sueño por preocupaciones?	(0)	(0)	(1)	(1)
3- ¿Se ha sentido útil para los demás?	(0)	(0)	(1)	(1)
4- ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	(0)	(0)	(1)	(1)
5- ¿Se ha sentido constantemente bajo tensión?	(0)	(0)	(1)	(1)
6- ¿Ha sentido que no puede solucionar sus problemas?	(0)	(0)	(1)	(1)
7- ¿Ha sido capaz de disfrutar de la vida diaria?	(0)	(0)	(1)	(1)
8- ¿Ha sido capaz de enfrentar sus problemas?	(0)	(0)	(1)	(1)
9- ¿Se ha sentido triste o deprimido?	(0)	(0)	(1)	(1)
10- ¿Ha perdido confianza en sí mismo?	(0)	(0)	(1)	(1)
11- ¿Ha sentido que Ud. no vale nada?	(0)	(0)	(1)	(1)
12- ¿Se ha sentido feliz considerando todas las cosas?	(0)	(0)	(1)	(1)

(Anexo N°4)

Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI)

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