

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E.A.P. ODONTOLOGÍA



**FACTORES DETERMINANTES PARA EL USO DE PROTESIS DENTAL
REMOVIBLE EN PACIENTES ADULTOS HUÁNUCO-2015.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL: DE CIRUJANO
DENTISTA**

PRESENTADO POR:

BACHILLER: LOARTE GARCIA, Gaby Lida

ASESOR: Dra. Luz Preciado Lara.

HUÁNUCO – Perú

2016

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE ODONTOLÓGIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS


En la Ciudad de Huánuco, siendo las 12:00, del día 05, del mes de DICIEMBRE, del año dos mil diecisiete se reunieron en la Sala de Conferencias (mezzanine) de la Clínica Estomatológica del Jr. 2 de Mayo Cuadra 6 (Ex Carrión Automotriz), en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

C.D. Julio Enrique Benites Valencia	Presidente
Mg. C.D. Marisol Rossana Ortega Buitrón	Secretaria
C.D. Ricardo Alberto Rojas Sarco	Vocal

Nombrados mediante la Resolución N° 2227-2017-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulada: "FACTORES DETERMINANTES PARA EL USO DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE EN PACIENTES ADULTOS HUÁNUCO 2015", presentada por la Bachiller en Odontología, Srta. Loarte García, Gaby Lida; para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado. Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola APROBADA por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 19 y cualitativo de EXCELENTE

Siendo las 13:00 horas del día 05 del mes de DICIEMBRE del año 2017, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


.....
C.D. Julio Enrique Benites Valencia
PRESIDENTE


.....
Mg. C.D. Marisol Rossana Ortega Buitrón
SECRETARIA


.....
C.D. Ricardo Alberto Rojas Sarco
VOCAL



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
P. A. DE ODONTOLOGIA



CONSTANCIA

HACE CONSTAR:

Que la Bachiller: **Srta. Loarte García, Gaby Lida**; ha aprobado la Sustentación de Tesis Titulada **"FACTORES DETERMINANTES PARA EL USO DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE EN PACIENTES ADULTOS HUÁNUCO 2015"**, para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista, realizada el día 05 de Diciembre del 2017 a horas 12:00 P.M. en la Sala de Conferencias (mezzanine) de la Clínica Estomatológica del Jr. 2 de Mayo Cuadra 6 (Ex Carrión Automotriz) de esta ciudad, tal como consta en el Acta respectiva de Sustentación de Tesis.

Se expide la presente para los fines pertinentes.

Huánuco, 06 de Diciembre del 2017.



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

Mg. C.D. **Marcelino Apac Palomino**
Director E.A.P. Odontología

DEDICATORIA

Primeramente a Dios nuestro señor por protegerme siempre, guiarme por el camino que debía seguir, por permitirme tener la sabiduría y la paciencia necesaria para este largo camino que es difícil de seguir pero no imposible.

A mi hermosa familia que son mi motor y motivo la cual son mi vida entera , más que una meta cumplida es un logro para mí como para ustedes, a pesar de no tenerlos día a día a mi lado, siempre sentí su apoyo incondicional.

Papi a ti te lo prometí una y otra vez, que cumpliría mi objetivo pues te digo aquí estoy lo logre, usted que siempre creyó en mí siempre orgulloso y optimista, eres y serás siempre el mejor te amo.

A ti mi queridísima Lali (mama) la única mujer noble y buena que existe en este mundo que con su gran amor, ternura, tranquilidad y sobre todo el apoyo económico que me diste nunca lo olvidare te estaré eternamente agradecida, fuiste quien me brindó las ganas y fuerza para seguir en este duro camino sin ti nunca hubiera llegado tan lejos.

Por ultimo a mis bellos hermanitos Jimena y Alfredito que son todo para mí cada paso que di fueron para guiarlos y poder verlos crecer pensando en ellos en su futuro y de esta manera darles una buena calidad de vida, los amo.

AGRADECIMIENTO

Deseo expresar mi profundo agradecimiento a todas las personas que gracias a su apoyo incondicional, que directa e indirectamente han colaborado en la realización de esta tesis, en especial:

Al C.S Carlos Showing Ferrari que me permitió realizar el trabajo de investigación.

A la Dra. Luz Preciado Lara, por dirigirme y darme su apoyo, sobre todo darme la posibilidad de progresar y avanzar en mi trabajo que gracias a sus enseñanzas lo culmine.

A todas las personas adultos que formaron parte de la muestra, gracias por su cooperación, cariño y paciencia hacia mi persona.

MUCHAS GRACIAS A TODOS.

RESUMEN

El propósito del presente trabajo de estudio es describir los factores psicológicos, biológicos y técnicos determinantes que afectan el uso de prótesis removible en adultos, esta investigación es de tipo relacional la cual contiene variable de estudio y variable de asociación, con un diseño transversal, un tipo de encuesta que nos permitió realizar un diagnóstico concreto, el diseño se va argumentar teóricamente en la exposición y la frecuencia con que ocurre un fenómeno quien es, donde y cuando se está presentando determinado fenómeno. Los sujetos de estudio lo componen 40 pacientes mayores de 40 años de edad que presenta protesis removibles en el C.S Carlos Showing Ferrari, los adultos que poseen prótesis ya sea en uso o desuso, para recoger la información se usó la técnica de la encuesta y como instrumento la guía observacional, las experiencias previas protésicas condicional psicológicamente al paciente al momento de ser rehabilitados nuevamente la cual la autopercepción con respecto a la salud bucal corresponde a la estética y la funcionalidad de la prótesis removible, la finalidad de este estudio es ampliar los conocimientos a los estudiantes en esta área.

Palabras clave: protesis removible, adultos rehabilitados, factores biológicos, psicológicos y técnicos.

SUMMARY

The purpose of this study is to describe the psychological, biological and technical determinants that affect the use of removable prostheses in adults. This research is of a relational type which contains a study variable and association variable, with a descriptive design, a type of survey that allowed us to make a specific diagnosis, the design is theoretically argued in the exhibition and the frequency with which a phenomenon occurs, who is where and when a certain phenomenon is occurring. The study subjects are composed of 40 patients older than 35 years of age who have been rehabilitated in the CS Carlos Showing Ferrari, adults who have prostheses either in use or disuse, to collect the information was used the technique of the survey and as an instrument the observational guide. Obtaining as a result that psychological factors are those that directly influence the use of removable prosthesis; the previous prosthetic experiences psychologically conditional to the patient at the time of being rehabilitated again which the self-perception is the one that greater obtained with respect to the oral health corresponding to the aesthetic and the functionality of the removable prosthesis, which the purpose of this study is to expand the knowledge to the students in this area.

Key words: removable prosthesis, rehabilitated adults, biological, psychological and technical factors.

INTRODUCCION

Son varios los cambios que se dan en cuanto van pasando los años la población ha experimentado una rápida evolución hacia el envejecimiento poblacional es así como evoluciona el concepto de "Salud", la cual se debe reconocer que tiene un amplio rango de componentes (biológicos, mentales, sociales y de calidad de vida), también evoluciono el concepto de salud bucal la cual tiene relación con la protección del cuerpo por medio de la masticación y deglución; hasta los niveles sociales y psicológicos la cual también contribuye el autoestima, expresión, comunicación y estética facial.

El concepto de calidad de vida comenzó a tener importancia cuando se introdujo el Modelo Biopsicosocial en medicina, la cual propone ampliar la perspectiva de los diversos profesionales de la salud, la Odontología adopto este modelo, en decir en el enfermo se ve que su patología afecta no sólo su salud física sino también su salud mental y su vida social. 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 varias formas en la calidad de vida

La salud bucal también se ha definido como dentición funcional y confortable, enfatizando que es un componente integral de la salud, se entiende que cuando la salud bucal está comprometida, la salud general y la calidad de vida pueden disminuir. La salud bucal se definió no solo clínicamente sino como el dolor bucal en la vida diaria de los individuos. Es por esto la importancia de las terapias preventivas y la conservación de los órganos dentarios, la ausencia parcial o total en los pacientes adultos, la importancia de las prótesis removibles contribuyen una alternativa para la pérdida de la dentadura pero no son exactas porque también provocan daños y susceptibilidad de los tejidos por el envejecimiento y por los inadecuados estilos de vida, el cual lleva a un cambio de mucosa, pérdida de hueso, la aparición de lesiones que pueden variar desde las más simples hasta las más complejas la cual pueden causar problemas para las personas y para la sociedad.

Varias investigaciones han demostrado que las prótesis, sobre todo cuando son viejas, están desajustadas, incorrectamente confeccionadas o en mal estado, producen daños la cual afecta a la cavidad bucal en todos los aspectos sobre todo en el adulto.

Estudios demuestran algunos de los pacientes portadores de prótesis removible se encuentran conformes con ellas, a pesar de las imperfecciones técnicas, o de factores biológicos o psicológicos que puedan estar afectando, por otro lado existen pacientes que no están conformes con sus prótesis aunque estas no presentan problemas en cuanto a su calidad y técnica. Realizar un tratamiento protésico no

necesariamente significa que el paciente usará sus prótesis en forma constante, es por esto, que el presente estudio analizará diversos factores determinantes para el uso de prótesis removible en adultos. 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.

INDICE

Contenido

CAPITULO I	
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:	12
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:	14
1.3 OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICOS.....	14
1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:	15
1.5 VIABILIDAD:.....	15
CAPITULO II	
MARCO TEORICO	
2.1 ANTECEDENTES:.....	16
2.2 BASES TEÓRICAS:	23
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:	41
2.4 HIPOTESIS.....	40
2.5 SISTEMA DE VARIABLES	41
2.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	44
CAPITULO III	
MARCO METODOLOGICO	
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	45
3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	44
3.3 POBLACIÓN	45
3.2 MUESTRA	46
3.4 INSTRUMENTO Y TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS	46
3.5 TÉCNICA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	46
CAPITULO IV	
RESULTADOS	
PRESENTACION DE LOS RESULTADOS CON APLICACIÓN ESTADÍSTICA.....	45
CAPITULO V	
DISCUSION.....	59
CONCLUSIONES.....	62
RECOMENDACIONES.....	64
BIBLIOGRAFIA.....	65

CAPITULO I

EL PROBLE DE LA INVESTIGACION

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

La calidad de vida es un concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos¹. Es decir de una manera informal es el grado en que los individuos tienen altos valores en los índices de bienestar social, la manera como se vive².

En este seminario cada médico expuso, desde la perspectiva de su especialidad, la problemática de una mala higiene bucal y su posible relación sobre la salud en general. La Asociación Dental Mexicana, el Colegio de Cirujanos Dentistas y el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades de la Secretaría de Salud (CENAVE)³, organizó un seminario para discutir la importancia de la salud bucal y su posible relación con la salud general⁴. Proteger la boca podría beneficiar la salud de todo el cuerpo⁵. La boca es una de las partes del cuerpo con mayor concentración de bacterias, donde se pueden encontrar alrededor de 700 tipos⁶. Por ello, es primordial mantener una buena salud bucal⁷, ya que de este modo se ayuda a que las bacterias de la boca no proliferen formando la placa dentobacteriana específicamente⁸, la gingivitis, fase inicial de enfermedad de las encías, consiste en la inflamación de éstas causada por la acumulación de placa y bacterias en el cuello de los dientes⁹. Sin tratamiento, la gingivitis puede progresar a

una periodontitis, enfermedad más seria y dañina de la infección y la inflamación bucal la cual conlleva a la pérdida de las piezas dentales¹⁰.

La estética es la ciencia que trata de la belleza y la armonía¹¹. Su significado es sumamente subjetivo y relativo ya que este se encuentra condicionado por diversos factores de orden social¹², psicológico y cultural de los adultos mayores¹³, la salud bucal en adultos mayores, debe ser entendida no solo como la presencia o no de patologías bucales, sino como la percepción que estos tienen sobre su boca¹⁴, que le permita cambios de actitudes más adelante además de estar ligado a la edad y a una época concreta; lo cual determina que varíe según el individuo¹⁵. Asimismo, con el fin de planificar correctamente el tratamiento¹⁶, es particularmente importante tomar en cuenta las características relativas al color, a la morfología y a la posición de los dientes¹⁷, con la finalidad de dar respuesta a estas interrogantes¹⁸, se plantea la presente investigación, con la finalidad de aportar soluciones y/o recomendaciones para la adaptación efectiva de prótesis removibles en adultos mayores rehabilitados en las áreas clínicas de Huánuco¹⁹.

FACTORES DETERMINANTES PARA EL USO DE PROTESIS DENTAL REMOVIBLE EN PACIENTES ADULTOS HUÁNUCO-2015.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son los factores determinantes para el uso de prótesis dental removible en pacientes adultos Huánuco 2015?

Específicos:

- ¿Cuáles son los factores técnicos que afectan el uso de prótesis dental removible en pacientes adultos Huánuco 2015?
- ¿Cuáles son los factores psicológicos que afectan el uso de prótesis dental removible en pacientes adultos Huánuco 2015?
- ¿Cuáles son los factores biológicos que afectan el uso de prótesis dental removible en adultos Huánuco 2015?

1.3 OBJETIVOS:

General:

Definir los factores determinantes para el uso de prótesis dental removible en pacientes adultos Huánuco 2015.

Específicos:

O1 Determinar los factores técnicos que afectan en el uso de prótesis dental removible en pacientes adultos Huánuco 2015.

O2 Identificar los factores psicológicos que afectan el uso de prótesis dental removible en pacientes adultos Huánuco 2015.

O3 Identificar los factores biológicos que afectan el uso de prótesis dental removible en pacientes adultos Huánuco 2015.

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:

Se justifica desde el punto de vista teórico sí, porque nos permitió identificar y a desarrollar cuales son los factores determinantes que influye en el uso de prótesis dental removible en pacientes adultos, así como el impacto que tienen sus complicaciones en la calidad de vida de dichas personas, de esta manera también en lo practico porque nos dio a conocer el uso de la prótesis removible y en lo metodológico brindando al autor la posibilidad de avanzar a nivel educativo, intelectual y profesional, ampliando sus conocimientos al uso de herramientas de investigación y revisión documental de esta manera aportar soluciones a un problema de salud pública.

1.5 VIABILIDAD:

De acuerdo al uso del estudio que se realizó en adultos tanto femenino como masculino en el determinado lugar C.S Carlos Showing Ferrari Huánuco.

Los materiales que se utilizó son; encuestas, cuestionario.

En lo económico si es factible ya que solo se a utilizar cuestionarios e encuestas que todo será financiado por el investigador.

CAPITULO II

2 MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES:

INTERNACIONAL:

BONNET G, BATISSE C, SEGYO JW. SANTIAGO – CHILE. 2016

“INFLUENCIA DE LA RENOVACIÓN DE PRÓTESIS REMOVIBLES EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL”.

FONDO: La renovación de prótesis removibles se sugiere a menudo a los usuarios de prótesis sujetos a malestar.

Sin embargo, el impacto de esta rehabilitación en la calidad de vida relacionada con la salud oral de los pacientes y su satisfacción relacionada con las prótesis removibles sigue siendo desconocido.

EL OBJETIVO: de este estudio fue evaluar estos resultados centrados en el paciente y el impacto potencial de diferentes factores.

MÉTODOS: Una cohorte de 116 pacientes que necesitaban rehabilitación de prótesis dentales removibles fue reclutada en un hospital dental durante un período de 1 año. Los sujetos fueron separados en dos grupos según su experiencia de prótesis (grupo que necesita prótesis dentales removibles / grupo que necesita una prótesis removible por primera vez).

Se pidió a los sujetos que respondieran al "Índice de Evaluación de Salud Oral Geriátrica" (GOHAI) y al "Instrumento de Satisfacción de Dentadura McGill" antes y después de un período de integración de prótesis (9-12 semanas).

RESULTADOS: Las puntuaciones de GOHAI fueron

ligeramente mayores en los pacientes con renovación de prótesis removibles (de $40,6 \pm 10,3$ a $47,1 \pm 10,0$, $p < 0,001$), independientemente del tipo de rehabilitación protésica. Sin embargo, las puntuaciones del campo funcional GOHAI no cambió. Los sujetos sin experiencia en prótesis removibles presentaron un aumento en su puntuación GOHAI funcional ($p < 0,001$). En cuanto a la satisfacción de los pacientes con prótesis dentales removibles, sólo los puntos "Estética" ($p < 0,001$), "Eficiencia de masticación" ($p < 0,001$) y "Condición oral" ($p < 0,01$) aumentaron después de la renovación de la prótesis. CONCLUSIONES: Este estudio demostró que la renovación de prótesis removibles sólo moderadamente mejoró la calidad de vida relacionada con la salud bucal y la satisfacción de las prótesis dentales removibles de los pacientes, independientemente de la edad, sexo o tipo de rehabilitación. Otras tareas son necesarias, como el análisis de los parámetros fisiológicos y la investigación cualitativa sobre las expectativas del paciente²⁰.

ERCALIK - YALCINKAYA S, ÖZCAN. MEXICO. 2015
“ASOCIACIÓN ENTRE LAS LESIONES MUCOSAS ORALES Y
LOS HÁBITOS DE HIGIENE EN UNA POBLACIÓN DE
PORTADORES DE PRÓTESIS REMOVIBLES” OBJETIVO: Este estudio prospectivo evaluó la influencia de los regímenes de higiene de prótesis autoinformados y los hábitos de uso de prótesis sobre la presencia de lesiones de la mucosa oral (OML) en portadores de

prótesis dentales removibles y / o parcialmente removibles (CRDP / PRDP). MATERIALES Y MÉTODOS: Entre enero de 2014 y enero de 2015, se examinó clínicamente la mucosa oral convencional de 400 PW consecutivos (252 mujeres, 148 hombres), con edades comprendidas entre 29 y 86 años. La información se obtuvo considerando el tipo y edad de la prótesis, el nivel de higiene, la frecuencia y el estilo de la limpieza de prótesis, el uso de prótesis durante la noche, las condiciones de almacenamiento y las enfermedades sistémicas. Se identificaron OMLs no relacionados con prótesis y prótesis. Los datos se analizaron mediante pruebas univariadas (Chi-cuadrado) y multivariantes (regresión logística) para evaluar el desarrollo de OMLs en función de las variables seleccionadas. RESULTADOS: De los 400 pacientes , el 21,5% tenía CRDP, 52,5% PRDP, y 25,8% CRD / PRD prótesis. Treinta y dos por ciento de los PWs limpiaban sus prótesis una vez al día. Cepillarse la prótesis con cepillo de dientes y jabón / pasta de dientes fue el régimen de limpieza más practicado (85,8%). Más de la mitad (64,5%) de los PW utilizaron su prótesis durante la noche. Entre todos los PW, el 37,8% tenía un OML relacionado con la prótesis. Stomatitis Newton Tipo II (46%) y Tipo III (38%) fueron los OML más comunes. La frecuencia de OML fue mayor en PWs con CRDP que en aquellos con PRDPs ($p < 0.05$). Uso de prótesis durante la noche ($p = 0,003$, OR: 13,65; IC del 95%: 1,7-109,3), edad de la prótesis ≥ 11 años ($p = 0,017$, OR: 1,72; IC del 95%: 1,1-2,7) e inmersión en agua y solución ($p = 0,023$, OR: 1,13; IC del

95%: 0,02-1,02) afectaron significativamente la incidencia de OML. La hipertensión arterial fue la enfermedad sistémica más frecuente (31,5%). CONCLUSIÓN: El uso durante la noche, la edad de la prótesis y las condiciones de almacenamiento de los CRDP o PRDP mostraron un impacto más significativo en la incidencia de OML que en la frecuencia de la limpieza. Los programas de salud bucodental para PWs removibles deben proporcionar específicamente educación sobre las instrucciones de uso de la prótesis²¹.

MENÉNDEZ L. LA HABANA. 2013. "LA CONSEJERÍA DE SALUD BUCAL Y SU UTILIDAD PARA LA ESPECIALIDAD DE PRÓTESIS ESTOMATOLÓGICA". OBJETIVO: conocer cómo puede influir la consejería de salud bucal en los pacientes portadores de prótesis¹⁰. METODOLOGIA: Se realizó una encuesta a 98 pacientes portadores de prótesis estomatológica del área de salud que atiende la Clínica Docente de Prótesis de Marianao, que acudieron al servicio a recibir algún tratamiento, los cuales manifiestan cepillarse 3 veces al día. RESULTADO: En cuanto a la distribución de los encuestados según ha recibido orientaciones sobre la higiene, uso y cuidado de la prótesis, el 64,3 % no ha recibido las orientaciones y solo el 35,7 % sí. Estas orientaciones fueron dadas en el 71,4 % por parte de los especialistas, en el 28,6 % por los estomatólogos generales y en ningún caso por las técnicas de atención estomatológica (TAE) y médicos de la familia.

El 97,9 % de los pacientes no conocen en qué consiste la enfermedad llamada estomatitis subprótesis, y el 90,8 % desconoce qué es el autoexamen bucal. En la tabla 6 se puede observar que la mayoría de los pacientes 70,4 % no ha presentado molestias con sus prótesis, el 29,6 % sí ha presentado molestias, y de estos pacientes, el 31,0 % soluciona las molestias rebajándola ellos mismos; igual porcentaje acude al estomatólogo y el 37,9 % no le da importancia y espera a que se quite sola. CONCLUSION: Se encontró que más de la tercera parte de los partes manifiestan cepillar la prótesis 3 veces al día, la mayoría de los pacientes no se retiran la prótesis a ninguna hora y desconocen en qué consiste la estomatitis subprótesis y el autoexamen bucal²².

NACIONAL

RODRÍGUEZ H, GARCÍA F, ECHEMENDÍA Y. LIMA- CALLAO. 2011. "SALUD BUCAL Y NIVEL DE INFORMACIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES. ÁREA NORTE. SANCTI SPÍRITUS.

2011: En el envejecimiento aumenta el riesgo de adquirir enfermedades e incapacidades, y con ello la necesidad de trazar metas para mejorar la salud del adulto mayor
OBJETIVO: Determinar nivel de información sobre la salud bucal en los adultos mayores. **METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en una población constituida por 175 pacientes mayores de 40 años de ambos sexos que

solicitaron atención estomatológica.¹² Se describieron las variables: edad, sexo enfermedades bucales, factores de riesgo y nivel de información sobre salud bucodental. RESULTADOS: Los entrevistados, en su mayoría, tenían entre 40 y 55 años, y predominaban ligeramente las mujeres, fue la caries dental la enfermedad bucal que más se diagnosticó, lo que coincide con el factor de riesgo biológico que más se encontró. La mayoría no conocen las principales funciones de los dientes y dentro de las enfermedades bucales todos reconocen la caries dental, muy pocos reconocen la frecuencia en que debe ser el cepillado de dientes naturales y prótesis. CONCLUSIONES: La mayoría de los entrevistados tienen un deficiente nivel de información en relación con la salud bucal, por la falta de programas preventivos es por esto que desconocen el uso de una prótesis total o removible y no dan importancia al cuidado de los dientes²³.

GARCÍA B, RODRÍGUEZ M, CASTILLO E. LIMA-PERU. 2010. “PRÓTESIS DENTALES Y LESIONES MUCOSAS EN EL ADULTO MAYOR”. Las lesiones bucales en los adultos son muy frecuentes y constituyen un problema de salud debido a las consecuencias que provocan. OBJETIVO: describir las características de las prótesis removibles usadas por la población de 45 y más años de edad y su relación con las lesiones de la mucosa oral. MÉTODOS: se realizó un estudio descriptivo correlacional de corte transversal a 125 adultos portadores de prótesis; se describieron las características de

las prótesis removibles usadas y su relación con las lesiones de la mucosa bucal. Se utilizaron las pruebas de chi cuadrado y el análisis del riesgo relativo para determinar la asociación entre las variables y una regresión logística para determinar la relación independiente de cada factor con la presencia de lesiones. RESULTADOS: se encontró un 12 % de personas con estomatitis subprotésis, el 8 % presentaban lesiones de crecimiento hiperplásicas y el 5,6 % eran portadores de queilitis angular¹⁴. Las lesiones en las mucosas bucales aumentaron en las personas con prótesis en mal estado, mala higiene de esta y en el sexo femenino. CONCLUSIONES: las lesiones crónicas fueron las más prevalentes en este estudio y estuvieron muy relacionadas con factores como: estado de conservación de las prótesis, tiempo de uso, higiene de esta y sexo del individuo; pero al determinar la influencia independiente de cada factor con la presencia de lesiones, se estableció que solo el estado de conservación de las prótesis y su higiene afectó de manera importante a los adultos del estudio ²⁴.

2.2 BASES TEÓRICAS:

Dado que la odontología es una profesión que brinda servicios de salud²⁵, es responsabilidad del odontólogo ser competente en el manejo de pacientes con problemas médicos²⁶. Ellos no siempre significa que deba brindar atención en el consultorio dental a todos aquellos que requieran de sus servicios, ya que de la identificación de riesgos y como solventarlos dependerá tomar la primera gran decisión al respecto²⁷.

Cuando se identifica un antecedente personal patológico en la historia clínica del paciente, el odontólogo debe cuestionarse si es de significancia para el manejo odontológico²⁸. Ante una respuesta afirmativa, debe procederse a elaborar una eficiente caracterización de la enfermedad, la cual puede generar un segundo cuestionamiento²⁹.

1 Salud Oral del Adulto y sus diversos cambios

Los tejidos orales y periorales no escapan del proceso de envejecimiento y en ellos se pueden observar diferentes cambios³⁰. La condición bucal del adulto mayor tiene gran influencia en la selección de los alimentos y³¹, por ende, en su condición nutricional³². Es así como las personas con impedimentos dentales severos, especialmente los portadores de prótesis dentales completas, seleccionan su dieta comprometiendo su nutrición³³. La

razón principal del cambio es la disminución de la función sensorial de la boca. Esta alteración afecta también a los adultos mayores³⁴, tanto dentados como desdentados parciales³⁵, en los que se ha demostrado que los cambios propios de la edad disminuyen significativamente la percepción de los sabores³⁶, la dureza y la textura de los alimentos, haciendo que decrezca su interés por alimentarse. (Chaucey, H, 1984)³⁷.

Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad³⁸. Los pacientes que se encuentran desnutridos cuando ingresan a un hospital suelen tener estancias hospitalarias más largas²⁸, experimentar más complicaciones y presentar mayores riesgos de morbilidad y mortalidad que los pacientes cuyo estado nutricional es normal. (Agansky, N. et al. 2005)³⁹.

En cuanto a las modificaciones buco-dentales, bien se sabe que la boca es una zona básica para la primera fase de la digestión de los alimentos (la masticación y la deglución)⁴³ y en esta fase desempeñan un papel importante las piezas dentales y la saliva⁴⁰. Con la edad, empieza a dañarse la integridad de los elementos indispensables en la masticación⁴¹, lo cual ocurre generalmente por hábitos incorrectos de higiene bucal. (Arbones, G. et al., 2003)⁴². Algunos de los cambios que acontecen en la cavidad oral que forman parte del proceso de envejecimiento son⁴⁴.

- **Atrofia de la mucosa oral:** Hace a los tejidos más vulnerables a

los traumas y presiones durante la masticación⁴⁵, produciendo malestar que obliga a la selección de alimentos más blandos⁴⁶.

• **Cambios en la función salival:** Los pacientes adultos presentan diversos grados de disfunción salival⁴⁷, tanto en calidad como en cantidad⁴⁸. Los cambios se pueden deber a atrofiyas de las glandulas como parte del proceso de envejecimiento⁴⁹, o a la acción de medicamentos o radiación en la zona de cabeza y cuello en pacientes tratados por cáncer. (Nishumura Y, & Atwood D, 1994)⁵⁰. 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. (Brodeur, J., 1993)⁵¹.

• **Cambios en el tejido óseo:** En los adultos mayores el tejido óseo puede verse afectado con gran severidad⁵². 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. Baxter, C. (1981)⁵³. Los cambios óseos son más dramáticos en las mujeres posmenopáusicas y en los hombres mayores de 70 años⁵⁴. 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 sérico⁵⁵. La consecuencia, es un hueso de menor densidad (osteoporosis) especialmente del hueso esponjoso, aun cuando también se ve alterado el hueso cortical⁵⁶. Se ha demostrado que a nivel mandibular existe una correlación positiva entre osteoporosis y maxilares severamente reabsorbidos con rebordes mandibulares en filo de cuchillo. Nishumura, Y & Atwood, D. (1994)⁵⁰. 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 las extracciones. (Bademer O., 1987)⁵⁷.

• **Cambios en el tejido dentario:** Aun 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 atrición⁵⁸. 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. Cox, C y col. (1992)⁵⁹. En los ancianos prevalece la caries radicular sobre la coronaria, favorecida por la reabsorción gingival y la disminución del flujo

salival. Seichter U. (1987)⁶⁰.

• **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 vejez⁶¹.

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 y comprometen su nutrición⁶². La razón principal del cambio es la disminución de la función sensorial de la boca⁶³. 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 decazca su interés por alimentarse. (Chaucey, H., 1984)⁶⁴ La habilidad masticatoria y el estado de la dentición juegan un rol muy importante en la ingestión de alimentos, estando directamente relacionado con la nutrición. 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. El rendimiento masticatorio (RM) corresponde al grado de trituración al que puede ser sometido un alimento o material de prueba con un número dado de golpes

masticatorios. (Manns, A & Díaz, G., 1995)⁶⁵.

Entre los factores que limitan el RM, se destacan ⁶⁶.

a. Dentarios (pulpitis, periodontitis, infecciones periapicales, etc.).

b. Zonas dolorosas inflamadas de los tejidos blandos.

c. Uso de aparatos protésicos (temor a la fractura de la prótesis).

d. Enfermedad periodontal.

e. Las alteraciones musculares y de las articulaciones temporomandibulares pueden alterar el patrón normal de contacto entre piezas antagonistas, determinando una disminución de la eficiencia masticatoria. (Manns, A & Díaz, G., 1995) ⁶⁷.

Las personas que utilizan prótesis pierden las piezas dentales en edades tempranas, encontrándose parcial o totalmente desdentados a partir de los 40 años. Los dientes inferiores son los últimos que se pierden, por lo que hay supremacía del edentulismo superior. (Secretaría de Salud, 2002). La ausencia dental trae consigo una serie de alteraciones mecánicas, funcionales, estéticas y emocionales para el paciente. Además, repercute directamente en el rendimiento masticatorio; por ejemplo, la ausencia del primer molar, que constituye un 37% del área oclusal fisiológica, reduce el rendimiento masticatorio en un 33%. La colocación de prótesis que reemplacen las piezas dentarias perdidas permite recuperar en parte el área oclusal fisiológica necesaria para la masticación eficiente. Con respecto a la rehabilitación protésica, Liedberg, B et al (2005) ⁶⁸, han demostrado a través de estudios un incremento objetivo del RM mediante el del tratamiento con prótesis removible.

2 CAUSAS DE LA REHABILITACIÓN EN PROTESIS REMOVIBLE

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 indirectas⁶⁹.

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 fonéticos⁷⁰.

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 maxilar⁷¹. 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

- Estomatitis sub-protésica: Muchos portadores de prótesis removible desarrollan una reacción inflamatoria en la mucosa oral, la cual se denomina estomatitis subprotésica que según Newton puede ser graduada en tres tipos⁷², 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 inflamación⁷³. La prevalencia de la estomatitis protésica es muy variable, en Chile es del 53%, y su etiología es de carácter multifactorial⁷⁴, 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 III⁷⁵.

Hiperplasias irritativas

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 injuriante de la prótesis⁷⁶

- Úlceras traumáticas

Úlceras traumáticas: se producen frecuentemente los primeros días después de la instalación de las nuevas prótesis, y son causadas, generalmente, por alteraciones 19 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 maxilar⁷².

- 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 subprotésica 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 psicogénicos⁷⁵, 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 psicogénico⁷⁷.

- 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 Problema⁷⁸. El monómero libre en bases de dentaduras curadas en forma incompleta o rebases con resinas de auto polimerización también son las causantes de estas molestias⁷⁹.

Las verdaderas alergias al acrílico son raras. Un factor causal es el alto contenido y emigración de plastificante desde la prótesis a los tejidos⁸⁰.

Indirectas

0) 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 natural⁸¹.

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 rápidamente⁸².

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 totales⁸³.

1) **Los trastornos fonéticos:** en el desdentado son muy marcados en el primer período, posteriormente suele compensarse modificando los puntos fono articulatorio. Las prótesis removibles, muy especialmente la prótesis inmediata, reducen en forma notable estos trastornos⁸⁴.

2) **La estética:** Los avances en el campo de la estética han logrado dar naturalidad en cuanto al color, forma y posición de las piezas dentareas 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 individuo⁸⁵.

3 Factores determinantes para el uso de prótesis

Factores Biológicos

1) **Sexo:** Los problemas de la adultes 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 deteriore⁸⁶. En Venezuela la vejez femenina se caracteriza generalmente por enfermedad, pobreza, dependencia, soledad e institucionalización⁸⁷.

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 servicios⁸⁸.

La extrema irritabilidad y frecuente sensación de dolor 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 protésicas⁷³.

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 reumatoidea, 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 ⁸⁹.

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 sistémico⁹⁰.

El uso de prótesis removible, particularmente de las totales, está basado en un muy complejo patrón de coordinación neuromuscular⁹¹. La prótesis en sí misma es un implemento sin vida y pasivo, es completamente inútil sin la operación de la neuromuscular⁹². 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 lento⁹⁴. De esta forma, acostumbrarse a una prótesis representa graves inconvenientes debido a la adaptación del sistema neuromuscular⁹⁵.

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 jóvenes⁹³.

Factores Técnicos

1) 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.⁴⁷

El uso o no uso de una prótesis superior o inferior puede estar

determinado por múltiples factores: anatómicos, funcionales, mecánicos, estéticos, psicológicos.⁴⁷

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%, porcentaje que disminuye en el caso de prótesis superiores, en que es aproximadamente un 19%⁹⁶.

Los adultos mayores que declaran que siempre usan su prótesis superior corresponden al 63% y a un 50%, la prótesis inferior⁹⁷.

Otros estudios en Venezuela muestran que un 80% de los adultos mayores usaban siempre sus prótesis superiores totales, un 71% las superiores parciales, un 52% las inferiores totales y un 63% 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)⁹⁸. 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 mandibulares⁹⁹.

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)¹⁰⁰. Considerando que la prevalencia de desdentado total maxilar es

mayor al mandibular y que el desdentado 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 inferior¹⁰¹.

2) Calidad Técnica: en la evaluación de las prótesis removibles, se puede definir como “aquella medición de los atributos que caracterizan una prótesis removable como un aparato capaz de cumplir la función para la cual fue diseñada”¹⁰². 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 protésica¹⁰³.

Los requisitos incluyen oclusión, soporte, retención, estética, estabilidad, adaptación de los retenedores, alivios, márgenes e instalación y controles post operatorios¹⁰⁴

Se tomarán en cuenta 4 requisitos:

- **Oclusión:** cualquier contacto entre las superficies incisivas o masticatorias de los dientes superiores con los inferiores. (Boucher C., 2008)¹⁰⁵

- **Retención:** en prótesis parcial removable, es la resistencia al desplazamiento de la prótesis en sentido oclusal. Esta función la cumple n los extremos de los retenedores que se ubican en la zona retentiva del pilar. (Loza D., 2007)¹⁰⁶.

De la misma manera, para prótesis total, es definid o como la resistencia contra el desalojamiento vertical. Esta es referida a la

succión, y es directamente proporcional a la cantidad de superficie cubierta (de ahí la máxima cobertura)¹⁰⁷.

La extensión, tamaño y forma de un contorno edéntulo mandibular podría determinar una considerable cantidad de extensión para la retención de una base dental. (Boucher C., 2008)¹⁰⁸.

- **Soporte:** en PPR evita el desplazamiento de la prótesis hacia los tejidos, el apoyo oclusal del retenedor es el que principalmente cumple esta función. Con un buen soporte se protegen la estructuras periodontales y se distribuyen mejor las fuerzas oclusales. (Loza D., 2007)¹⁰⁹.

A su vez, existen cuatro áreas de soporte en prótesis total:

1. Área de soporte primaria. Estos resisten las fuerzas verticales de la oclusión.⁶² Histológicamente está formada por una cortical de hueso protegida por una unión de tejido¹¹⁰

2. Área soporte secundaria. Resistencia a fuerzas laterales y ayudan a resistir las fuerzas verticales de la oclusión.

Áreas de alivios. Estas causan disconformidad al paciente o inestabilidad en la base de la dentadura y una eventual resorción del hueso de soporte¹¹¹.

4. Área de sellado. Son las áreas de los tejidos suaves, en la cual la periferia de la dentadura debe contactar en orden para que los factores de la retención sean efectivos. Esta área se divide en dos partes¹¹²

a- Área de borde resiliente: son esas áreas en las cuales las fibras de los tejidos están puestas verticalmente contra la base de la

dentadura¹¹³

b- Área de borde no resiliente: son esas áreas en las cuales la mucosa o fibras musculares están corriendo paralelas a la base de la dentadura. (Boucher C., 2008)¹¹⁴

- **Estabilidad:** en PPR, es la resistencia que ofrece el retenedor al componente horizontal de fuerzas. (Loza D., 2007)¹¹⁵.

De la misma manera, se define estabilidad en prótesis total como la habilidad de la base de la dentadura de estar en contacto con los tejidos remanentes sin ser desprendida fuera de su posición. (Boucher C., 2008)¹⁰⁸.

Factores Psicológicos:

1 Autoestima: En psicología la "autoestima" se define como la forma en que nos valoramos. Algunas personas tienen un amor propio muy alto y otros una autoestima bastante baja. El objetivo es contar con una autoestima adecuada¹¹⁹, que no sea demasiado alta ni demasiado baja. Aquellos que tienen una autoestima bastante alta pueden tomar más riesgos en la vida, porque se sienten casi invencibles¹²⁰. Por otro lado, aquellos con baja autoestima, pueden no probar cosas nuevas o no tener una vida social activa, y sufren de depresión y otros problemas de salud mental.

2 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 prótesis¹¹⁶.

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 anterior¹¹⁷.

Si previamente se ha confeccionado una dentadura removible, es importante conocer el máximo posible acerca de la experiencia durante y después del tratamiento¹¹⁸.

Si al paciente se le han confeccionado varias prótesis en corto tiempo, se debe considerar que la actitud y/o biotipo del paciente puede influir¹¹⁹. La respuesta del paciente a la pregunta ¿Por qué no está satisfecho con sus prótesis? ayuda al odontólogo a no repetir los mismos errores que provocaron el descontento del paciente¹²⁰. 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 futuro¹²¹.

3 Salud Mental del paciente:

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 comunitarios¹²².

Estudios demuestran que individuos que presentan algún grado de depresión presentan descuido de la higiene oral, mayor consumo de

dieta cariogénica¹²³, flujo salival disminuido que puede estar asociado a medicación, deterioro oral acelerado, enfermedad periodontal avanzada, disestesias orales y caries rampante¹²⁴ y pueden tener efectos significativos en la adaptación a prótesis totales nuevas llevando a una 32 rehabilitación protésica¹²⁵, que puede no tener el éxito deseado debido a la actitud negativa que podría presentar el paciente debido a su condición bucal¹²⁶.

4 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 vida¹²⁷, y está asociada a una variedad de indicadores de salud general y conductas saludables.¹²⁸ Es más, existen estudios que informan sobre la asociación entre la autopercepción de la salud oral global con la autopercepción específica de limitaciones funcionales bucales¹²⁹. Se ha descrito que algunos instrumentos para evaluar calidad de vida relacionada a la salud oral¹³⁰, son sensibles para detectar la influencia de los tratamientos odontológicos en la percepción del paciente sobre su salud oral, lo que podría ser útil para relacionar satisfacción y percepción del paciente en relación a su rehabilitación¹³¹.

Entre los factores asociados a una baja percepción del estado de salud se encuentran: los bajos ingresos económicos¹³²,

sentimientos de soledad, problemas visuales, estilo de vida sedentario , incapacidad funcional , bajo nivel de estudio , falta de apoyo emocional, falta de apoyo social ¹³³, padecer enfermedades, consumir medicamentos, perder capacidad funcional , insomnio , pertenecer a una clase social desfavorecida y ser mujer¹³⁴, 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 prótesis¹³⁵, quienes usan la prótesis superior siempre, pero que no se hicieron tratamiento rehabilitador inferior también mejoran su percepción de salud oral¹³⁶.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

- **Elección del tono o color de los dientes.** Al elegir un color de dientes no se elige un color universal para una persona, sino un tono que esté acorde con la edad del paciente y con el grupo étnico (Loza D., 2007)¹³⁷

- **Prótesis parcial:** son dientes artificiales que remplazan a las piezas dentarias naturales que ayudaran en la masticación y fonación del paciente. (Boucher C., 2008)¹³⁸.

Tamaño: Para la elección del tamaño de los dientes anteriores el fabricante determina con un número de serie el ancho en milímetros

de los seis dientes antero superior o sea la distancia de distal de canino a distal de canino. Para los dientes antero inferior la determinación es la misma. (Loza D., 2007)¹³⁹.

La higiene en prótesis removible: La placa dental también se adhiere a los dientes artificiales, alterando su estética y provocando la irritación de la encía. La mala limpieza hace aumentar el mal olor, particularmente en la prótesis flexible de silicona. (Boucher C., 2008)¹⁴⁰.

2.4 HIPÓTESIS:

- **Hipótesis Alterna (hi):** Los factores sexo, edad, experiencia previa y autopercepción de salud mental, influyen en el uso de prótesis dental removibles.
- **Hipótesis Nula (ho):** Los factores sexo, edad, experiencia previa y autopercepción de salud oral, no influyen en el uso de prótesis dental removibles.

2.5 SISTEMA DE VARIABLES:

VARIABLES DE ESTUDIO:

- prótesis removible.

VARIABLES DE ASOCIACION:

- factores determinante (problemas en la fonación, masticación y en la estética)

VARIABLES

DIMENSIONES

FACTORES BIOLÓGICOS	<p>* edad</p> <p>* sexo</p> <p>* enfermedades sistémicas</p> <p>* Lesiones bucales.</p>	<p>* Mayores de 50 años.</p> <p>* masculino</p> <p>* femenino</p> <p>* diabetes</p> <p>* hipertensión</p> <p>* osteoporosis</p>
FACTORES TÉCNICOS	<ul style="list-style-type: none"> • tipos de prótesis • calidad técnica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Superior • Inferior • Bimaxilar* total • Parcial. • oclusión
FACTORES PSICOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> • experiencia previa. • Autopercepción de la salud bucal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencia agradable • Sin experiencia • Estética • Funcionalidad.

2.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	VARIABLES FINALES	TIPOS DE VARIABLES
<p><u>Variable de estudio:</u></p> <p><u>* Protesis removable</u></p>	<p>* PPR</p> <p>* PT</p> <p>* PF</p>	<p><u>* EDAD</u></p> <p><u>* SEXO</u></p> <p><u>*MAXILAR SUPERIOR</u></p> <p><u>*MAXILAR INFERIOR</u></p>	<p>V. CUALITATIVO:</p> <p>NOMINAL</p> <p>DICOTOMICO</p>
<p><u>Variable de asociación:</u></p> <p><u>* factores determinantes.</u></p>	<p>1. TECNICA</p> <p>2. BIOLOGICA</p> <p>3.PSICOLOGICA</p>	<p><u>1.1 COLOR DE DIENTE</u></p> <p><u>1.2 TIPO DE MATERIAL</u></p> <p><u>2.1P. MASTICACION</u></p> <p><u>2.2P. FONACION</u></p> <p><u>2.3DOLOR MUSCULAR</u></p> <p><u>3.1AUTOESTIMA</u></p> <p><u>3.2SOCIALIZACION</u></p> <p><u>3.3EMPEÑO</u></p>	<p><u>1 V. CUALITATIVO POLITOMICA</u></p> <p>2 <u>V. CUALITATIVO:</u></p> <p><u>NOMINAL</u></p> <p><u>POLITOMICA</u></p> <p>3 <u>V. CUALITATIVA:</u></p> <p><u>NOMINAL</u></p> <p><u>POLITOMICA</u></p>

CAPITULO III

3 MARCO METODOLOGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación es de tipo relacional, retrospectivo (implica menos costo ya que se cuenta con los datos recogidos) y transversal por que los individuos son observados una vez y solo pueden ser de tipo observacional la cual se ve los fenómenos y problemas tal como se presentaron.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El diseño de la presente investigación es de campo transversal, en el cual se hace un análisis prospectivo de cuáles son los factores que influyen directamente en el uso de prótesis dental removibles en pacientes adultos en el C.S. Carlos Showing Ferrari.

El diseño se va argumentar teóricamente en la exposición, la frecuencia con que ocurre un fenómeno y quien es, donde y cuando se está presentando determinado fenómeno.

3.3 POBLACIÓN

En este estudio se considerara a la población perteneciente a los pacientes adultos en el C.S. Carlos Showing Ferrari en el mes de diciembre 2015 a setiembre 2016.

3.3 MUESTRA

. En este contexto, para el estudio que se presentó tiene una muestra en pacientes mayores tanto femenina como masculino no probabilística porque serán elegido de manera intencional por conveniencia de 40 personas entre varones y mujeres en el C.S. Carlos Showing Ferrari.

3.4 INSTRUMENTO Y TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS

La recolección de datos se realizó en función de los objetivos e hipótesis planteadas en la investigación. En este sentido, se utilizara la técnica de la encuesta e historias clínicas y como instrumento la guía de observación y/o cuestionarios.

3.5 TÉCNICA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Una vez aplicado el instrumento los sujetos de estudio y recogidos los datos, se procedieron a su ordenación, tabulación y análisis a través de la estadística. Para llevar a cabo tal procedimiento, se realizó un análisis de frecuencias y porcentajes que se agruparan e interpretaran en base a las dimensiones de la variable, previa autorización de la Dirección de la E.A.P de Odontología de la Universidad de Huánuco en coordinación con la Clínica Estomatológica.

CAPÍTULO IV

4 RESULTADOS

4.1. APLICACIÓN ESTADÍSTICA

CUADRO No. 01

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EDAD

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<= 40	18	45,0	45,0
41 - 50	14	35,0	80,0
51+	8	20,0	100,0
Total	40	100,0	

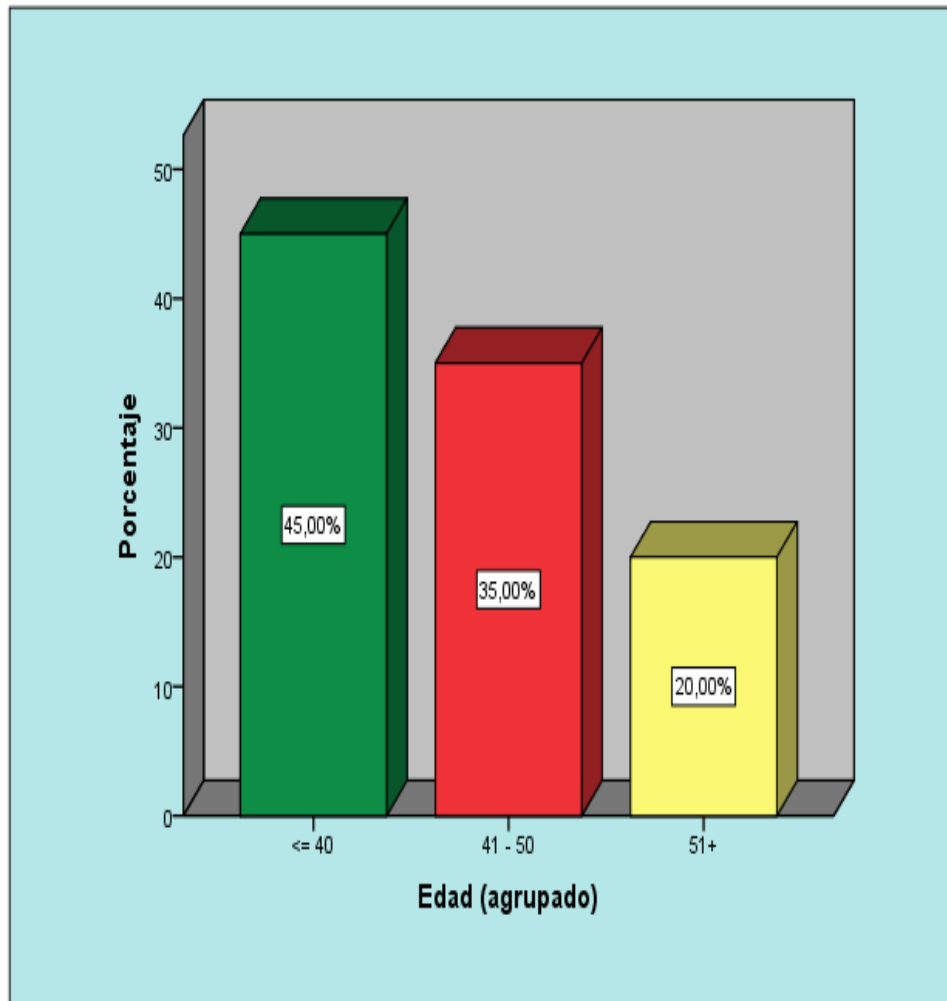
FUENTE: Ficha de recopilación de datos

INTERPRETACION Y COMENTARIO:

La distribución de los pacientes según sus edades muestra lo siguiente:

El mayor grupo de edad estuvo conformado adultos con edades menores de 40 años con un 45%; en segundo lugar, por adultos entre los 41 a 50 años, con el 35%; y finalmente los mayores de 50 años, con 20% del total.

GRÁFICO No. 01
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EDAD



CUADRO No. 02

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN SEXO

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	23	57,5	57,5
Femenino	17	42,5	100,0
Total	40	100,0	

FUENTE: Ficha de recopilación de datos

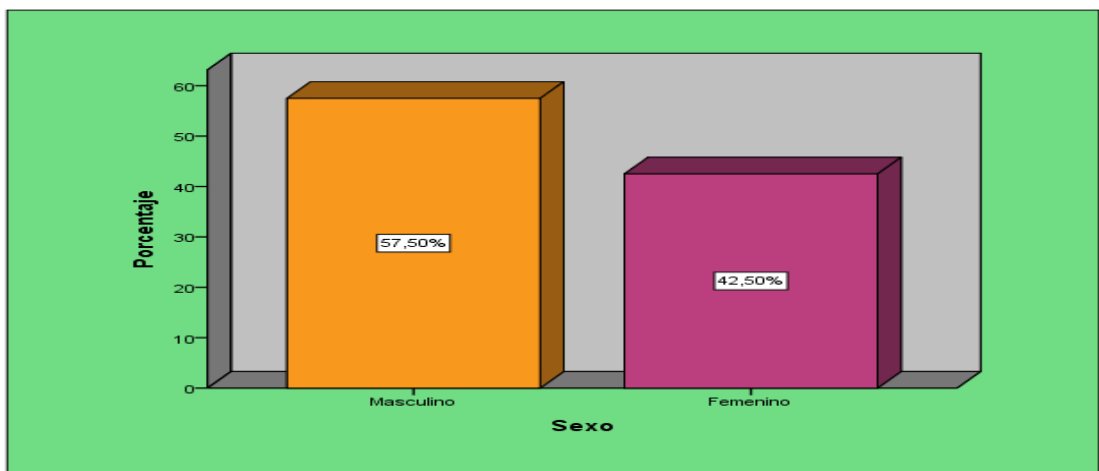
INTERPRETACION Y COMENTARIO:

El cuadro No. 02 presenta la distribución de los adultos según sexo; observándose lo siguiente:

Del 100% de los adultos que fueron observados; el 57,5% son de sexo masculino, mientras que el 42,5% restante, corresponde a adultos mayores de sexo femenino.

GRÁFICO No. 02

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN SEXO



CUADRO No. 03
DISTRIBUCIÓN DEL FACTOR BIOLÓGICO

Biológico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
A menudo	2	5,0	5,0
A veces	27	67,5	72,5
Rara vez	11	27,5	100,0
Total	40	100,0	

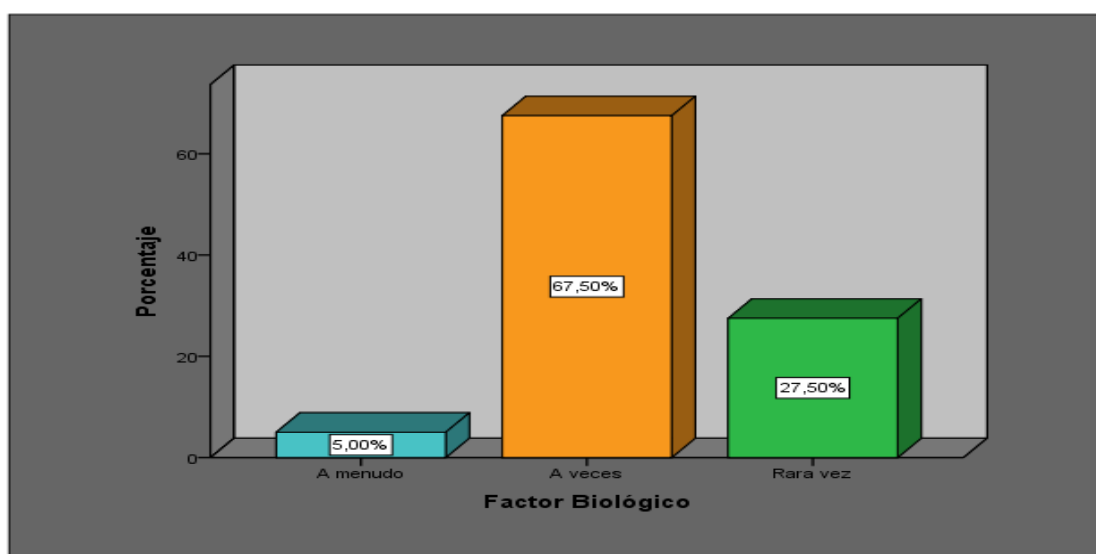
FUENTE: Ficha de recopilación de datos

INTERPRETACION Y COMENTARIO:

El factor biológico resultante de las preguntas realizadas a los adultos son los siguientes:

Observamos que, en primer lugar, de frecuencia, los adultos mencionaron como a veces al factor determinante para el uso de prótesis (67,5%); seguido de rara vez (27,5%) y solo a menudo en el 5%.

GRÁFICO No. 03
DISTRIBUCIÓN DEL FACTOR BIOLÓGICO



CUADRO No. 04
FACTOR BIOLÓGICO SEGÚN EDAD

		Factor Biológico				
		A menudo	A veces	Rara vez	Total	
Edad	<= 40	Recuento	2	13	3	18
		% del total	5,0%	32,5%	7,5%	45,0%
	41 – 50	Recuento	0	10	4	14
		% del total	0,0%	25,0%	10,0%	35,0%
	51+	Recuento	0	4	4	8
		% del total	0,0%	10,0%	10,0%	20,0%
Total		Recuento	2	27	11	40
		% del total	5,0%	67,5%	27,5%	100,0%

FUENTE: Ficha de recopilación de datos

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,146	4	,273
N de casos válidos	40		

INTERPRETACION Y COMENTARIO:

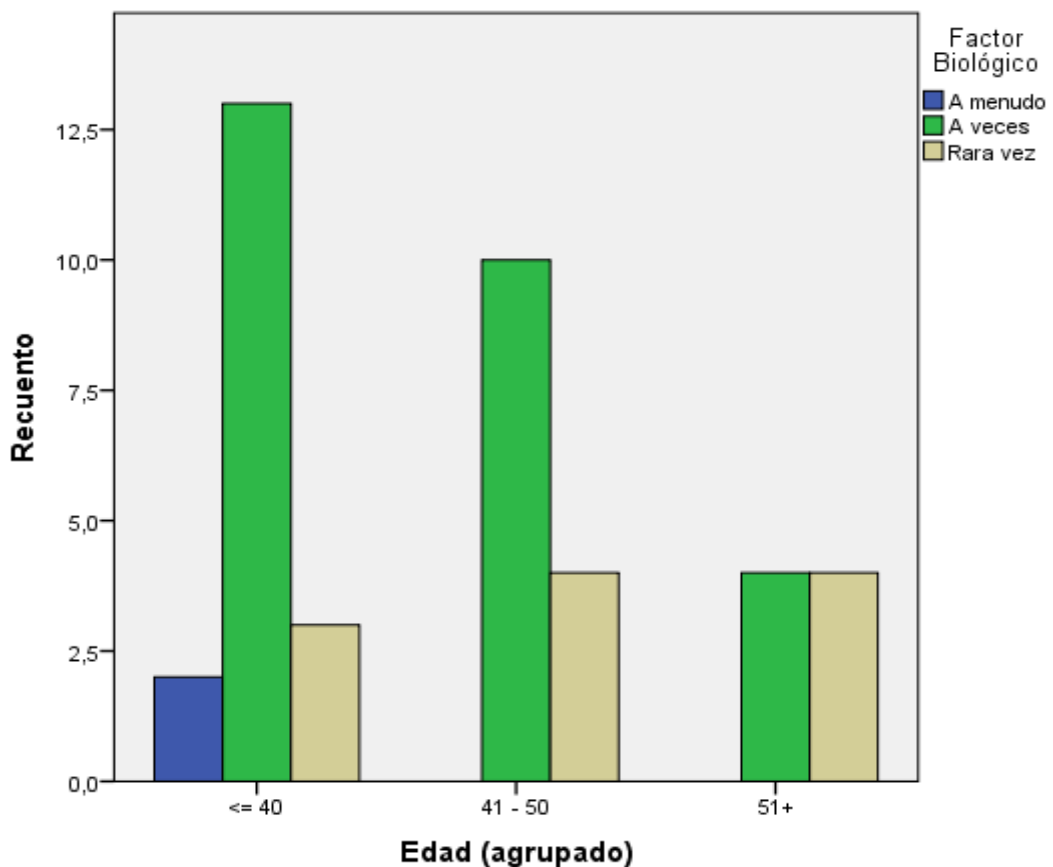
En cuanto al factor biológico según la edad de los entrevistados, registramos lo siguiente:

De las personas menores de 40 años, respondieron mayormente: a veces con un 32,5%; y menor frecuencia rara vez (7,5%) y a menudo (5%). Con respecto a los de edades entre 41 a 50 años, respondieron a veces en 25% y rara vez en 10%. Mientras que los pacientes mayores de los 50

años, mencionaron que el factor biológico determina el uso de prótesis, a veces y rara vez en el 10%.

A la inferencia estadística a través de la prueba. No Paramétrica de la chi cuadrada, obtenemos un valor de $p \text{ sig.} = 0,273$ ($p > 0,05$), por lo que rechazamos la hipótesis y concluimos que no existe relación estadística significativa entre las variables de estudio.

GRÁFICO No. 04
FACTOR BIOLÓGICO SEGÚN EDAD



CUADRO No. 05
FACTOR BIOLÓGICO SEGÚN SEXO

		Factor Biológico				
		A menudo	A veces	Rara vez	Total	
Sexo	Masculino	Recuento	2	14	7	23
		% del total	5,0%	35,0%	17,5%	57,5%
	Femenino	Recuento	0	13	4	17
		% del total	0,0%	32,5%	10,0%	42,5%
Total		Recuento	2	27	11	40
		% del total	5,0%	67,5%	27,5%	100,0%

FUENTE: Ficha encuesta

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,000 ^a	2	,368
N de casos válidos	40		

INTERPRETACION Y COMENTARIO:

El factor biológico según el sexo de los adultos mayores para el empleo de la prótesis, nos presenta las siguientes frecuencias:

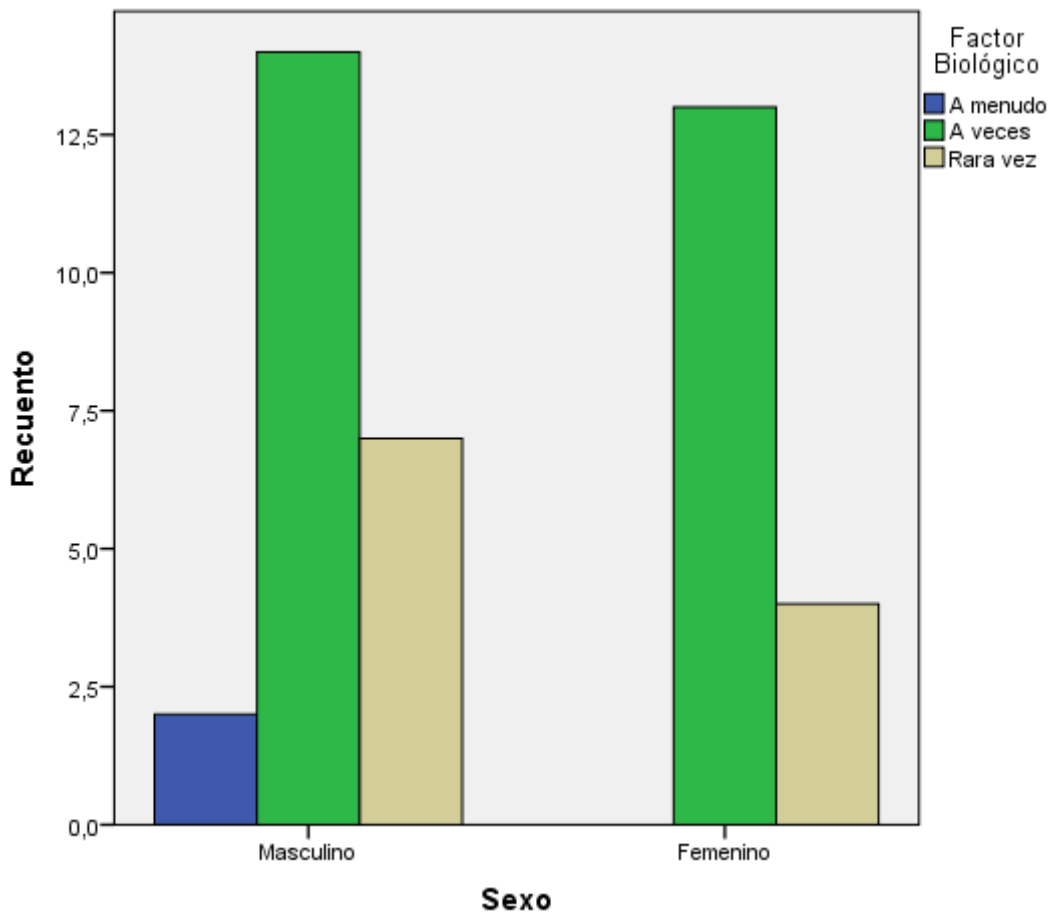
De los adultos mayores de sexo masculino, el 35% respondieron a veces; el 17,5% rara vez y a menudo en un 5%.

Así mismo para los adultos mayores de sexo femenino; el 32,5% respondieron a veces; el 10% rara vez, sin existir alguna respuesta de a menudo.

De igual forma, a la inferencia estadística mediante la prueba No Paramétrica de la Chi cuadrada, obtenemos un valor de $p \text{ sig.} = 0,368$ (p

> 0,05), por lo que rechazamos la hipótesis de investigación y concluimos que no existe relación estadística entre las variables de estudio.

GRÁFICO No. 05
FACTOR BIOLÓGICO SEGÚN SEXO



CUADRO No. 06
DISTRIBUCIÓN DEL FACTOR PSICOLÓGICO

Psicológico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Igual que de costumbre	6	15,0	15,0
Menos que de costumbre	28	70,0	85,0
Mucho menos que de costumbre	6	15,0	100,0
Total	40	100,0	

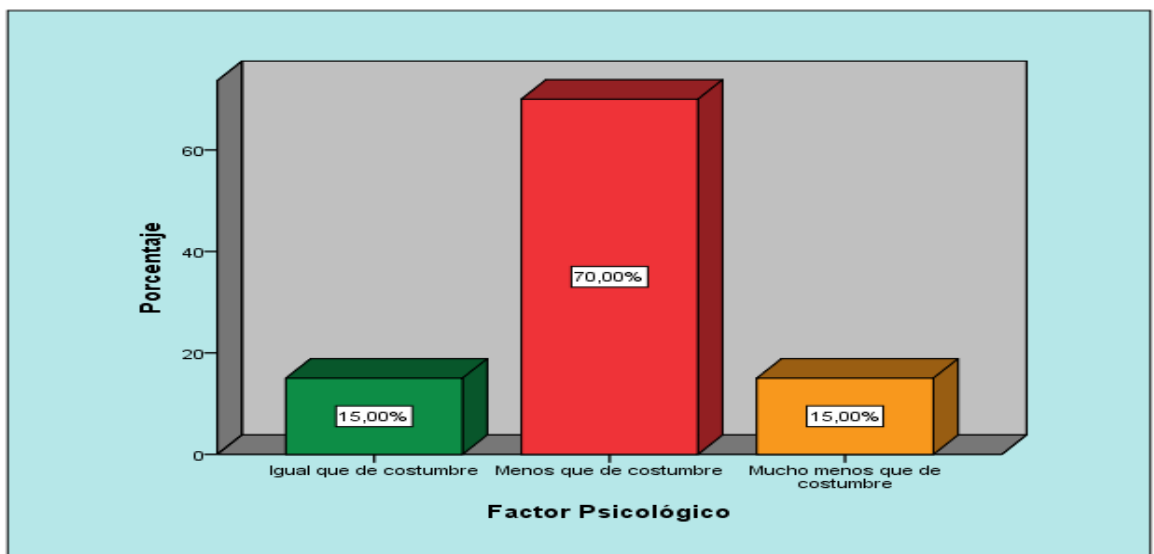
FUENTE: Ficha de recopilación de datos

INTERPRETACION Y COMENTARIO:

En cuanto al factor psicológico como factor determinante para el uso de la prótesis, registramos lo siguiente:

Con mayor frecuencia los adultos mayores respondieron como: menos de costumbre en un 70%, igual que de costumbre 15% y mucho menos que de costumbre en un 15% del total.

GRÁFICO No. 06
DISTRIBUCIÓN DEL FACTOR PSICOLÓGICO



CUADRO No. 07
FACTOR PSICOLÓGICO SEGÚN EDAD

		Factor Psicológico				
		Igual que de costumbre	Menos que de costumbre	Mucho menos que de costumbre	Total	
Edad	<= 40	Recuento	6	11	1	18
		% del total	15,0%	27,5%	2,5%	45,0%
41 - 50		Recuento	0	14	0	14
		% del total	0,0%	35,0%	0,0%	35,0%
51+		Recuento	0	3	5	8
		% del total	0,0%	7,5%	12,5%	20,0%
Total		Recuento	6	28	6	40
		% del total	15,0%	70,0%	15,0%	100,0%

FUENTE: Ficha de recopilación de datos

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,747	4	,000
N de casos válidos	40		

INTERPRETACION Y COMENTARIO:

Las frecuencias del factor psicológico según la edad de los adultos mayores fueron los siguientes:

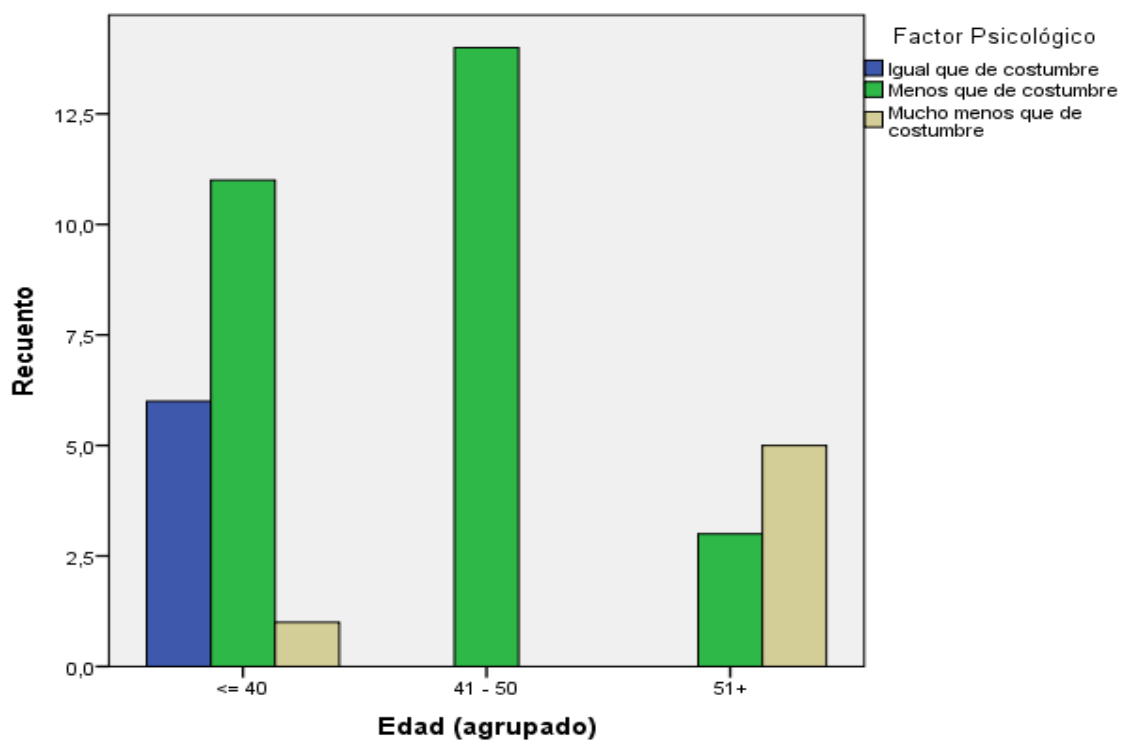
De las personas menores de 40 años, respondieron en mayor frecuencia: menos que de costumbre en un 27,5%; igual que de costumbre en 15% y

mucho menos que de costumbre 2,5%. Con respecto a los adultos de edades entre 41 a 50 años todos respondieron menos que de costumbre (35%); finalmente los mayores de 50 años. Mientras que los pacientes mayores de los 50 años, mencionaron mucho menos que de costumbre en 12,5% y menos que de costumbre en el 7,5%.

Este cuadro fue sometido a la inferencia estadística mediante la prueba No Paramétrica de la Chi cuadrada, obtenemos un valor de $p \text{ sig.} = 0,000$ ($p < 0,05$), por lo que aceptamos la hipótesis de investigación y concluimos que existe relación estadística entre las variables de estudio.

GRÁFICO No. 07

FACTOR PSICOLÓGICO SEGÚN EDAD



CUADRO No. 08

FACTOR PSICOLÓGICO SEGÚN SEXO

Sexo		Factor Psicológico			Total
		Igual que de costumbre	Menos que de costumbre	Mucho menos que de costumbre	
Masculino	Recuento	4	15	4	23
	% del total	10,0%	37,5%	10,0%	57,5%
Femenino	Recuento	2	13	2	17
	% del total	5,0%	32,5%	5,0%	42,5%
Total	Recuento	6	28	6	40
	% del total	15,0%	70,0%	15,0%	100,0%

FUENTE: Ficha encuesta

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,589	2	,745
N de casos válidos	40		

INTERPRETACION Y COMENTARIO:

Del total de adultos mayores entrevistados el factor psicológico según el sexo de ellos, presento lo siguiente:

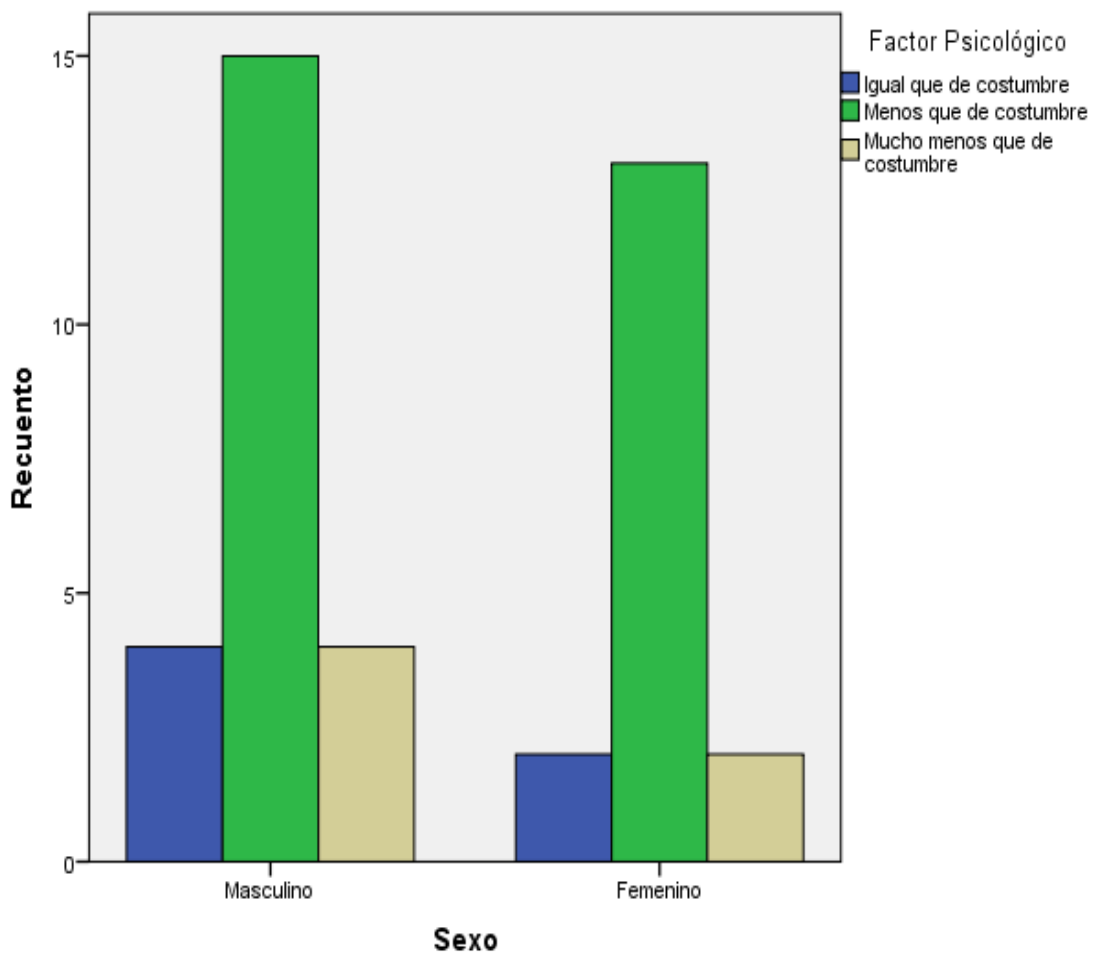
De los adultos de sexo masculino, el 37,5% respondieron menos que de costumbre; mientras que el 10% restante, mencionaron igual que de costumbre y mucho menos que de costumbre, respectivamente.

De igual manera, los adultos de sexo femenino; el 32,5% respondieron menos que de costumbre; y el restante mencionó igual que de costumbre y mucho menos que de costumbre, en el 5% para ambos grupos.

También se empleó la prueba No Paramétrica de la Chi cuadrada para el contraste estadístico, obteniendo un valor de $p \text{ sig.} = 0,745$ ($p > 0,05$), por lo que rechazamos la hipótesis de investigación y concluimos que no existe relación estadística entre las variables de estudio.

GRÁFICO No. 08

FACTOR PSICOLÓGICO SEGÚN SEXO



CAPITULO V

DISCUSION

En la presente investigación del análisis del presente estudio se encontró que en la medición inicial, el mayor grupo de edad estuvo conformado adultos con edades menores de 40 años con un 45%; en segundo lugar, por adultos entre los 41 a 50 años, con el 35%; y finalmente los mayores de 50 años, con 20% del total. La frecuencia de uso protésico no tuvo relación estadísticamente significativa con factor biológico, en cuanto al factor psicológico como factor determinante para el uso de la prótesis, registramos lo siguiente: por lo que rechazamos la hipótesis de investigación. ERCALIK - YALCINKAYA S, ÖZCAN. Registraron que el uso durante la noche, la edad de la prótesis y las condiciones de almacenamiento de los CRDP o PRDP mostraron un impacto más significativo en la incidencia de la lesión mucosa oral que en la frecuencia de la limpieza. Los programas de salud bucodental para prótesis removibles deben proporcionar específicamente educación sobre las instrucciones de uso de la prótesis; así mismo MENÉNDEZ L. LA HABANA. Encontró en sus 98 pacientes portadores de prótesis recibido orientaciones sobre la higiene, uso y cuidado de la prótesis, el 64,3 % no ha recibido las orientaciones y solo el 35,7 % sí, por la cual dijo más de la tercera parte de los partes manifiestan cepillar la prótesis 3 veces al día, la mayoría de los pacientes no se retiran la prótesis a ninguna hora y desconocen en qué consiste la estomatitis

sub-prótesis y el autoexamen bucal. BONNET G, BATISSE C, SEGYO JW. SANTIAGO Este estudio demostró que la renovación de prótesis removibles sólo moderadamente mejoró la calidad de vida relacionada con la salud bucal y la satisfacción de las prótesis dentales removibles de los pacientes, independientemente de la edad, sexo o tipo de rehabilitación. Otras tareas son necesarias, como el análisis de los parámetros fisiológicos y la investigación cualitativa sobre las expectativas del paciente. Estos resultados son similares a los obtenidos en nuestro estudio RODRÍGUEZ H, GARCÍA F, ECHEMENDÍA Y. La cual dice en su estudio de 175 pacientes mayores de 40 años de ambos sexos solicitaron atención estomatológica. En su mayoría, tenían entre 40 y 55 años, y predominaban ligeramente las mujeres, La mayoría de los entrevistados tienen un deficiente nivel de información en relación con la salud bucal, por la falta de programas preventivos es por esto que desconocen el uso de una prótesis total o removible y no dan importancia al cuidado de los dientes mucho menos a factores biológicos, técnicos ni psicológicos. Mientras que GARCÍA B, RODRÍGUEZ M, CASTILLO E. Las lesiones crónicas fueron las más prevalentes en este estudio y estuvieron muy relacionadas con factores como: estado de conservación de las prótesis, tiempo de uso, higiene de esta y sexo del individuo; pero al determinar la influencia independiente de cada factor con la presencia de lesiones, se estableció que solo el estado de conservación de las prótesis y su higiene afectó de manera importante a los adultos del estudio.

CONCLUSIONES

1. Los adultos en el C.S. Carlos Showing Ferrari, estuvo conformado en mayor porcentaje por varones y menores de 40 años.
2. Los adultos entrevistados, mencionaron en mayor porcentaje, que el factor biológico a veces es factor determinante para su uso.
3. También mencionaron que el factor psicológico menos que de costumbre determina el uso de la prótesis dental.
4. Los adultos menores de 40 años mencionaron que el factor biológico es determinante para el uso de prótesis dental.
5. Mientras que el factor psicológico de menos que de costumbre, fue más importante para los adultos de 41 a 50 años de edad.
6. El factor biológico a veces fue factor importante tanto varones como mujeres.
7. El factor psicológico fue menos que de costumbre determinante para los adultos varones y mujeres en el uso de la prótesis dental.

RECOMENDACIONES

- Brindar programas sociales en el cual se den charlas por parte de estudiantes y cirujanos dentista ha pacientes adultos en el transcurso de la rehabilitación protésica.
- Reforzar los conocimientos a todos los estudiantes de odontología sobre la rehabilitación protésica psicológicamente en el adulto, de esta manera enfocarnos en el bienestar emocional y funcional del paciente.
- Sugerir a los de servicio de Salud Pública realizar controles post tratamiento y corregir los defectos que las protesis puedan presentar de esta manera evitar consecuencias al contrario motivar a que asistan a sus controles.
- Darle importancia a la salud bucal, asistir al odontólogo de esta manera cuidar mejor nuestros dientes ya que la protesis no es igual ni cumple la misma función, es por esto que a través de esta tesis damos a conocer que todas las personas mayores tomen conciencia y cuiden sus dientes para asi tener una buena calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 JIMENEZ C, ESPAÑA, 2017, CALIDAD DE VIDA, FUENTE: <http://habitat.aq.upm.es/temas/a-calidad-de-vida.html>
- 2 JAVIER, BRASIL, 2013, FUENTE: <https://saludbucalxavier.wordpress.com>. 23 de mayo del 2013, p.23
- 3 *Ibíd.*, p. 40
- 4 JAVIER, BRASIL, 2014, FUENTE: <https://saludbucalxavier.wordpress.com>. 21 de mayo del 2014, 34, p.
- 5 ANDRADE D. ENFERMEDADES SISTÉMICAS Y SUS MANIFESTACIONES EN LA CAVIDAD BUCAL. GUAYAQUIL, JUNIO 2012. 34.P
- 6 *Ibíd.*,p.38
- 7 *Ibíd.*,p.48
- 8 *Ibíd.*,p.55
- 9 *Ibíd.*,p.65
- 10 GÓMEZ M, CAMPOS A, HISTOLOGÍA Y EMBRIOLOGÍA BUCODENTAL. EDICIÓN. 2DA. EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA, 2002. 482PP.
- 11 HENOSTROZA G, ESTÉTICA EN ODONTOLOGÍA RESTAURADORA. 1º EDICIÓN. MADRID; RIPANO SA... DL. 2006 P19.
- 12 PAREDES F, MEXICO, 2013, LA PERCEPCIÓN DE SALUD BUCAL COMO MEDIDA DE LA CALIDAD DE VIDA EN ANCIANOS. www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2003/od031d.pdf. Vol. IX. Enero-Febrero 2013. 21-25p
- 13 *Ibíd.*, p. 27-30.
- 14 *Ibíd.*, p. 35-37.
- 15 *Ibíd.*, p. 42-48.
- 16 FARINGTHON L, CHILE, 2009, FUENTE: <http://drfaringthon.com.do/recientes-investigaciones-relacionan-la-enfermedad-periodontal-con-otras-del-cuerpo/>. 62-67 p
- 17 *Ibíd.*, p. 72
- 18 *Ibíd.*,p. 76
- 19 *Ibíd.*,p.80
- 20 BONNET G, BATISSE C, SEGYO JW. "INFLUENCIA DE LA RENOVACIÓN DE PRÓTESIS REMOVIBLES EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL". SANTIAGO – CHILE. 2016
- 21 ERCALIK - YALCINKAYA S, ÖZCAN. "ASOCIACIÓN ENTRE LAS LESIONES MUCOSAS ORALES Y LOS HÁBITOS DE HIGIENE EN UNA POBLACIÓN DE PORTADORES DE PRÓTESIS REMOVIBLES". MEXICO. 2015
- 22 MENÉNDEZ L, LA CONSEJERÍA DE SALUD BUCAL Y SU UTILIDAD PARA LA

- ESPECIALIDAD DE PRÓTESIS ESTOMATOLÓGICA”. REV PERUANA V.40 N.2 CIUDAD DE LA HABANA MAYO-AGO. 2003.
- 23 RODRÍGUEZ H, GARCÍA F, ECHEMENDÍA Y. “SALUD BUCAL Y NIVEL DE INFORMACIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES. ÁREA NORTE. SANCTI SPÍRITUS. 2011”. GAC MÉD ESPIRIT VOL.17 NO.3 SANCTI SPÍRITUS, LIMA-CALLAO, DIC. 2015
- 24 GARCÍA B, RODRÍGUEZ M, CASTILLO E. “PRÓTESIS DENTALES Y LESIONES MUCOSAS EN EL ADULTO MAYOR”. CIENFUEGOS. MEDISUR V.8 N.1 ENE.-FEB. 2010
- 25 DONADO M. CIRUGÍA BUCAL. PATOLOGÍA Y TÉCNICA, 1º. ED. BARCELONA: MASSON, 1990.
- 26 MINISTERIO DE SANIDAD , ESPAÑA, 2005-2008,. ESTÁNDARES NACIONALES, ACTUACIÓN SANITARIA LOCAL Y ESTÁNDARES DE ASISTENCIA SOCIAL Y MARCO DE PLANIFICACIÓN. FUENTE: www.dh.gov.uk/publications
- 27 CASTAÑEDA J, DÍAZ L, LEE E. MEDICINA DENTAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS. 3º EDICION. COLOMBIA. EL MANUAL MODERNO. MARZO 2005, 12, p.
- 28 MORALES J. MEDICINA EN ODONTOLOGÍA: MANEJO DENTAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS - TERCERA EDICIÓN, EL MANUAL MODERNO, 2015. 610 PAGINAS
- 29 BERINI L. TRATADO DE CIRUGÍA BUCAL. EDITORIAL. ERGON 2003.P,105
- 30 Ibid., p.115
- 31 HERNÁNDEZ M. REHABILITACIÓN ORAL PARA EL PACIENTE GERIÁTRICO. 1º. ED. EDITORIAL. ERGON. COLOMBIA 2004, 130,P
- 32 Ibid., p. 144
- 33 CHAUCEY H, EL EFECTO DE LA PÉRDIDA DE LOS DIENTES SOBRE LA DIETA Y LA NUTRICIÓN. INT. MELLA. CHILE, 1984, J. 34; PP 98-104.
- 34 Ibid., p, 106-117
- 35 Ibid., p, 122-131
- 36 Ibid.,p, 140
- 37 AGANSKY Y, MALOS HÁBITOS ALIMENTICIOS SON PREDICTORES DE MALOS RESULTADOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DE EDAD MUY AVANZADA. BRASIL, 2008 CLIN NUTR; 82, P. 784-791. 4.
- 38 Ibid., p. 801-806
- 39 ARBONES G. NUTRICIÓN Y RECOMENDACIONES DIETÉTICAS PARA PERSONAS MAYORES: GRUPO DE TRABAJO SALUD PÚBLICA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN. ESPAÑA, 2003, NUTR. HOSP. VOL.18, N.3, PP. 109-137. ISSN 0212-1611.
- 40 Ibid., p. 142-148

- 41 Ibid., p. 151-156
- 42 SÁEZ R. CUBA, 2007, CAMBIOS BUCALES EN EL ADULTO MAYOR. FUENTE: bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/est11407.htm. 221-236 p.
- 43 Ibid., p. 255-261
- 44 GIL L, GARCÍA C, CARCEDO G. SALUD BUCAL EN ADULTOS MAYORES, OTOLOGÍA. EDICIÓN 2. EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA. 2004, 89,P
- 45 Ibid., p. 93.
- 46 DUQUE L, RUBIO H. SEMIOLOGÍA MÉDICA INTEGRAL. PRIMERA EDICIÓN. COLOMBIA 2006. EDITORIAL. UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. 324,P
- 47 Ibid., p. 362.
- 48 NISHUMURA, Y & ATWOOD, D. "CRESTAS RESIDUALES FILO DE LA NAVAJA: UN INFORME CLÍNICO". J. ODONTOLOGÍA PROTÉSICA; 71: CHILE,1994, 231-234 PP.
- 49 Ibid., p. 245-263.
- 50 BRODEUR, J. LA INGESTA DE NUTRIENTES Y TRASTORNOS GASTROINTESTINALES RELACIONADOS CON EL RENDIMIENTO MASTICATORIO EN LOS ANCIANOS DESDENTADOS. ESPAÑA, 1993, J. PROSTHET DENT.70: 468-73.
- 51 EL SISTEMA ESQUELÉTICO. MEXICO, 2015, FUENTE: www.anatolandia.com/2015/08/el-sistema-esqueletico-tejido-oseo.html.
- 52 BAXTER, C. RELACIÓN DE LA OSTEOPOROSIS A UNA EXCESIVA RESORCIÓN REBORDE RESIDUAL. MEXICO, 1981, J. ODONTOLOGÍA PROTÉSICA; 46; PP 123-125.
- 53 JIMÉNEZ R. ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE NEWTON EN LOS ADULTOS MAYORES PORTADORES DE PRÓTESIS BUCALES REMOVIBLES DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DEL SECTOR URBANO DEL CANTÓN LOJA. TESIS PARA LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE ODONTÓLOGO. ECUADOR 2016. 145-170, P.
- 54 Ibid., p, 182-189.
- 55 Ibid., p, 190-194.
- 56 BADEMER, O. LA SALUD DENTAL EN LA VEJEZ. CUADERNO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA. FAC. DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE CHILE: VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO. 2; CHILE, 1987, PP 9- 12.
- 57 FERNÁNDEZ M, RELACIÓN ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL Y EL USO DE PRÓTESIS PARCIALES REMOVIBLES EN ADULTOS MAYORES, APLICANDO LA ENCUESTA MNA. UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA, MEXICO, 2014. bb9.ulacit.ac.cr/tesinas/publicaciones/043481.pdf
- 58 COX, C Y COL. "DENTINA REPARADORA: FACTORES QUE INFLUYEN EN SU DEPOSICIÓN". EDICION X, CHILE, 1992, INT; 23: 257-270.
- 59 SEICHTER U. RAÍZ: CARIES DE LA SUPERFICIE UNA REVISIÓN CRÍTICA DE LA

- LITERATURA. J.AM DENT ASSOC 0,1987; 15: PP305.
- 60 CHAVEZ M, RELACIÓN ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL Y EL USO DE PRÓTESIS PARCIALES REMOVIBLES EN ADULTOS MAYORES, APLICANDO LA ENCUESTA MNA. UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA, MEXICO, 2014. FUENTE: bb9.ulacit.ac.cr/tesinas/publicaciones/043481.pdf. 156, p.
- 61 Ibid., p. 159.
- 62 Ibid., p. 167.
- 63 CHAUCEY, H., EL EFECTO DE LA PÉRDIDA DE LOS DIENTES SOBRE LA DIETA Y LA NUTRICIÓN. INT. MELLA. CHILE, 1984, J. 34, PP 98-104
- 64 MANNS, A & DÍAZ, G. FUNCIÓN MASTICATORIA. MANNS A. SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO. 1ª ED. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE: EDITORIAL XIMPAUSER; CHILE, 1995, 89- 99.PP
- 65 Ibid., p, 101-108.
- 66 Ibid., p. 110-114.
- 67 LIEDBERG, B. STOLTZE K, OWALL B. EL HÁNDICAP MASTICATORIO DE LLEVAR PRÓTESIS REMOVIBLES EN LOS HOMBRES DE EDAD AVANZADA. GERODONTOLOGÍA; 22: CHILE, 2005, 10- 16.
- 68 GUNNAR, C. "LA MORBILIDAD CLÍNICA Y SECUELAS DEL TRATAMIENTO CON DENTARES COMPLETOS". J PROSTHET DENT. 79 (1): CHILE, 1998 , 17-23. 1998.
- 69 GARRET, N. "ET AL". "EFECTOS DE LAS MEJORAS DE LAS PRÓTESIS DENTALES MAL AJUSTADAS Y NUEVAS PRÓTESIS SOBRE LA ACTIVIDAD MASETERO DURANTE LA MASTICACIÓN". J. PROSTHET DENT. 76 (4): 394-402,1996.
- 70 TALLGREN, A "LA REDUCCIÓN CONTINUA DE LOS REBORDES ALVEOLARES RESIDUALES EN PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS COMPLETAS: UN ESTUDIO LONGITUDINAL MIXTO QUE ABARCA 25 AÑOS". J. PROSTHET. MELLA. 27 (2): 120-132. P, 1972.
- 71 Ibid., p. 48-151.
- 72 HOLM P. LOE, H. "LIBRO DE TEXTO DE ODONTOLOGÍA GERIÁTRICA". LAS ENFERMEDADES EN LAS MEMBRANAS MUCOSAS ORALES Y DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES, 2ª EDICIÓN. Munksgaard, Copenhague, 1996. 584 p. 406-28. Cap 24.
- 73 HERNÁNDEZ, Y. "LA CANDIDIASIS ORAL EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN: PREVALENCIA, CORRELACIONES CLÍNICAS Y TRATAMIENTO". ORAL SURG MED ORAL PATHOL 1989; 68: 324-9
- 74 SAIZAR, P. "PROSTODONCIA TOTAL" SEGUNDA EDICIÓN BUENOS AIRES ARGENTINA 1972 494P. PAG. 111-125 CÁP. 6.
- 75 IBIT HERNÁNDEZ, Y. "LA CANDIDIASIS ORAL EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN:

- PREVALENCIA, CORRELACIONES CLÍNICAS Y TRATAMIENTO". ORAL SURG MED ORAL PATHOL 1989; 68: 324-9
- 76 SVENSSON, KAABER S. "FACTORES DE SALUD GERIÁTRICA Y LA FUNCIÓN DE LA PRÓTESIS EN PACIENTES INGRESADOS CON SÍNDROME DE BOCA ARDIENTE Y SUJETOS DE CONTROL". J. ORAL REHABIL 1995; 22: 887-895.
- 77 BERGDAHL J, ANNEROTH G, H. PERRIS "CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE BOCA ARDIENTE RESISTENTES" ACTA ODONTOL SCAND. 1995; 53: 7-11, P.
- 78 Ibid., p, 13-18.
- 79 Ibid., p. 22-26.
- 80 WINKLER, PROSTODONCIA TOTAL DE 1982 PÁG101-109.
- 81 Ibid., p. 114-117.
- 82 HOLM-PEDERSEN, P. LOE, H. "LIBRO DE TEXTO DE ODONTOLOGÍA GERIÁTRICA". PRÓTESIS FIJA EN ODONTOLOGÍA GERIÁTRICA, 2ª EDICIÓN. . MUNKSGAARD, COPENHAGUE, 1996. 584 P. 467-82. CAP 27.
- 83 ANGUS WG, JIMMY G "ET AL". "LA SALUD ORAL Y LA NUTRICIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES". DIARIO DE LA ODONTOLOGÍA DE SALUD PÚBLICA. 2000; 60 (4): 304-7.
- 84 SAIZAR P., "PROSTODONCIA TOTAL" SEGUNDA EDICIÓN BUENOS AIRES ARGENTINA 1972 494P. P. 69-91 CÁP. IV.
- 85 VÉLEZ, C. 2ET AL ". "TRATAMIENTO ESTÉTICO INTEGRAL DEL SECTOR ANTERIOR DE LA BOCA" REVISTA INTERNACIONAL DEL COLLAGE DE LA SECCIÓN DENTISIS CUATRO, VOL. 10 Nº 1, PÁG. 108 DE 2002.
- 86 Ibid., p. 113.
- 87 PAPALIA, D., WENDKOS, S. "DESARROLLO HUMANO". ED. MCGRAW-HILL.INC, COLOMBIA 1993; CAP 16. 692 P; PG 529-557.
- 88 "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. 116, P.
- 89 Ibid., p. 119.
- 90 Ibid., p. 124.
- 91 Ibid., p. 128.
- 92 LANGER, A. "FALLAS DE PROSTODONCIA EN PACIENTES CON TRASTORNOS SISTÉMICOS" DIARIO DE REHABILITACIÓN ORAL 1979; (6): 13-19.
- 93 MULLER F, G WAHL, FUHR K. "SATISFACCIÓN CON LA DENTADURA COMPLETA, AFÁN DE SUPERACIÓN Y ACTITUDES RELACIONADOS CON LA EDAD Y EL IMPLANTE AL TRATAMIENTO". GERODONTOLOGÍA. 1994; 22: 315. P.
- 94 Ibid., p. 318.
- 95 MATURANA H. "LA ÉTICA DEL RESPETO MUTUO". INSTITUTO DE FORMACIÓN

MATRÍZTICA <http://web.matriztica.org/555/article -2165.htm>, 132, p.

- 96 Ibid., p. 136.
- 97 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, 18, P.
- 98 Ibid., p. 24.
- 99 MISRACH C, P JIMÉNEZ, ABARCA G. "INFLUENCIA DE LA CALIDAD TÉCNICA PROTÉSICA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR". REV. CHILENA VOL ODONTOLOGÍA (53) .N | ° 2.DIC 2005. PÁG 19-25.
- 100 KNEZOVI`C, ZLATARI`C D, CELEBI`C .A, VALENTI`C - PERUZOVI`C .M, JEROLIMOV .V, PANDURI`C .J. UN ESTUDIO DE LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON DENTARES PARCIALES REMOVIBLES. J REHABIL ORAL 2003 30, (8); 847-854.
- 101 KNEZOVIC-ZLATARIC D. "UNA COMPARACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ENTRE LOS PORTADORES DE PRÓTESIS COMPLETAS Y PARCIALES REMOVIBLES". J.DENT. 2003 SEP; 31 (7): 445, P.
- 102 Ibid., p. 450.
- 103 CARVAJAL C, M. SARMIENTO "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 DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE, 2003.
- 104 BOUCHER O. (2008). PRÓTESIS PARA EL DESDENTADO TOTAL. SÉPTIMA EDICIÓN. EDITORIAL MUNDI S.A.I.C.
- 105 LOZA D, H. RODNEY VALVERDE MONTALVO. (2007). DISEÑO DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE RIPANO EDITORIAL. 1 °. EDICIÓN. MADRID
- 106 BOUCHER O. (2008). PRÓTESIS PARA EL DESDENTADO TOTAL. SÉPTIMA EDICIÓN. EDITORIAL MUNDI S.A.I.C. 132, P.
- 107 IBI., P. 134.
- 108 LOZA D, H. RODNEY VALVERDE MONTALVO. (2007). DISEÑO DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE RIPANO EDITORIAL. 1 °. EDICIÓN. MADRID, 146, P.
- 109 BOUCHER O. (2008). PRÓTESIS PARA EL DESDENTADO TOTAL. SÉPTIMA EDICIÓN. EDITORIAL MUNDI S.A.I.C. 142, P.
- 110 Ibid., p. 146.
- 111 Ibid., p. 148.
- 112 Ibid., p. 152.
- 113 Ibid., p. 154.
- 114 LOZA D, H. RODNEY VALVERDE MONTALVO. (2007). DISEÑO DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE RIPANO EDITORIAL. 1 °. EDICIÓN. MADRID, 151, P.

- 115 VAN WAAS "RELACIÓN ENTRE EL USO DE UNA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE Y SATISFACCIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES". COMUNIDAD DENT EPIDEMIOL ORAL. 1994; 22: 315-8. P.
- 116 HEYINK JW, ESSEN JH, SCHAUB RMH: ". EL DENTISTA Y EL PACIENTE VALORACIÓN DE DENTARES COMPLETOS EN POBLACIÓN ANCIANA HOLANDESA" COMUNIDAD DENT ORAL EPIDEMIOL. 1986; 14: 323-6.P.
- 117 FRANK RICHARD P, PETER MILGROM, LEROUX BRIAN G, HAWKINS NASTALIE R. "LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE MANDIBULAR: UN ESTUDIO BASADO EN LA POBLACIÓN DE PACIENTE". J PROSTHET DENT .1998; 80: 36-45.
- 118 BOUCHER C, J HICKEY, G. ZARB PRÓTESIS PARA EL DESDENTADO TOTAL. EDITAR. MUNDI S.A.I.C Y F. 1ª EDICIÓN. BUENOS AIRES, ARGENTINA. 1977, PÁG. 69.
- 119 SAINAR P., PROSTODONCIA EDICIÓN TOTAL DE SEGUNDA BUENOS AIRES ARGENTINA 1972 PÁG. 138.
- 120 Ibid., p. 143.
- 121 WWW.SENAME.CL "SALUD MENTAL EN EL GRAN SANTIAGO". ANÁLISIS SECUNDARIOS BASE DE DATOS, GOBIERNO DE CHILE SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER, FEBRERO DE 2002.
- 122 FRIEDLANDER AH, NORMAN DC. "DEPRESIÓN ÚLTIMA VIDA: SU IMPORTANCIA PARA LA SALUD BUCAL" INT DENT J.2003. FEB; 53 (1): 41-50.
- 123 Ibid., p. 404-12.
- 124 Ibid., p. 41-50.
- 125 Ibid., p. 45-8.
- 126 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.
- 127 "EL TEJIDO T. OTRA MIRADA A AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES". J GERONTOLOGÍA (1972) 27: 91-94.
- 128 WAN T. "ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA LA PREDICCIÓN: UN ENFOQUE MULTIFACTORIAL". RES HITH SERV (1976) 11: 464-477.
- 129 GARRITY TF, ALGUNOS GW, MARX MB. "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA AUTOEVALUACIÓN DE LA SALUD". SOC SCI MED (1978) 12: 77-81.
- 130 LOCKE D, MILLERY. "EVALUACIÓN DE INDICADORES DE SALUD ORAL SUBJETIVO". J PUBLIC HLTH DENT (1994) 54: 167-176.
- 131 CRISTIAN KÖNIG, MONTENEGRO URIEL. "INFLUENCIA DE LAS FUNCIONES COGNITIVAS EN LA PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR SOBRE SU SALUD BUCAL". TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA .FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE, 2004.

- 132 ITURBE, IBÁÑEZ PÉREZ M, OLASKOAGA ARRATE A. "AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD EN EL ANCIANO: RELACIÓN CON LAS VARIABLES ALGUNAS SOCIOECONÓMICAS Y DE SALUD". ATEN PRIMARIA (1992); 10 (5): 771-6.
- 133 FERNÁNDEZ MERINO MC, VEREZ VIBERO L, GUDE SAN PEDRO F. "CRÓNICA MORBILIDAD Y AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD EN LOS ANCIANOS DE UNA COMUNIDAD RURAL". ATEN PRIMARIA (1996); 17 (2): 108-112.
- 134 ESPEJO ESPEJO J, MARTÍNEZ 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 ASOCIADOS SOCIO SANITARIOS" (PROYECTO ANCO) ATEN PRIMARIA 1997; 20 (1): 3-11
- 135 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.
- 136 LOZA D, H. RODNEY VALVERDE MONTALVO. (2007). DISEÑO DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE RIPANO EDITORIAL. 1 °. EDICIÓN. MADRID, 162, P.
- 137 BOUCHER O. (2008). PRÓTESIS PARA EL DESDENTADO TOTAL. SÉPTIMA EDICIÓN. EDITORIAL MUNDI S.A.I.C. 172, P.
- 138 LOZA D, H. RODNEY VALVERDE MONTALVO. (2007). DISEÑO DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE RIPANO EDITORIAL. 1 °. EDICIÓN. MADRID, 173, P.
- 139 BOUCHER O. (2008). PRÓTESIS PARA EL DESDENTADO TOTAL. SÉPTIMA EDICIÓN. EDITORIAL MUNDI S.A.I.C. 182, P.

ANEXOS

PLAN DE GUIA OBSERVACIONAL

PLAN DE GUIA OBSERVACIONAL

<u>DATOS PERSONALES</u>		
<u>NOMBRES:</u> GABY LIDA	<u>APELLIDOS:</u> LOARTE GARCIA	<u>EDAD:</u> 26
<u>DIRECCION:</u> Dámaso Beraum		<u>TELEFONO:</u> 951702253
<u>DATOS ACADEMICOS</u>		
<u>FACULTAD:</u> Ciencias de la Salud		<u>ESPECIALIDAD:</u> odontología
<u>DATOS DEL PROYECTO DE TRABAJO GRADO</u>		
<u>TITULO DEL PROYECTO:</u> FACTORES DETERMINANTES PARA EL USO DE PROTESIS DENTAL REMOVIBLE EN PACIENTES ADULTOS HUANUCO-2015.		
<u>LUGAR DONDE SE VA A DESARROLLAR EL PROYECTO:</u> universidad de Huánuco		<u>MODALIDAD:</u> personalmente
<u>BREVE EXPLICACION:</u> este trabajo tiene como finalidad describir, identificar y a desarrollar cuales son los factores determinantes que influye en el uso de prótesis dental removible en pacientes adultos así como el impacto que tienen sus complicaciones en la calidad de vida de dichas personas, de esta manera también en lo practico porque nos va a dar a conocer el uso de la prótesis removible y en lo metodológico brindando al autor la posibilidad de avanzar a nivel educativo, intelectual y profesional, ampliando sus conocimientos al uso de herramientas de investigación y revisión documental de esta manera aportar soluciones a un problema de salud pública.		
<u>TIEMPO DE DESARROLLO:</u> OCTUBRE – DICIEMBRE 2015		
<u>TUTOR:</u> C.D LUZ PRECIADO LARA		

INDICE DE SALUD ORAL GERIÁTRICO

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

Cuestionario de salud general de goldberg

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

EXAMEN CLINICO A LOS PACIENTES CON PROTESIS REMOVIBLE



ENCUESTAS REALIZADOS A LOS PACIENTES DE C.S CARLOS SHOWING FERRARI





FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

Título de la Investigación:

"Factores y determinantes para el uso de Prótesis dental Removible en Pacientes Adultos Huánuco 2015"

I. DATOS INFORMATIVOS DEL EXPERTO VALIDADOR

Apellidos y Nombres : CD. Sergio Fernández Briceño
 Cargo o Institución donde labora : Docente de la Universidad de Huánuco Odon.
 Nombre del Instrumento de Evaluación : Cuestionario
 Teléfono :
 Lugar y fecha : Universidad de Huánuco - 10 de Noviembre
 Autor del Instrumento : Cathy María García

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Indicadores	Criterios	Valoración	
		SI	NO
Ciudad	Los indicadores están formulados con un lenguaje apropiado y claro.		
Objetividad	Los indicadores que se están midiendo están expresados en conductas observables.		
Contextualización	El problema que se está investigando está adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.		
Organización	Los ítems guardan un criterio de organización lógica.		
Cobertura	Abarca todos los aspectos en cantidad y calidad		
Intencionalidad	Sus instrumentos son adecuados para valorar aspectos de las estrategias		
Consistencia	Sus dimensiones e indicadores están basados en aspectos teórico científicos		
Coherencia	Existe coherencia entre los indicadores y las dimensiones de su variable		
Metodología	La estrategia que se está utilizando responde al propósito de la investigación		
Oportunidad	El instrumento será aplicado en el momento oportuno o más adecuado		

III. OPINION GENERAL DE LOS INSTRUMENTOS

IV. RECOMENDACIONES

Huánuco, 10 de Noviembre de 2016

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA

C.D. SERGIO FERNÁNDEZ BRICEÑO

Firma del experto
DNI 70101809

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

Título de la Investigación:

"Factores Determinantes para el uso de Prótesis dental Removible en pacientes Adultos Huánuco 2015"

I. DATOS INFORMATIVOS DEL EXPERTO VALIDADOR

Apellidos y Nombres : *Flores Brubio Christopher*
 Cargo o Institución donde labora : *DOCENTE - UDU*
 Nombre del Instrumento de Evaluación : *CUESTIONARIO*
 Teléfono :
 Lugar y fecha : *UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO 10 de NOV,*
 Autor del Instrumento : *Gaby Jants Garza*

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Indicadores	Criterios	Valoración	
		SI	NO
Claridad	Los indicadores están formulados con un lenguaje apropiado y claro.		
Objetividad	Los indicadores que se están midiendo están expresados en conductas observables.		
Contextualización	El problema que se está investigando está adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.		
Organización	Los ítems guardan un criterio de organización lógica.		
Cobertura	Abarca todos los aspectos en cantidad y calidad		
Intencionalidad	Sus instrumentos son adecuados para valorar aspectos de las estrategias		
Consistencia	Sus dimensiones e indicadores están basados en aspectos teórico científicos		
Coherencia	Existe coherencia entre los indicadores y las dimensiones de su variable		
Metodología	La estrategia que se está utilizando responde al propósito de la investigación		
Oportunidad	El instrumento será aplicado en el momento oportuno o más adecuado		

III. OPINION GENERAL DE LOS INSTRUMENTOS

.....

IV. RECOMENDACIONES

.....

Huánuco, *10* de *Noviembre* de 201*6*



 Firma del experto
 DNI *41971686*

