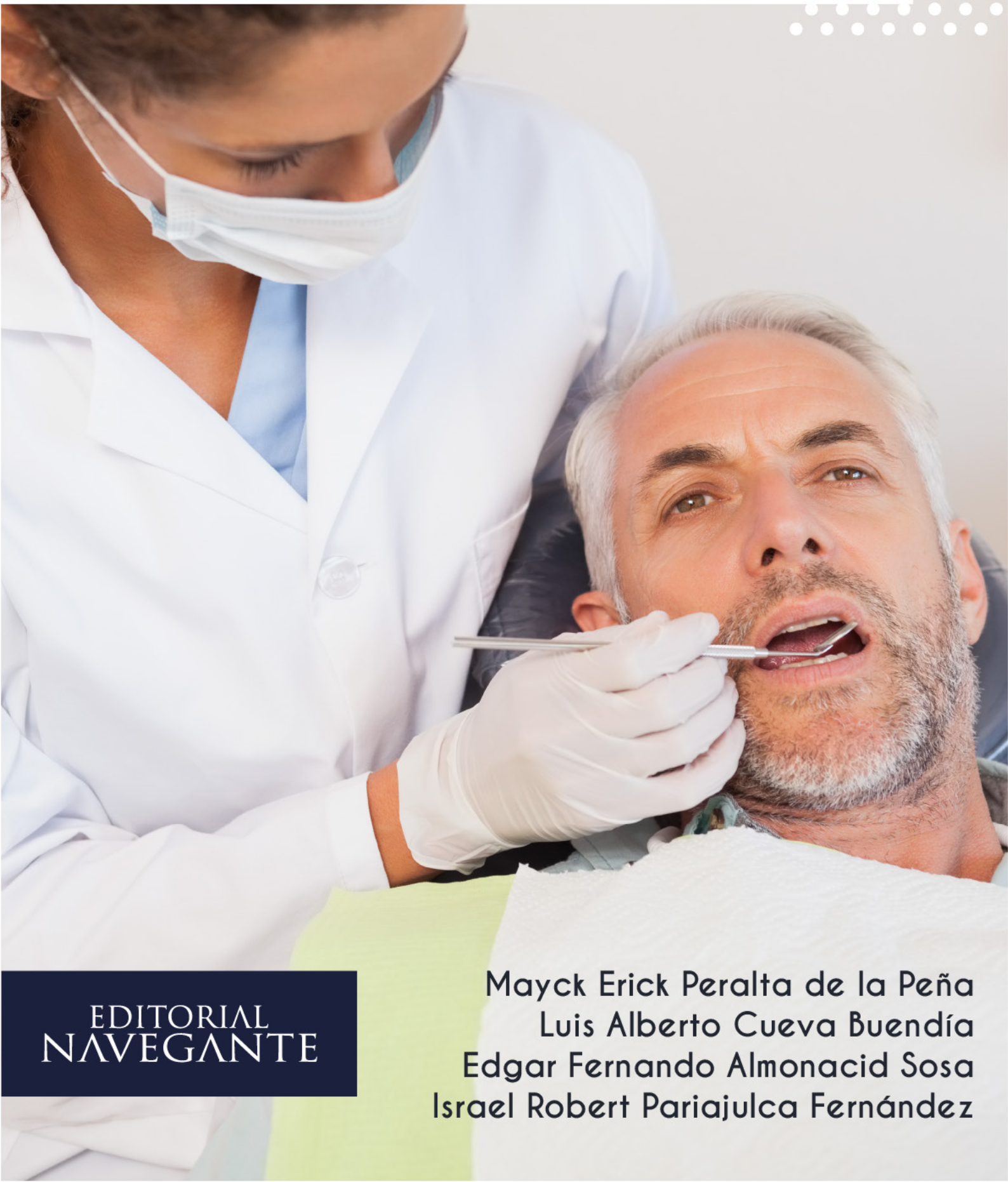


SALUD BUCAL Y AUTOPERCEPCIÓN

EN PACIENTES GERIÁTRICOS



**EDITORIAL
NAVEGANTE**

Mayck Erick Peralta de la Peña
Luis Alberto Cueva Buendía
Edgar Fernando Almonacid Sosa
Israel Robert Pariajulca Fernández

SALUD BUCAL Y AUTOPERCEPCIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS

MAYCK ERICK PERALTA DE LA PEÑA

LUIS ALBERTO CUEVA BUENDÍA

EDGAR FERNANDO ALMONACID SOSA

ISRAEL ROBERT PARIAJULCA FERNÁNDEZ

Mayck Erick Peralta de la Peña

Correo de contacto: mperalta@uroosevelt.edu.pe

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7019-9786>

Afiliación: Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt

Luis Alberto Cueva Buendía

Correo de contacto: lcueva@uroosevelt.edu.pe

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5003-7352>

Afiliación: Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt

Edgar Fernando Almonacid Sosa

Correo de contacto: ealmonacid@uroosevelt.edu.pe

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1773-3695>

Afiliación: Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt

Israel Robert Pariajulca Fernández

Correo de contacto: ipariajulca@uroosevelt.edu.pe

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3505-6261>

Afiliación: Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt

Todas nuestras publicaciones son sometidas a revisión doble-ciego de pares académicos (*Peer Review Double Blinded*).

Esta publicación cuenta con licencia Creative Commons Reconocimiento - NoComercial - SinObraDerivada 3.0 Unported License.



ISBN 978-628-7623-32-3

- © Mayck Erick Peralta de la Peña
- © Luis Alberto Cueva Buendía
- © Edgar Fernando Almonacid Sosa
- © Israel Robert Pariajulca Fernández

2023

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8415580>

© Editorial Navegante

www.editorialnavegante.com

Este libro es resultado de la investigación *Relación entre la salud bucal y su autopercepción, en adultos mayores de una clínica geriátrica de Huancayo - 2019*, realizada en la Universidad Peruana Los Andes.

Queda prohibida la reproducción bajo cualquier modalidad de toda o una parte de esta obra sin autorización expresa del titular de los derechos.

Diseño de carátula y composición: Editorial Navegante.

Edición electrónica: Editorial Navegante

Editado en Colombia

Published in Colombia

INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I	
LA SALUD BUCAL A NIVEL INDIVIDUAL Y COLECTIVO.....	13
1.1. La salud.....	13
1.2. Salud pública.....	14
1.3. Definición de salud bucal	16
1.4. Perspectivas para la construcción de la salud bucal.....	17
1.5. Patologías Bucales Frecuentes en el adulto mayor	18
1.5.1. Caries dental	18
1.5.2. Enfermedad periodontal	19
1.5.3. Xerostomía.....	21
1.6. Indicadores de salud bucal.....	21
1.7. Guía para el diagnóstico de la salud bucal.....	22
CAPÍTULO II	
CARIES: CONCEPTOS Y DEFINICIONES CON ENFOQUE GERIÁTRICO	25
2.1. Caries.....	25
2.2. Clasificación de la caries	25
2.2.1. Caries coronaria	26
2.2.2. Caries radicular.....	27
2.3. Índices de para la medición	27
2.3.1. Índices de la Historia de la Caries.....	27
2.3.2. Índices derivados del CPOD y del ceod	28
2.3.3. Índices que Identifican el Estado Dentario Asociado con Factores de Riesgo	28
2.3.4. Índice de Necesidad de Tratamiento para Caries Dental (INTC).....	29
2.4. Epidemiología de caries dental en la población geriátrica.....	30
2.5. Etiología y factores contribuyentes	30
2.6. Valoración geriátrica	32

CAPÍTULO III

ENFERMEDAD PERIODONTAL: CONCEPTOS Y DEFINICIONES CON ENFOQUE GERIÁTRICO	34
3.1. Definición de enfermedad periodontal	34
3.2. Gingivitis	34
3.3. Periodontitis.....	35
3.4. Progresión	36
3.5. Clasificación de la enfermedad periodontal.....	36

CAPÍTULO IV

AUTOPERCEPCIÓN EN EL ADULTO MAYOR.....	38
4.1. Definición de autopercepción.....	38
4.2. Cultura y autopercepción	39
4.3. Autopercepción y apoyo social percibido en el adulto mayor	39
4.4. Autopercepción de la salud bucal.....	44

CAPÍTULO V

SALUD BUCAL Y AUTOPERCEPCIÓN EN ADULTOS MAYORES DE UNA CLÍNICA GERIÁTRICA.....	46
5.1. Objetivo general	46
5.2. Objetivos específicos.....	46
5.3. Variables.....	47
5.3.1. Variable 1: Estado de Salud Bucal.....	47
5.3.2. Variable 2: Autopercepción de la Salud Bucodental	47
5.4. Tipo y diseño de investigación.....	47
5.5. Población, muestra y muestreo	47
5.5.1. Muestra.....	48
5.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	48
5.6.1. Técnicas.....	48
5.6.2. Instrumentos.....	49
5.6.3. Procedimientos de recolección de datos	49
5.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	50

CONTENIDO

5.8. Aspectos éticos de la investigación	50
5.9. Resultados.....	50
5.9.1. Resultados descriptivos.....	50
5.9.2. Resultados inferenciales.....	57
5.10. Discusión de resultados	59
5.11. Conclusiones.....	60
5.12. Recomendaciones.....	61

CAPÍTULO VI

REFLEXIONES FINALES.....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
ANEXOS.....	72

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Once funciones de la salud pública en 4 etapas.....</i>	16
Figura 2. <i>Distribución porcentual del género</i>	51
Figura 3. <i>Distribución porcentual del grado de instrucción.</i>	52
Figura 4. <i>Distribución porcentual de la salud bucal.....</i>	54
Figura 5. <i>Distribución porcentual de la autopercepción.....</i>	55
Figura 6. <i>Distribución porcentual del índice CPO-D.....</i>	56
Figura 7. <i>Distribución porcentual del índice periodontal comunitario.....</i>	57

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Frecuencia porcentual del género.....</i>	50
Tabla 2. <i>Frecuencia porcentual del grado de instrucción.....</i>	51
Tabla 3. <i>Frecuencia porcentual de la edad.....</i>	52
Tabla 4. <i>Frecuencia porcentual de la la salud bucal.....</i>	53
Tabla 5. <i>Frecuencia porcentual de la autopercepción.</i>	54
Tabla 6. <i>Frecuencia porcentual del índice CPO-D.</i>	55
Tabla 7. <i>Frecuencia porcentual del Índice periodontal comunitario.....</i>	56
Tabla 8. <i>Prueba de normalidad.....</i>	58
Tabla 9. <i>Matriz de correlación entre variables generales.....</i>	59

INTRODUCCIÓN

Durante el transcurso de la tercera edad se empieza a incrementar la morbilidad, es decir, la mayoría de las afecciones tienen incidencia en esta etapa, aunando factores psicológicos y sociales que cobran una gran relevancia en la medida en que existe una menor capacidad neuropsíquica de respuesta y, por ende, de adaptación al medio. Torrecilla-Venegas & Castro Gutiérrez (2020) indican que esta reducción de la respuesta homeostática va íntegramente relacionada a una gran cantidad de cambios fisiológicos, morfológicos, bioquímicos y psicológicos, fruto de la edad y el desgaste acumulado.

Del mismo modo, a medida que el tiempo transcurre, genera una disminución en las funciones protectoras de la mucosa oral, dejándola vulnerable a una gran diversidad de patógenos y químicos que interactúan en la cavidad oral. Espinoza et al. (2022) puntualizan las funciones de defensa que se ejecutan en este lugar y cómo una salud oral en mal estado puede afectar los aspectos sociales, funcionales y psicológicos, tanto a nivel médico como en la cotidianidad y autopercepción de los pacientes, teniendo un gran impacto en la calidad de vida de las personas.

La autopercepción tiene un efecto importante en el estado de salud y bienestar general. Se ha demostrado que en la medición de la percepción del estado de salud convergen elementos psicosociales, económicos y biológicos, y la salud bucal no escapa de ello, Navarro et al. (2020) aseguran que esta percepción representa una estimación confiable de la valoración que cada individuo genera de manera global. En este proceso, Deeks et al. (2009) comparten que se han hallado variables tales como la situación financiera percibida,

el apoyo social percibido, la edad y el género, así como otros motivos que podrían influir de manera tangencial y categórica.

En el presente libro se comparte un panorama profundo, comprensivo y humano sobre la relación entre salud oral y percepción personal puesto que se ubica en referencia a las personas mayores, y comprende este grupo etario específicamente en el Perú. Se abarcan los diversos problemas dentales comunes hasta cuestiones más complejas como la pérdida total de la dentadura y cómo estos aspectos pueden impactar el modo en que los pacientes se perciben a sí mismos y cómo se relacionan con los demás.

Además, esta obra abarcará las percepciones subjetivas de los propios participantes sobre su salud bucal, brindándonos datos de primera impresión. A menudo, la autopercepción puede diferir de la realidad clínica, y encaminarse a entender estas diferencias, logra proporcionar una visión más completa de esta experiencia. El conocimiento sobre envejecer con una salud bucal en constante evolución., busca exponer el abordaje de los desafíos de la salud oral en la población geriátrica de manera completa, integral y empática.

LA SALUD BUCAL A NIVEL INDIVIDUAL Y COLECTIVO

1.1. La salud

La salud es un espacio donde confluyen aspectos biológicos, sociales, individuales, privados, públicos, de acción y conocimiento. Cumple con el fin más alto del desarrollo al apuntar al logro de objetivos como individuo y sociedad. Por ende, su alcance indica si se están cumpliendo las metas trazadas por el colectivo y el ser humano, de manera cabal y concreta. Hurtado et al. (2021) citan acertadamente a la organización Mundial de la Salud (OMS) cuando contempla más allá de la simple ausencia de flagelos o enfermedades e incluye dentro de la salud un bienestar mental, social y físico. A pesar de que La Valle (2017) recuerda que esta definición representa un patrón de referencia, sus aspectos totalizantes apuntan a una valoración humana integral.

En la interacción de procesos dinámicos diversos se desarrollan diversos aspectos que incluyen la salud. En el caso individual y grupal se da en los espacios en que conviven y se desenvuelven. La salud es una condición importante que permite planificar, crear y desarrollar proyectos de vida, constituyendo una confluencia benéfica e ideal de salud física, mental y social. Es por eso que autores como Gómez, et al. (2019) definen la salud desde un punto de vista sociopolítico, como una condición necesaria para alcanzar la paz y la seguridad, dependiendo así de la labor del Estado y su cooperación con la población.

En este sentido, con el paso del tiempo surgen transiciones y cambios psicosociales que afectan el estilo de vida. Estos están comprendidos en modificaciones del contexto, la familia, las mudanzas económicas, políticas y culturales, que inciden en el individuo y en su autopercepción.

Rodríguez et al. (2016) consideran esta variable como la observación del propio individuo como entidad, conteniendo una serie de particularidades físicas y espirituales que lo diferencian de los demás. La valoración genera aceptación o rechazo dependiendo de lo que se considera como norma establecida en cada sociedad y ello puede contribuir al bienestar o al caso contrario durante la vida del sujeto.

La conjunción armónica de las circunstancias en las que se desenvuelve una persona (entornos beneficiosos, vivienda y condiciones sociales que alienten una satisfacción de las necesidades) y el ejercicio de prácticas saludables para el cuerpo (hábitos alimenticios, higiene adecuada, etc.) da como origen a la definición de calidad de vida, característica fundamental para lograr la meta de un estado de salud óptimo.

1.2. Salud pública

Neto et al. (2016) realizan un recorrido a través de los fundamentos y diferentes estudios acerca de la salud pública y sus variantes, empezando por los primeros acercamientos en torno a esta disciplina que surgieron hacia 1898 por Thorndike, quien estipuló una teoría de condicionamiento clásico e instrumental en base a las respuestas de los sujetos y su búsqueda por estímulos positivos. Luego pasan a la propuesta de Maslow en 1954, plasmada en su teoría de las necesidades humanas y cuáles son los estímulos que hacen avanzar la actividad humana. Posteriormente a ello se presenta el Empoderamiento de Zimmerman en 1999 sistema en el que se exhibe la idea del poder como una construcción donde se conjugan fortalezas y conductas proactivas de índole social. Dos teorías que se podría agregar a este universo y que cuentan con amplia vigencia son las de Laframboise (1973), quien habla de determinantes sociales de la salud de un modo holístico y Leavell & Clark, que han sido catalogados por Sánchez-Pérez & Velasco-Benítez (2017) como los precursores de programas de prevención, puesto que se dedicaron a investigar las enfermedades, pandemias y hecatombes como una entidad capaz de desarrollarse y evolucionar, necesitando protocolos preventivos para poder combatirlas.

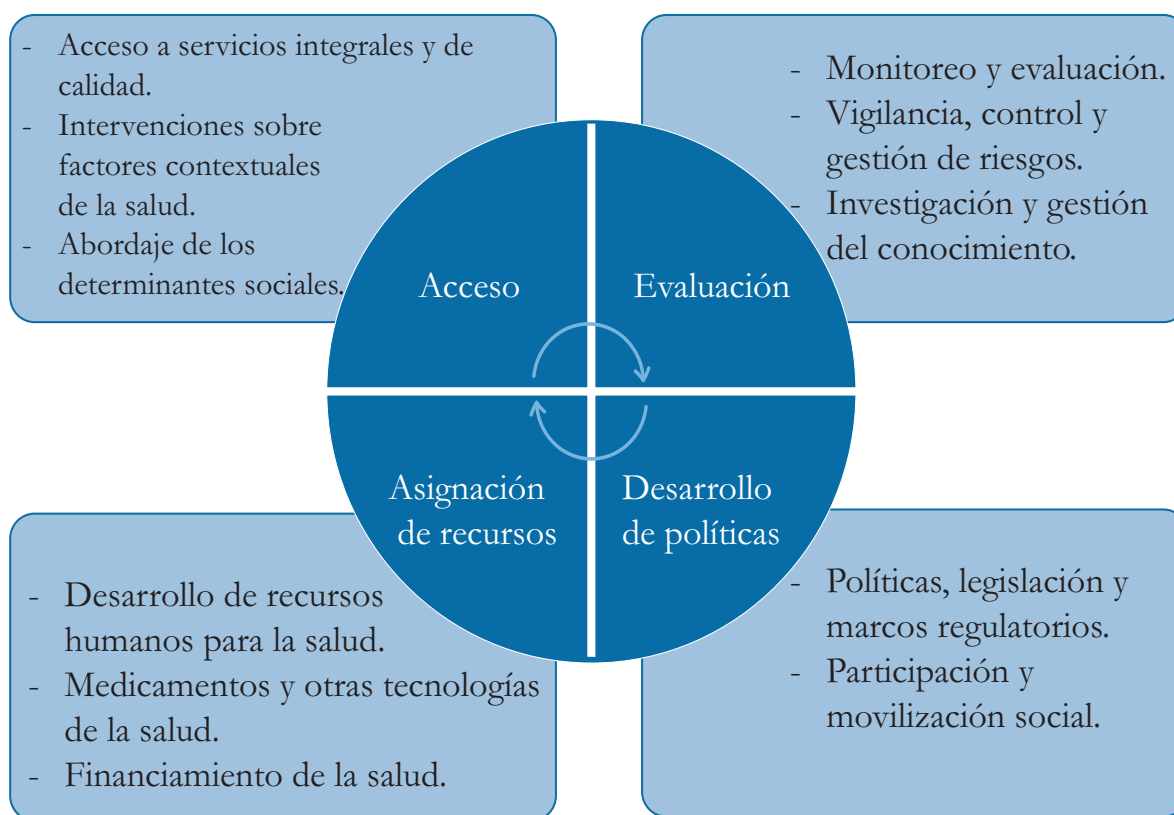
Fue Winslow (1920) uno de los primeros en definir conceptos precisos sobre la salud pública, a la que denominaba como una ciencia, pero también como un ars o destreza, encargada de la pervivencia de la especie y la promoción de un estado físico que permitiese el ejercicio de una vida digna. Este resultado sería fruto de un esfuerzo en conjunto por la comunidad en su deseo de autopreservación.

En otras palabras, la salud pública se definiría como aquel conjunto de políticas y medidas implementadas por las comunidades con el fin de promover la salud y prevenir enfermedades, contribuyendo así a la sostenibilidad social y el desarrollo. Es en su elaboración e implementación que el Estado debe hacerse partícipe como el ente garante de esta variable.

Estas funciones y misiones se enlazan perfectamente con las premisas expuestas por la Organización Mundial de la Salud (2020), y del mismo modo con los postulados de Juárez-Lira & Sánchez-Perales (2023) compartidos en la figura 1. Se pueden apreciar cuatro ejes principales, (acceso, evaluación, asignación de recursos y desarrollo de políticas), detallando sus funciones.

Instituciones educativas y gubernamentales han dedicado esfuerzos sobre los aspectos que abarca la salud pública. Dentro de esta política y el enfoque que debe primar, se puede aplicar a un tema específico como es la práctica odontológica, brindando relevancia a la íntima relación existente entre la salud general y la salud bucal. En consecuencia, se indica que, de general a particular, la salud pública, al contemplar la promoción de la salud, alude también a las enfermedades bucodentales, comprendidas dentro de su significado. Tal como exponen Rodríguez, et al. (2016) insertar la problemática de la salud bucal desde una perspectiva de salud pública y práctica sanitaria integral logra poner en relevancia la importancia de las funciones de prevención y promoción del área correspondiente.

Figura 1. Once funciones de la salud pública en 4 etapas.



Nota. Adaptado de Juárez-Lira y Sánchez-Perales (2023).

1.3. Definición de salud bucal

Es comprendida como el conjunto de técnicas a las que recurre una determinada o constituye parte crucial dentro de la salud del individuo. Montenegro (2011) asegura que su impacto tanto social, como físico y psicológico se encuentra asociado con la preservación y condición de la dentadura y los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal. Es allí donde se manifiestan funciones básicas para el funcionamiento del cuerpo humano, como la alimentación y la comunicación.

En los últimos años, el campo de la salud oral ha experimentado un desarrollo significativo frente a los nuevos retos clínicos que han surgido. Esto se traduce en nuevos

materiales de sustitución de piezas dentarias, técnicas revolucionarias, texturas realistas y disminución del daño estructural en la cavidad bucal. Del mismo modo han evolucionado distintas especialidades en el área odontológica, presentando nuevos enfoques y conceptos en endodoncia, cirugía, periodoncia, ortodoncia y periodoncia.

Del mismo modo en que se ha podido evidenciar este avance, el concepto mismo de la salud bucal debe seguir implementándose, asumiendo el de la salud pública como promoción de una serie de actividades individuales y grupales que garanticen el bienestar, hasta la toma de conciencia sobre el paciente, como un ente de relaciones, conectado con la familia, la comunidad y la sociedad en general.

Las enfermedades bucodentales, como el resto de las dolencias, han existido a lo largo de la historia, acompañando al ser humano en todas las regiones del mundo, Torrecilla-Venegas et al. (2020) consideran que éstas se pueden producir no sólo de manera espontánea sino como el resultado de prácticas sociales, fruto de creencias culturales y hábitos comunes. Esto determina actitudes alimenticias, prácticas de sanidad, uso de herramientas y otros que influyen en la salud oral de diversas maneras.

1.4. Perspectivas para la construcción de la salud bucal

Para adoptar una postura proactiva ante los problemas de salud bucal actuales, es necesario cambiar la actitud de las instituciones de educación superior hacia esta profesión y sensibilizar a los estudiantes sobre los factores sociales y contextuales que se encuentran integrados en el programa de estudios. La odontología comunitaria preventiva debe impulsarse como un importante programa de formación y especialización académica, así los educandos estarían en capacidad de desarrollar una pasantía en servicios de salud que fuese empática con las necesidades de la población.

La prevención en la salud bucal se inicia con los correctos hábitos alimentarios, y el cuidado de la cavidad oral (cepillado, controles periódicos, detección y tratamiento);

sumados a procesos inmunológicos. Sin embargo, los problemas socio-organizacionales de la salud pública y el talento humano podrían no alinearse con esta primera directiva. Franco-Giraldo (2021) advierte que no se debe reducir su campo de intervención sólo a la boca, olvidando la interconexión con el resto de los sistemas del ser humano, y del individuo con el sistema sanitario y el sistema social. Ese es el origen de la nueva perspectiva que se está construyendo, a partir de la participación de la comunidad, la comunicación y otros aspectos. Montenegro (2011) alega que este enfoque moderno, pretende restar importancia al aspecto estético, para brindársela a sistemas corporales, órganos, expectativas y deseos del individuo total.

Por ejemplo, desde el punto de vista de la relación con el entorno, se puede comprender que las causas de su comportamiento se involucren con el contexto inmediato. El nivel de sus progenitores o encargado de crianza, expondrán su conciencia sobre el cuidado de sí mismo y afectarán su salud. Al tomar esta información en cuenta podrían implementarse las políticas necesarias para intervenir y prevenir ciertos cuadros a nivel de la profesión odontológica.

1.5. Patologías bucales frecuentes en el adulto mayor

1.5.1. Caries dental

Según Moreira (2012), la caries dental es definida como el deterioro y pérdida de estructura dental como producto de la desmineralización de los compuestos sólidos que conforman la pieza dentaria. Para suceda, debe aparecer una placa bacteriana o película, adherida a los dientes. Durante el proceso del metabolismo, se generan ácidos que corroen el esmalte en cuanto entran en contacto con él, causando una continua pérdida de minerales y la formación de la caries propiamente dicha. Se considera una enfermedad infecciosa porque es producida por microorganismos, multifactorial porque presenta varios factores a la vez, y puede intervenir a lo largo de las etapas que conforman su proceso. La caries

dental constituye la causa principal de pérdida dental y en pacientes adultos se localiza generalmente a nivel radicular.

Actualmente se ha logrado identificar algunos factores que incrementan el riesgo de desarrollar caries dental. A mayor concentración de microorganismos cariogénicos la probabilidad será directamente proporcional. Por otro lado, el consumo indiscriminado de carbohidratos fermentables aumenta el riesgo, que podría disminuir si se aplicaran adecuadamente los protocolos de limpieza oral.

1.5.2. Enfermedad periodontal

Aunque es un aspecto al que normalmente no se le presta mucha atención, las encías son tan fundamentales como los dientes. Cuando sufren alguna enfermedad, se infectan los tejidos que los sostienen, causando su pérdida. Un gran número de población adulta y adulta mayor presenta síntomas de enfermedades en las encías que se desarrollan a lo largo de muchos años, sin presentar síntomas de dolor por lo que pasan inadvertidas. Mientras más tiempo permanezca en esta situación, los daños pueden ser irreversibles, sin posibilidad de reparar los tejidos de soporte. Aunque en su mayoría es provocada por placas de bacterias, existen muchos factores que pueden profundizar en los riesgos y la gravedad, como hábitos relacionados al tabaco y al alcohol.

Sojod et al. (2022) aseguran que la enfermedad periodontal presenta un origen disbiótico. En su forma más compleja o grave, afecta al 11, 2 % de la población adulta alrededor del mundo, teniendo un altísimo impacto en la salud del individuo. Las bacterias relacionadas con el cuadro de la periodontitis pueden contribuir de manera directa o indirecta a un estado inflamatorio general.

Es considerada la segunda causa para la pérdida de piezas dentarias, pero en el grupo de los adultos mayores podría estar superando a los porcentajes producidos por las caries. Se encuentra clasificada como una infección y su tratamiento se enfoca en la reducción

y eliminación de estos microorganismos, creando tratamientos de prevención y curación basados en técnicas para eliminar los depósitos de placa y lograr una adecuada higiene.

Algunos factores que podrían predisponer a presentar enfermedades periodontales por cuanto acrecientan su área de infección o su progreso si es que ya se ha contraído la infección. Estos incluyen las terapias con inmunosupresores, los cambios hormonales y la diabetes.

Gran número proporcional de adultos mayores participan de estas condiciones. Del mismo modo se ha indicado que la gingivitis o inflamación gingival podría ser provocada por medicamentos como la nifedipina, fenitoína y cefalosporinas, haciendo que la encía aumente de proporciones, llegando a cubrir el diente en algunos casos. Aunque parece una inflamación no implica la presencia de una enfermedad periodontal, aunque podría ser el inicio, estorbando en las funciones de limpieza y complicando el cuadro general.

Durante la etapa temprana, la enfermedad periodontal puede ser detenida. Si avanza, se hace necesario un tratamiento quirúrgico. Los adultos mayores deben estar atentos a los síntomas como son: sangrado de las encías en el momento del cepillado; enrojecimiento de las encías, dolor o hinchazón; piel de las encías separadas de los dientes; movimiento, sensación de que se encuentran sueltas; cambios operados en la mordida o cambios en el ajuste de las prótesis dentales parciales, mal hálito u olor persistente. El sangrado de las encías podría indicar el inicio de una dolencia que capaz de derivar en enfermedad periodontal. Las encías sangrantes suelen ir acompañadas de gingivitis local o sistémica.

La enfermedad periodontal puede presentar efectos sistémicos generalizados. Aunque, este efecto es limitado para algunos, la infección periodontal puede afectar la salud general de otros y puede servir como un indicador de riesgo para ciertas afecciones o enfermedades del sistema; esto afecta en su mayoría a los adultos de edad avanzada.

1.5.3. Xerostomía

La xerostomía, o sequedad de boca, puede estar relacionada, según Nagarajan y Gunasekaran (2022) a afecciones que incluyen enfermedades sistémicas, radioterapia y ciertos medicamentos. Suele presentarse en pacientes que se someten a procesos de hemodiálisis, afectando su calidad de vida. Otros síntomas que la acompañan son dificultades para masticar, hablar y tragar, presentando lesiones en la mucosa, la lengua y encías, así como infecciones fúngicas y bacterianas. Bossola (2019) complementa esto, señalando que la xerostomía se produce generalmente cuando se reduce el flujo salival debido a una atrofia o fibrosis de las glándulas que la forman. El origen de esto aún es incierto.

1.6. Indicadores de salud bucal

Los indicadores de salud oral están en consonancia con factores biológicos, como la herencia genética, sumados a elementos contextuales como el medio ambiente y un estilo o comportamiento que ha sido seleccionado por el paciente como parte de lo que incluye en el hacer de su propia vida. La parte oral del proceso salud-enfermedad de los individuos, familias y grupos sociales no emerge de este complejo proceso de toma de decisiones. En algunos casos, depende de condiciones específicas: reacción a ciertas sustancias, dietas con abundantes carbohidratos, acceso o no a los servicios de salud, responsabilidad personal, práctica o visitas periódicas a los servicios dentales, obtención y práctica de medidas funcionales, etc.

El diagnóstico de salud está constituido por el reconocimiento de la situación en la que se halla una comunidad y los factores que la condicionan, de cuya precisión depende la calidad del tratamiento de la salud de la comunidad, la familia y el individuo. Para realizar un diagnóstico son utilizadas informaciones de tipo clinicobiológico, higiénico-epidemiológico y social. Es la medición del estado de salud de la población, en un momento determinado, mediante el uso de indicadores como proponen Rojas-Calderón y Pachas-

Barriónuevo (2010):

- Nivel de satisfacción de la comunidad con la atención recibida.
- Nivel de conocimiento acerca de la salud bucal.
- Nivel de higiene bucal, evaluación de la placa dentobacteriana, medios de control y resultados.
- Epidemiología.
- Atención clinicoestomatológica: prevención, recuperación, rehabilitación.
- Sociales: alimentación, vivienda, trabajo, medio familiar y extrafamiliar.
- Factores de riesgo: biológico, ambientales, comportamientos socioeconómicos, culturales, naturales, interacción de lo biológico con otros.
- Vigilancia del estado de salud de la población: etapas (exámenes profiláticos, exámenes completos, medidas higienicosanitarias) y grupos (sanos, sanos con riesgo, enfermos y enfermos con secuelas).

1.7. Guía para el diagnóstico de la salud bucal

El diagnóstico de salud se basa en el análisis de resultados utilizando un enfoque clínico biológico, higiénico epidemiológico y sociológico para identificar problemas de salud. Para el diagnóstico se sugieren los siguientes aspectos, como indican Rodríguez y Delgado (1996):

Estructura de la Población por Grupos de Edad.

- De 0 a 5 años (niños en el hogar y círculos infantiles).
- De 5 a 11 años (escolares de enseñanza primaria).
- De 12 a 14 años (escolares de la enseñanza media).

- Adultos jóvenes (de 15 a 25 años de edad).
- Embarazadas.
- Madres con niños menores de 1 año.
- Personas con enfermedades crónicas.
- Ancianos.
- Retrasados mentales.
- Otros.

Análisis de la mortalidad dentaria en el período, según:

- Datos estadísticos.
- Datos de encuestas de la población sobre mortalidad dentaria.
- Causas de la mortalidad dentaria.

Análisis de la situación de salud.

- Población examinada (cobertura según grupos de población).
- Clasificación de la población según grupos (vigilancia).
- Sanos.
- Sanos con riesgo.
- Enfermos.
- Enfermos con secuelas.
- Análisis de las enfermedades bucales (morbilidad).
- Enfermedades de los tejidos dentarios duros.

- -Caries dental.
- -Otros.
- Enfermedades de la pulpa y tejidos periapicales.
- Enfermedades periodontales y de las encías.
- Anomalías dentofaciales, incluyendo maloclusión y ATM.
- Enfermedades de los maxilares.
- Enfermedades de las glándulas salivares.
- Enfermedades de los tejidos blandos de la cavidad bucal (excepto lesiones de las encías y la lengua).
- Afecciones premalignas y malignas.

CARIES: CONCEPTOS Y DEFINICIONES CON ENFOQUE GERIÁTRICO

2.1. Caries

La caries dental es una afección producida por múltiples factores, que da como resultado la pérdida o destrucción progresiva y local del tejido dentario. Moreno & Lara (2020) la clasifican dentro del grupo de las enfermedades bucodentales no transmisibles, y la integran a las que afectan a las personas durante toda la vida.

La OMS (2022a) la define como el resultado de un proceso localizado con origen multifactorial. Éste iniciaría luego de la erupción del diente, determinando su reblandecimiento a nivel de tejidos y su avance hasta la formación de una cavidad. De no tratarse a tiempo, podría llegar a afectar las actividades del paciente y su salud integral.

Es producida por la confluencia de tres estamentos, la saliva y los dientes de un paciente, el microbioma donde habitan los microorganismos y el sustrato o los huesos. Moreno & Lara (2020) consideran que esto ocurre por la transformación de la placa bacteriana que toma los azúcares y los convierte en ácidos que terminan disolviendo el esmalte y la dentina. El consumo de alimentos ricos en esta sustancia, sumado a la falta de limpieza, podrían alentar su surgimiento, llegando al extremo de perder dientes y sufrir infección.

2.2. Clasificación de la caries

La caries se clasifica en coronaria y radicular, dependiendo de la afectación topográfica dentaria. Berástegui et al. (1992) hace la diferenciación de que la primera se inicia en el esmalte y continúa en la dentina, por lo que es catalogada como una enfermedad dentaria primaria. En la segunda, el inicio se produce en el cemento para avanzar hacia la

dentina radicular, por retracción gingival fisiológica senil o por enfermedad periodontal previa. Taboada et al. (2000) aportan señalando que la caries radicular se encuentra en la población adulta mayor con más frecuencia. Los autores anteriores concuerdan en que ambos padecimientos dentales llevan por lo general a la extracción, sin particular interés por tratamientos que intenten conservar las piezas, llevando al edentulismo a una gran parte de la población geriátrica.

2.2.1. Caries coronaria

De acuerdo con Berástegui, et al. (1992), la caries coronaria se clasifica siguiendo los tópicos o enfoques a continuación:

2.2.1.1. Localización

- Fosas, surcos, fisuras: descritas por Méndez & Plaza (2000) como profundizaciones del esmalte que separan las elevaciones del diente y que cuentan con diversas morfologías, lo que genera una mayor prevalencia de caries en esta zona.

- Proximales: presencia en la superficie mesial o distal, tal como lo presentan Kim et al. (2021).

- Cervicales: se muestra donde el diente está en contacto con tejidos periodontales. Advierte Villafrancia (2020) que los síntomas demoran durante las primeras etapas hasta que aparece un dolor profundo.

2.2.1.2. Profundidad

- Adamantina: se puede encontrar en el esmalte, López (2009) la describe como un tipo de mancha blanca que se presenta con hoyos o fisuras en la superficie adamantina, lesión cariosa inicial en las paredes laterales.

- Amelo-dentinaria (superficial o profunda): Inicia por el esmalte o cemento y avanza

hasta la dentina. Se diagnostica a simple vista, sin necesidad de una radiografía.

2.2.2. Caries radicular

- **Cementaria:** El cemento es un tejido menos espeso que el esmalte, y las lesiones siguen un patrón similar a las explicadas en las alteraciones estructurales del esmalte, pero su progreso es más veloz. Granero et al. (2019) consideran que suelen ser lesiones más extensas, pero poco profundas con bordes menos definidos y forma de “u” en sección transversal.

- **Cemento-dentinaria:** Criollo (2017) se refiere al momento en que la pérdida de contenido mineral subsuperficial es mayor que en la mancha blanca del esmalte. Puede mantenerse activa o estar detenida por ciertos periodos de tiempo.

- **Grados de caries radicular:** Se caracteriza por una lesión incipiente, seguida de una lesión poco profunda, de menos de 0,5 mm. Luego se encontraría una cavitación de más de 0,5 mm. de profundidad, sin afectación pulpar y por último se presentaría la cavitación con afectación pulpar.

- Por su localización, las lesiones cervicales dentarias pueden presentarse en esmalte, esmalte-dentina, cemento o cemento-dentina radicular.

2.3. Índices de para la Medición

Los índices describen los estadios del proceso salud-infección-atención y es plausible organizarlos en base a lo que ocurre de manera total. Piovano et al. (2010) proponen usar tipos de análisis como el historial médico previo, factores de riesgo, progreso de la caries, etc.

2.3.1. Índices de la Historia de la Caries

Los índices tradicionales según Piovano et al. (2010), son:

- CPOD (unidades de dientes permanentes cariados, extraídos y obturados).
- ceod (unidades de dientes primarios cariados, con indicación de extracción y obturados).
- CPOS (unidades de superficie dentarias permanentes cariadas, extraídas y obturadas).
- ceos (unidades de superficies dentarias primarias cariadas, con indicación de extracción y obturadas)

2.3.2. Índices derivados del CPOD y del ceod

- Índice significativo de caries dental (SIC: Significant Caries Index)

El SIC es el valor del CPOD alcanzado por el tercio de la distribución muestral con mayor índice CPOD. Se estableció para identificar a los individuos con índices de caries más altos en los grupos o poblaciones cuya prevalencia hubiera alcanzado niveles aceptables de acuerdo con los criterios establecidos por la OMS.

- Índice de cuidados dentarios

El Índice de cuidados dentarios (Care Index) identifica el porcentaje del componente obturado sobre el total de CPOD. Este indicador toma al diente como unidad de análisis y permite reconocer el cumplimiento de tratamientos curativos en relación con la historia de caries.

2.3.3. Índices que identifican el estado dentario asociado con factores de riesgo

Se determinan utilizando el Cariograma, o sistema interactivo para la categorización de pacientes que grafica el nivel de riesgo. Se toman en cuenta diez categorías de factores de riesgo:

- Escenario general (país o región)

- Escenario particular (grupo de pertenencia dentro del país o región)
- Historia de enfermedades sistémicas
- Experiencia de caries dental
- Morfología y composición de los tejidos dentarios
- Caracterización de la dieta en cuanto a contenidos y frecuencia de consumo
- Cantidad de biofilm de placa dental
- Cantidad de Streptococcus del grupo mutans en el biofilm de placa dental o saliva
- Historia de exposición a los fluoruros
- Cantidad y capacidad buffer de saliva

2.3.4. Índice de Necesidad de Tratamiento para Caries Dental (INTC)

Se basa en el proceso e historia pasada de caries. Desde las lesiones iniciales (mancha blanca) hasta las lesiones pulpares y sus consecuencias, así como su extensión bucal. La boca es reinterpretada como la unidad de intervención, a su vez, los dientes son otras unidades agrupadas por cuadrantes.

2.3.5. Índices basados en el proceso

Se crearon con el fin de obtener resultados más detallados para el registro, ya que la medida tradicional excluyendo las fases de precavitación no resulta suficiente para reflejar los cambios lentos registrados en la incidencia en las poblaciones actuales. Además, se ha demostrado que el diagnóstico de la caries registrado sólo a nivel de cavitación conduce a una subvaloración importante de la prevalencia real de la enfermedad. Entre estos índices se encuentran el Índice de Nyvad, el Sistema Internacional para la Identificación y Valoración de Caries dental (ICDAS II) y el Índice de Mount y Hume (localización y severidad) que

presentaron Piovano, et al. (2010).

2.4. Epidemiología de caries dental en la población geriátrica

Aunque son dolencias que podrían prevenirse, constituyen una carga importante y significativa para la salud de países alrededor del mundo. La OMS (2022a) muestra su alarma ante las consecuencias que pueden derivarse y se estima que afectan a un promedio de casi 3500 millones de personas.

El Perú presenta una alta tasa de dolencias odontoestomatológicas. Remuzgo & Remuzgo (2022) precisan que el 90 % de éstas, constituyen caries, el 85 % enfermedades periodontales y el 80 % mala oclusión, con lesiones en la mucosa bucal, cáncer bucal, VIH/sida y otros traumatismos. Por ello el Perú está catalogado como un país en estado de emergencia por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

2.5. Etiología y factores contribuyentes

Aunque se trata de una enfermedad con muchos factores se puede considerar como etiológicos o primarios: las características e interrelaciones de la dieta, el huésped y los microbios. Posteriormente, algunos autores sugieren que existen factores inhibitorios que contribuyen y determinan el desarrollo y progresión de las lesiones de caries, entre ellos: tiempo, edad, estado general de salud, fluoruro, nivel educativo, nivel socioeconómico, experiencia previa de caries, grupos de estudio de prevalencia y variables de comportamiento. Entre sus componentes de riesgo se encuentran:

- **El desarrollo o aparición de lesiones cariosas requiere la presencia de un huésped susceptible.** La primera vez provocan gran susceptibilidad, dando como resultado una elevada incidencia durante el período de erupción. Esto amaina después de 25 años y luego vuelve a su nivel. La superficie oclusal presenta la mayor incidencia de caries dental debido a su morfología, seguida de las superficies mesial, distal, bucal y lingual (aparte de los dientes superiores, la superficie maxilar es la superficie donde se presenta la caries dental)

con mayor incidencia.

- **Microbios.** No se ha aclarado el significado etiológico de todos los componentes del microbioma, pero los estreptococos y los lactobacilos han recibido la mayor atención hasta el momento. Entre los primeros se encuentran no solo el grupo mutans de *Streptococcus*, que se ha demostrado de manera concluyente que promueve la caries dental en superficies lisas, sino también *S. Streptococcus sanguinis* y otros estreptococos. La relativa falta de estos microorganismos en la propia placa dental parece difícil de conciliar con el hecho de que muchas observaciones muestran que la abundancia de lactobacilos en la saliva revela no sólo la presencia de caries, sino también la caries inminente. esta acción

- **Dieta.** Aunque los carbohidratos fermentables son un factor nutricional esencial para las bacterias en la boca, esto solo es importante si la cantidad metabolizada por las bacterias es suficiente. La calidad de los alimentos que comes es tan importante como la cantidad que comes. En este caso, se cree que consumir toda la barra de chocolate tendría un efecto similar sobre las bacterias que comer una sola barra; el problema es durante el consumo porque las bacterias tardan más en producir ácido en la misma barra. comido en varios bocados, más dañino para los dientes; asimismo, el riesgo de infarto en los alimentos está relacionado con su consistencia, no solo por el contenido de azúcar, sino también por su tiempo de permanencia en la superficie del diente, pues si puede ser mayor, entonces la adherencia a la superficie del diente es menor, más extenso y mayor impacto en la caries dental

- **Proclividad.** Algunos dientes son más susceptibles a la caries que otros, y esto está determinado por varios aspectos de cada diente, como la superficie, la alineación, la textura, la anatomía, los factores genéticos, etc.

- **Permeabilidad del diamante.** Con el envejecimiento, los cambios en la composición de la capa exterior del esmalte reducen la permeabilidad del esmalte, lo que ocurre después de la erupción de los dientes. La composición del esmalte dental determina la fuerza de

resistencia al mismo y la progresión de las lesiones cariosas.

- **Anatomía.** La anatomía dental está involucrada en el desarrollo de lesiones cariosas, ya que algunas anatomías dentales son propensas a la acumulación de placa y comida pegajosa; también puede interferir con la higiene bucal

- **Genética.** Algunas personas son menos susceptibles a la caries que otras, en igualdad de condiciones, por lo que la genética está relacionada con la resistencia o la susceptibilidad a la caries. El tipo de caries es muy complejo y la caries no está asociada con un solo gen, por ejemplo, el gen del penacho, que está involucrado en el desarrollo y la mineralización del diamante, en algunos casos proporciona información adversa asociada con altos niveles de *S. mutans*, lo que lleva a un aumento de la susceptibilidad a la caries dental.

2.6. Valoración Geriátrica

La evaluación geriátrica o nueva tecnología en geriatría es un diagnóstico dinámico cuádruple definido como una evaluación interdisciplinaria que detecta, describe y especifica múltiples problemas en los adultos mayores. También, documentan los recursos y capacidades de una persona, hacen recomendaciones sobre las necesidades de servicios y desarrollan un plan de atención para problemas individuales.

Esto se realiza mediante un equipo interdisciplinario, formado por médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psiquiatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, podólogos, dentistas y nutricionistas. Las mejoras en el cuidado de los ancianos como resultado de las preguntas de evaluación geriátrica pueden mejorar la precisión del diagnóstico, mejorar el estado funcional y emocional, mejorar la supervivencia, reducir el uso de drogas, aumentar el uso de servicios en el hogar, reducir el número de hospitalizaciones y/o residencias, y reducir los costos de atención médica.

Los cuidados continuados en geriatría se dividen según la longitud del plazo. Los de corto plazo son tratados en la Unidad de Estancia Media (UEM) y comprenden una

rehabilitación, visita al hospital durante el día, consultas externas, a domicilio o el uso de centros sociales. Los de largo plazo mantienen niveles.

- **Nivel social:** asistencia domiciliaria, centros de consulta diaria y residencias de apoyo.

- **Nivel médico:** ayuda geriátrica, unidad de larga estancia (ULE) para pacientes crónicos, incluye todos los cuidados pertinentes a cargo de personal competente.

ENFERMEDAD PERIODONTAL: CONCEPTOS Y DEFINICIONES CON ENFOQUE GERIÁTRICO

3.1. Definición de enfermedad periodontal

De acuerdo con Peña et al. (2008), la enfermedad periodontal es una agresión patógena e inflamatoria, continua a nivel sistémico, por la gran cantidad de superficie de epitelio ulcerado de las bolsas que permite a través de tres mecanismos el paso de bacterias y sus productos al organismo:

- Infección metastásica o bacteriemia: los microorganismos ingresan al torrente sanguíneo, no son eliminados y se diseminan.
- Daño metastásico: por las endotoxinas y lipopolisacáridos liberados y letales para las células.
- Inflamación metastásica: por las reacciones antígeno anticuerpo y la liberación de mediadores químicos.

Se pueden clasificar en gingivitis y periodontitis, ambas patologías dentro de los marcos de tratamientos clínicos promedio. Sólo se considera como condición grave que concita la salud pública según la OMS (2022b) a la enfermedad periodontal grave.

3.2. Gingivitis

Hasta cierto punto es posible identificar y prevenir la gingivitis. Los diferentes métodos de detección (visual, examen y radiológico) pueden llevar a un diagnóstico preciso, requiriéndose que cooperen para hacer acopio de la mayor cantidad de información posible.

La gingivitis es una afección inflamatoria del tejido gingival, más comúnmente causada por una infección bacteriana. Manu & Prachi (2023) acotan que, a diferencia de

la periodontitis, no existe pérdida de inserción y, por ende, no hay migración del epitelio de unión. La condición está restringida al área de tejido blando del epitelio gingival y tejido conectivo.

Las diferencias anatómicas de las personas hacen que los profesionales brinden distintas indicaciones a los pacientes, según la gravedad, las técnicas y cuidados necesarios. Dado que es necesaria una buena limpieza bucal, las indicaciones de prevención se enfocarán en este punto. Cuando el tejido periodontal se encuentra en buen estado, presenta las siguientes características:

- Se observan encías de color rosada, fibrosa, granular y queratinizada, de ancho mayor a 2 mm.
- Presencia de un surco menor a 3 mm, sin sangrar durante el examen de sonda, falta de facetas dentarias desgastadas junto a una buena calidad gingival.
- La cresta ósea alveolar se muestra sin alteraciones y presenta una textura homogénea. Se encuentra justo por debajo de la línea amelocementaria

3.3. Periodontitis

La periodontitis es una enfermedad inflamatoria de larga duración, mediada por el huésped y asociada a microbios que da como resultado la pérdida de la unión periodontal. Natto et al. (2018) incluyen dentro de sus características, la pérdida de soporte del tejido periodontal, que se manifiesta a través de la pérdida de inserción clínica (CAL), la pérdida ósea alveolar evaluada radiográficamente, la presencia de bolsas periodontales y el sangrado gingival.

Está relacionada con las malas prácticas de higiene que dan como consecuencia la acumulación o formación de biopelículas. Palomino (2020) menciona también los tratamientos de ortodoncia y el trauma oclusal en relación tanto a la gingivitis como la

periodontitis.

3.4. Progresión

Esta patología puede determinarse si se miden los cálculos y placa acumulados. Dependerá asimismo de los medicamentos consumidos, factores de la genética, nutrición, bacterias, hongos y virus presentados.

Se puede dividir en 4 momentos.

- **Lesión inicial.** No es posible determinarla desde el análisis clínico. Se incrementa la circulación por la dilatación de los vasos y presenta vasculitis gracias a los PMN (neutrófilos polimorfonucleares). Permanece de 2 a 4 días.

- **Lesión temprana.** Desde el día 4 al 7. Se realiza una infiltración leucocitaria en el tejido conectivo, por debajo del epitelio de unión. Sucede de forma similar en el surco gingival. Aparecen proyecciones interpapilares.

- **Lesión establecida.** Gingivitis crónica. Se desarrolla entre los días 14 a 22 produciéndose un éstasis sanguíneo con alteración del retorno venoso y anoxemia gingival. El color presentado por la encía es azul debido a la anoxemia y la hemoglobina descompuesta en sus colores básicos. La inflamación sube de intensidad y se marcan edemas y eritemas gingivales.

- **Lesión avanzada.** Extensión del proceso invadiendo el hueso alveolar.

3.5. Clasificación de la enfermedad periodontal

Periodontitis crónica

- Localizada
- Generalizada.

Periodontitis agresiva

- Localizada
- Generalizada.

Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas

- Asociadas a desórdenes hematológicos.
- Asociada a desórdenes genéticos.
- Otros.

Enfermedad periodontal necrotizante

- Gingivitis ulceronecrotizante.
- Periodontitis ulceronecrotizante.

Absceso periodontal

- Absceso gingival.
- Absceso periodontal.
- Absceso pericoronal.

AUTOPERCEPCIÓN EN EL ADULTO MAYOR

4.1. Definición de autopercepción

La autorreflexión sobre el estado y percepción de la salud constituye la base sobre la que se cimenta la construcción de un estilo de vida y forma de ser. Incide directamente en la percepción del individuo y determina sus interacciones con el contexto inmediato y general. A ello se le suman cambios y manifestaciones de índole cultural y política, creencias y motivos que afectan directa o indirectamente sobre este autoconocimiento.

Es por ello que se le considera como un indicador fiable para empezar a investigar el tema de la salud en su habilidad predictiva de mortalidad, morbilidad, estado, esperanza de vida y mortalidad. En la era moderna, las políticas de promoción y diferentes métodos que acompañan a los pacientes se han centrado en instrumentos fácticos y perceptivos, fijando nuevos objetivos como aumentar la esperanza de vida y brindar las condiciones necesarias para que los adultos mayores puedan disfrutar de esta etapa en óptimas condiciones.

El autoconcepto se refiere a la forma en que un sujeto es capaz de reflexionar sobre su propia salud a nivel social, funcional y mental. El resultado de este examen puede ser positivo o negativo, pasando a tomar determinadas acciones y trazando metas en diferentes plazos. Puello (2013) agrega que está conformado por todas las vivencias, las conclusiones que ha sacado de procesos de la vida cotidiana y saberes comunes. Puede estar enmarcado en un contexto sociológico a nivel general y psicológico a nivel más personal. Forma parte de su época de donde se nutre de conductas, percepciones y sentimientos. Aplicando el concepto al área de salud oral, se corresponde con distintos parámetros clínicos y observaciones de los pacientes sobre su propia salud y experiencias en el campo de su cuidado.

4.2. Cultura y Autopercepción

Cuando una positiva idea de la salud propia se encuentra con las condiciones de desarrollo adecuado, se obtiene el concepto de calidad de vida. Para ello se deben aunar dos condiciones, la externa que corresponde al contexto y la interna. fruto de su evaluación sobre la situación de salud en la que participa. Al constituir una valoración subjetiva, se considera relevante y tomada en cuenta como tal.

En ello radica la dualidad de complejidad y sencillez de los indicadores. Por un lado, la parte científica para predecir aspectos fundamentales y por otro, que, en cumplimiento de los mismos, el mismo paciente se sienta completo como parte de una superación personal.

La OMS aconseja una práctica activa de la salud auto informada como parte de la implementación de sus políticas y estudios en el campo de la salud, implementando encuestas y cuestionarios capaces de predecir la morbilidad y otras manifestaciones, aunque los resultados pueden variar dependiendo del método (comparativo o general) y las variables utilizadas para el análisis y el seguimiento de los casos.

Aunque las revisiones anteriores concluyeron que los efectos independientes de la salud percibida sobre la mortalidad eran consistentes, incluyeron todos los grupos de edad, ignorando la posibilidad de que las relaciones examinadas entre ellos fueran conductualmente específicas, particularmente en los ancianos.

4.3. Autopercepción y apoyo social percibido en el adulto mayor

Parra (2017) enfoca el envejecimiento como un cambio paulatino y natural en el individuo, un desgaste que se caracteriza por la aparición de patologías y ciertas limitaciones en las funciones lo que puede redundar de manera negativa en una disminución de la salud y calidad de vida. Muchos son los factores que influyen en la forma que esta etapa afectará a los individuos, sin embargo, no se puede sustraer importancia al estilo de vida en su evolución. El desarrollo de hábitos correctos ayudará a alcanzar estabilidad emocional y

orden en los aspectos que involucren la salud.

Para occidente, el envejecimiento presenta características negativas y reduccionistas, aduciendo que la senectud representa una pérdida general de facultades y decadencia del sujeto hasta un grado de dependencia e inactividad. Esta creencia afecta la aplicación de tratamientos y procedimientos de bienestar, al igual que los programas de asistencia que conforman la mayoría de modelos de salud pública que hoy existen.

En este sentido, la filosofía, la religión o cualquier otra práctica capaz del reforzamiento de un pensamiento positivo podría implementarse en aras de un estilo de vida activo en la vejez. La salud percibida constituye un tema complejo y en torno a ella han iniciado estudios importantes para descifrar sus interpretaciones y significados. Existen tres aspectos a tomar en cuenta dentro de sus componentes, como son los aspectos descriptivos, los aspectos del conocimiento y la autoestima.

Videra-García y Reigal-Garrido (2013) consideran como concepto clave para comprender la salud percibida, la autopercepción. Definen como tal a la forma de representar y describir la propia realidad en función de ideas ordenadas de forma jerárquica. En ella intervienen aspectos detallados y específicos como las emociones, la relación con el entorno social y el físico. Este juicio no permanece estático, sino que va cambiando a medida que se incorporan nuevas informaciones y datos.

Para el adulto mayor es crucial seguir siendo valorado y apoyado como un sujeto capaz

de seguir aportando a la sociedad que vive. De lo contrario, considerará que se van cortando y perdiendo la red de relaciones tejidas en torno a él que lo unen a la sociedad donde vive. Fernández et al. (2020) ven la asistencia social como la oportunidad para responder las demandas de la población adulta y revalorizar de esta forma al sector etario e impulsarlo en no cejar para seguir buscando su bienestar.

Esto último constituye un aliciente para la buena praxis de la salud bucodental, ya que un gran grupo de adultos mayores no asiste a tratamientos o los sigue puesto que no consideran necesaria la dentadura o desconoce los procedimientos de higiene bucal para preservarla y al estar inmersos en una cultura que los considera como personas en situación de carencia, permiten la pérdida de las piezas, sufriendo el riesgo de adquirir infecciones o cuadros derivados de la situación, impactando de manera negativa. Por lo tanto, se vuelve importante que el personal de apoyo de la clínica y los centros de asistencia social comprenda tanto la naturaleza de los métodos, como su protocolo de aplicación y lo que significan para los pacientes que los reciben.

La pérdida de dientes debido a las enfermedades periodontales o las caries, es común a los adultos mayores. Gutiérrez-Vargas et al. (2015) comentan que, asimismo, la actitud de los pacientes ante esta situación, la poca accesibilidad de servicios dentales, los costos elevados y la atención no preventiva y standard son los factores que contribuyen a que exista un alto porcentaje de individuos con pérdida total o parcial de la dentadura, llegando a sufrir de trastornos orales, o infecciones, situaciones que pueden revertirse a través de la restauración de las piezas dentarias.

Al no ser resueltos los problemas que involucran situaciones de salud oral negativa, se presentan escenarios como el dolor al masticar, dificultades al momento de consumir los alimentos, miedo o distancia al interactuar o relacionarse. Las alteraciones producidas por la reducción en la cantidad de dientes funcionales crean menores expectativas de salud en el paciente y afectan su autopercepción.

Aliaga-Díaz et al. (2016) afirman que los adultos mayores ven disminuidas sus expectativas de contar con una buena salud y por ello muchas veces permiten que avancen dolencias que podrían ser tratadas a tiempo con procedimientos sencillos. De acuerdo con este enfoque, los estudios realizaron se organizaron por diferentes grupos de edad y encontraron esta asociación solo en los mayores de 75 años.

Del mismo modo, la conciencia de sufrir alguna enfermedad que pueda interferir con el curso total de la vida, fue parte de las encuestas. Sin embargo, éstas no compartieron los aspectos metodológicos aplicados que permitieron sopesar su susceptibilidad al sesgo. Por ello no es posible concluir si los resultados son el reflejo de la auto información acerca de una diferencia entre síntomas de salud adversa y mortalidad o si responden a problemas de diseño estructural de la muestra y su aplicación o errores que incluyeron medir los parámetros en personas con cierto deterioro cognitivo, lo que afectaría la calidad de las respuestas puesto que lamentablemente no contarían con una sólida capacidad subjetiva para reflexionar sobre su propia salud.

Por otro lado, Álvarez (2009) argumenta que, si bien existe una degradación del material biológico durante el proceso del envejecimiento, el individuo está en total capacidad de adaptarse a nuevas funciones sociales. La falta de estas políticas, la carencia de servicios de apoyo y las percepciones sesgadas de los paradigmas actuales de salud tradicional, reducen las oportunidades de los adultos mayores de permanecer activos y sentirse útiles y autónomas. La falta de una adecuada vida en comunidad, debido a factores socioculturales, los lleva a sentirse no aceptados o requeridos, conduciendo a afecciones como ansiedad, depresión, falta de actividad física y dependencia de funciones.

Contar con un objetivo, mantener tareas específicas, enfocarse en metas es primordial para seguir desarrollando su potencial. Existe un alto porcentaje de adultos mayores que presentan discapacidades relacionadas con las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), para ellos es preciso un programa de evaluación y seguimiento a fin de conocer sus habilidades y procurar que continúen ejerciéndolas, así como crear un entorno social adecuado que incluya el apoyo social percibido además del soporte informativo y emocional como alicientes del envejecimiento exitoso.

Petretto et al. (2016) estudian el desarrollo de este concepto que incluye, además de favorables condiciones de salud, una gama amplia de factores biopsicosociales y la

reducción de enfermedades y discapacidades asociadas al rendimiento mental y físico. Es de esta forma que la población etaria de adultos mayores pueda alcanzar un papel cada vez más destacado y que difiere por completo de los conceptos e importancia que se le otorga a la vejez en las sociedades occidentales convirtiendo la edad en algo valioso, lejos del estigma y la pérdida de oportunidades y muy por el contrario lograr acceder a ocupar un lugar privilegiado dentro del contexto al que pertenece.

Los avances médicos han logrado el surgimiento de una creciente proporción de personas en etapa de adulto mayor. Esta población se ha convertido en un fenómeno que antes no se había presenciado en la historia de la humanidad y es por ello que se deben crear y enfrentar retos de forma creativa y profesional, promoviendo organizaciones de servicios sociales y de salud, implementando redes dinámicas y participativas, a fin de ofrecer servicios integrados de alta calidad. Esto ofrecerá un nuevo horizonte de oportunidades y expectativas en compromiso con poner a disposición, nuevos logros científicos y tecnologías médicas, así como políticas nacionales de protección, en conjunción con las alianzas los sectores privados, públicos y la sociedad civil.

Durante las reuniones en la asamblea sobre el envejecimiento dignos, la ONU (2002), instó a los países a nivel mundial a crear políticas de inclusión para la población del adulto mayor, con carácter de prioridad y así como garantizar los servicios de salud y seguridad social. Del mismo modo se hizo un llamado a los profesionales de la salud para asumir compromisos éticos de manera interdisciplinaria y atender las prioridades de los mayores con humanidad, profesionalismo y respeto. Todo ello encauza nuevos esfuerzos en el campo geriátrico, los mismos que deben explorar múltiples dimensiones de la salud de los ancianos.

Los lineamientos se concentran en la clara necesidad de una sociedad llamada a proteger con justicia a las personas mayores a la par que promueve actitudes sociales positivas y nuevas miradas a este estado como uno activo, independiente, responsable y lleno de

conocimiento. Con estas nuevas políticas se deben desarrollar enfoques capaces de reavivar el interés por el estudio sociocultural del envejecimiento y sus conceptos. Redescubrir el envejecimiento, revalorarlo, crear nuevas representaciones y modos de afrontarlo.

El envejecimiento exitoso requiere la expansión de todas estas ideas de investigación formal a fin de aplicarlas y crear una sinergia traducida en programas que aseguren a los adultos mayores un control sobre sus actividades, independencia funcional, autoestima y valor personal.

4.4. Autopercepción de la salud bucal

La forma en que cada individuo percibe su propio envejecimiento y salud puede ser un indicador clave de la adaptación y el bienestar en la vejez. En el caso de las personas de la tercera edad la autopercepción ha cobrado relevancia debido a que en diversas investigaciones se ha evidenciado que la autopercepción positiva es favorable para el bienestar físico y emocional. La autopercepción de la salud posee una capacidad significativa para pronosticar una diversidad de resultados, incluida la utilización del servicio, la angustia emocional, la morbilidad y la mortalidad. Por lo tanto, la mejora de la autopercepción positiva conduce a una mejor calidad de vida.

La autopercepción de la salud está relacionada al conocimiento, las creencias y las expectativas personales, se considera como una medida simple pero completa para evaluar la salud con base en múltiples dimensiones, constituye un indicador válido y relevante del estado de salud. Se ha utilizado como una medida independiente de las necesidades de salud de las poblaciones dadas las estrechas correlaciones observadas entre éste y otras medidas del estado de salud o indicadores de las necesidades de atención en salud.

Dicha asociación tiene un papel fundamental en la percepción de las personas, demarcando una cuestión subjetiva relacionada con la autoimagen, la aprehensión de las necesidades y la búsqueda de cuidados odontológicos. Además, hay evidencias de que

la autopercepción negativa de la salud guarda relación con indicadores de inequidades sociales, evidenciando la acción de los determinantes sociales de salud.

La disminución de la búsqueda de los servicios dentales a medida que avanza la edad posiblemente se debe a una percepción poco realista y a la tendencia de aceptar como normal la mala salud bucodental. Existen estudios que muestran que la autopercepción es un factor determinante y que también son importantes la educación, el nivel socioeconómico, el estado de la dentadura y el hecho de haber perdido todos los dientes.

SALUD BUCAL Y AUTOPERCEPCIÓN EN ADULTOS MAYORES DE UNA CLÍNICA GERIÁTRICA

5.1. Objetivo general

El objetivo fue determinar la relación entre el estado de salud bucal y la autopercepción de salud bucal en adultos mayores de la Clínica Geriátrica San Jacinto Huancayo en el año 2019.

5.2 Objetivos específicos

- Establecer el perfil general de género, nivel educativo y edad del adulto mayor de la Clínica Geriátrica San Jacinto Huancayo en el año 2019.
- Establecer la severidad del deterioro de la salud bucal en adultos mayores en el espacio contextual mencionado.
- Establecer la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal en los adultos mayores.
- Establecer la incidencia de caries dental en adultos mayores.
- Establecer la incidencia de la enfermedad periodontal en el adulto mayor.
- Establecer la relación entre el estado de salud oral en adultos (medido por caries usando el índice CPOD y enfermedad periodontal usando el índice IPC) y la salud oral auto informada medida por el índice GOHAI en los adultos mayores según sexo.

5.3. Variables

5.3.1. Variable 1: Estado de salud bucal

Ausencia de dolor orofacial, llagas bucales, infecciones, caries y enfermedades periodontales. Disponer de una buena salud bucodental es fundamental para gozar de una buena salud y calidad de vida. (Morata y Morata, 2019).

5.3.2. Variable 2: Autopercepción de la salud bucodental

Variable cualitativa ordinal. Percepción subjetiva de la buena salud bucal y la ausencia de dolor e infección relacionados con la función dentaria, entendida como un nivel de comodidad que permite a las personas desarrollarse en sus funciones. problemas de salud bucal. La matriz operacional de la investigación se muestra en el anexo 1.

5.4. Tipo y diseño de investigación

En cuanto a los métodos, es un estudio con un diseño no experimental porque no se modificaron las variables de estudio. Investigación descriptiva, correlacional y de enfoque correlacional.

5.5. Población y muestra

Se atendió una muestra representativa de pacientes atendidos en la clínica San Jacinto de Huancayo entre enero y febrero de 2019 utilizando proyecciones del año anterior (es decir 2018), dado que el total de pacientes atendidos entre 4 y 5 por día, es de alrededor de 90 por mes. 120 pacientes, por lo que la población de estudio osciló entre 180 y 240 adultos mayores.

5.5.1 Muestra

El tamaño de la muestra estuvo conformado por 190 adultos mayores.

Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres de la tercera edad solos o con familiares.
- Adultos mayores que no hayan sido diagnosticados con un trastorno mental que les impida participar en el estudio.
- Personas mayores que aceptaron voluntariamente participar, firmando una hoja de consentimiento informado.
- Ancianos con erupción o parcialmente edéntulos.

Criterio de exclusión:

- Personas mayores que no pueden escuchar o leer la escala o cuestionario de autoestima (GOHAI) debido a deficiencias físicas.
- Personas con discapacidades físicas que le impide abrir la boca para la evaluación intraoral.
- Personas mayores que sufrieron pérdidas de piezas dentales por causas distintas a caries y periodontitis.

5.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

5.6.1. Técnicas

Las técnicas utilizadas en la investigación fueron la observación y la entrevista.

5.6.2. Instrumentos

Los instrumentos utilizados en la presente investigación se encuentran en los anexos y son:

- Guía de entrevista que recoge información sobre el estado de salud bucal, englobando los datos para el cálculo del índice CPOD y el cálculo del índice PCI, que forma parte de la encuesta básica de salud bucal y las necesidades de tratamiento.
- Cuestionario de autopercepción de variables de salud bucal: Herramienta de recolección de datos de autopercepción de salud oral o cuestionario GOHAI que ha tenido aprobación tanto en España como en el Perú.

5.6.3. Procedimientos de recolección de datos

Los datos fueron recolectados mediante un examen clínico intraoral y cuestionario.

- Fue ejecutada la calibración de índices CPOD e IPC siguiendo las pautas sugeridas por la OMS. Se capacitó a un equipo de odontólogos y asistentes dentales para registrar los datos del examen. Se utilizaron fuentes de luz natural y artificial, espejo bucal, sondas periodontales, sondas y palas según protocolo.
- Los participantes recibieron una forma de llenado y se les tomó la huella digital según se informó para su consentimiento (ver archivo anexo). Se realizaron exámenes clínicos que incluyeron evaluación del índice de carias e índices de enfermedades periodontales. Posteriormente se pasó a completar el cuestionario GOHAI.
- El odontólogo investigador aplicó los instrumentos recolectados a la muestra total durante los meses de enero y febrero del 2019 en la clínica San Jacinto de Huancayo, llegando a un total de 190 pacientes adultos mayores.

5.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

El paquete estadístico utilizado fue SPSS 20. Para el análisis de correlación y prueba de hipótesis, se utilizó el coeficiente de correlación Rho de Spearman debido a la naturaleza cualitativa de las variables, así como el valor de P. Se procesaron los datos mediante un paquete estadístico IBM SPSS Base estadística 22.0.

5.8. Aspectos éticos de la investigación

Se utilizó el consentimiento informado y firmado por participantes. Se hizo salvaguardia del anonimato de los participantes.

5.9. Resultados

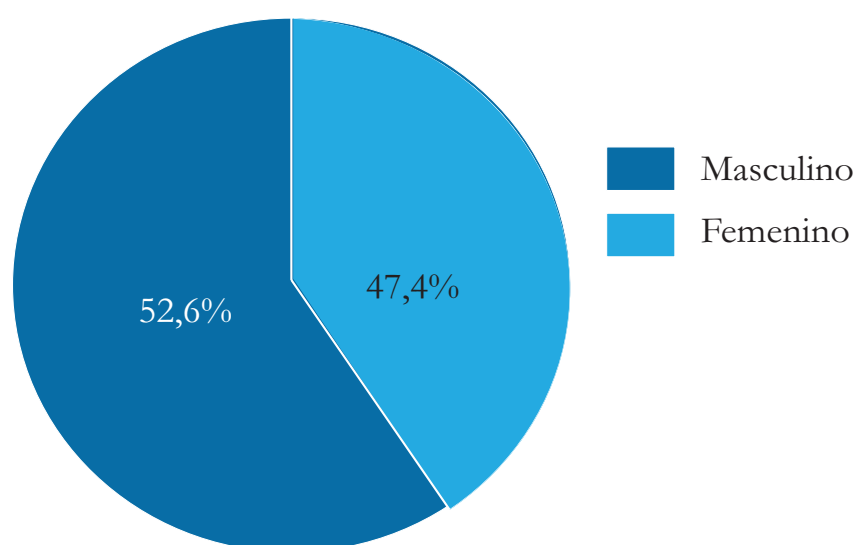
5.9.1. Resultados descriptivos

5.9.1.1. Perfil General de género, nivel educativo y edad del adulto Mayor

Tabla 1. *Frecuencia porcentual del género.*

	Frecuencia	Porcentaje válido
Masculino	90	47,4
Femenino	100	52,6
Total	190	100,0

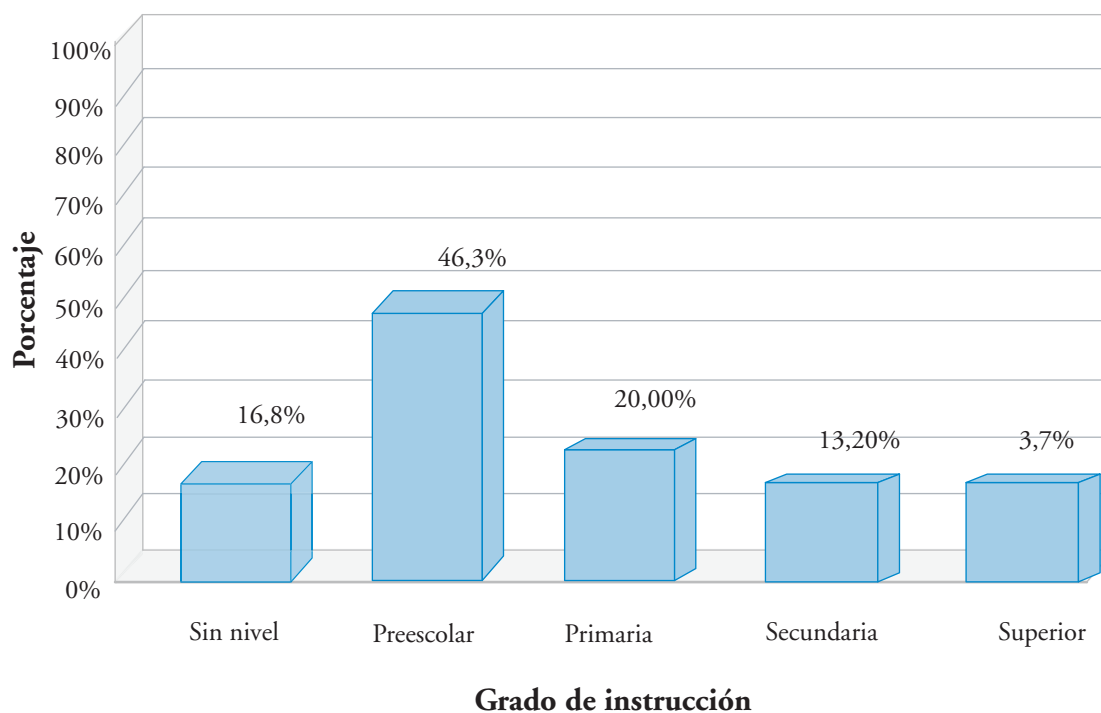
En la tabla 1 y figura 2 se muestran los resultados relacionados al género de la muestra de estudio. El 47,37 % de la muestra eran de género masculino y el 52,63 % de género femenino.

Figura 2. *Distribución porcentual del género.*

5.9.1.2. Grado de instrucción

Tabla 2. *Frecuencia porcentual del grado de instrucción.*

	Frecuencia	Porcentaje válido
Sin nivel	32	16,8
Preescolar	88	46,3
Primaria	38	20,0
Secundaria	25	13,2
Superior	7	3,7
Total	190	100,0

Figura 3. *Distribución porcentual del grado de instrucción.*

Se puede apreciar en la tabla 2 y figura 3 que el 16,8 % de la muestra se encontraba “sin nivel de instrucción”, el 46,8 % en “nivel preescolar”, el 20% “nivel primaria”, 13,2 % “nivel secundaria” y solo el 3,7% estudió el “nivel superior”.

5.9.1.3. Edad

Tabla 3. *Frecuencia porcentual de la edad*

Estadísticos EDAD		
N	Válidos	190
	Perdidos	0
Media		84.
Error estándar de la media		0,59877

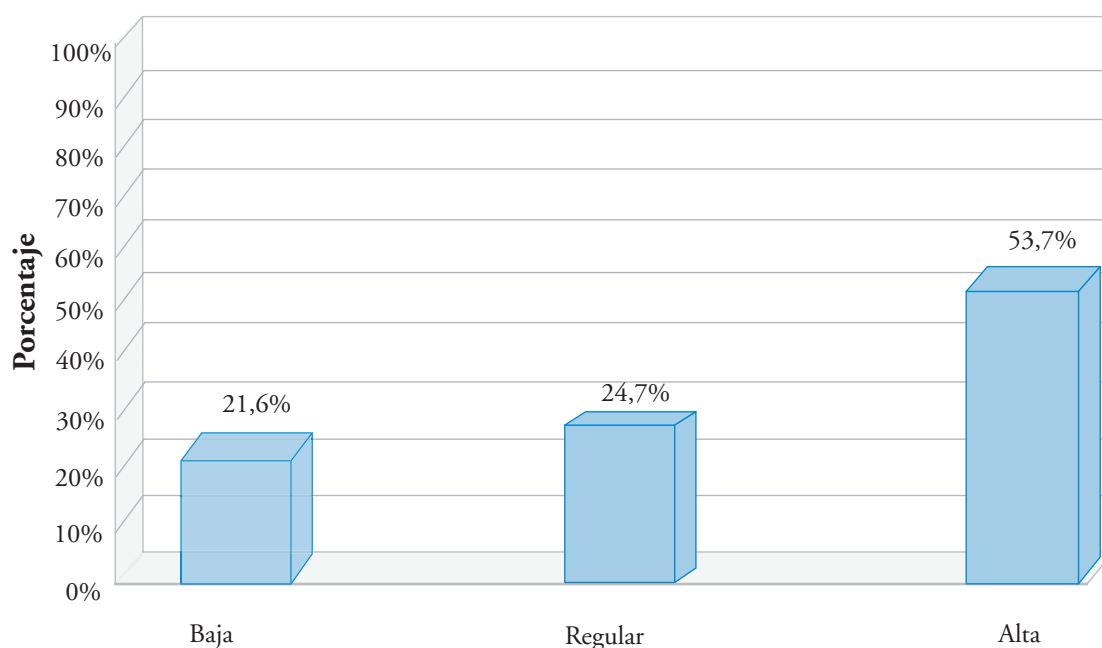
Mediana	85,0000
Moda	79,00
Desviación estándar	8,25354
Varianza	68,121
Mínimo	68,00
Máximo	102,00

Se puede apreciar en la tabla 3 el promedio de edad de 84,7 años, apreciando un error estándar de 0,60 años. El 50 % de la población posee más de 85 años, teniendo como edad base de 68 y un máximo de 102 años.

5.9.1.4. Resultados de la variable salud bucal

Tabla 4. *Frecuencia porcentual de la salud bucal.*

	Frecuencia	Porcentaje válido
Baja severidad del deterioro de salud bucal	41	21,6
Regular severidad del deterioro de salud bucal	47	24,7
Alta severidad del deterioro de salud bucal	102	53,7
Total	190	100,0

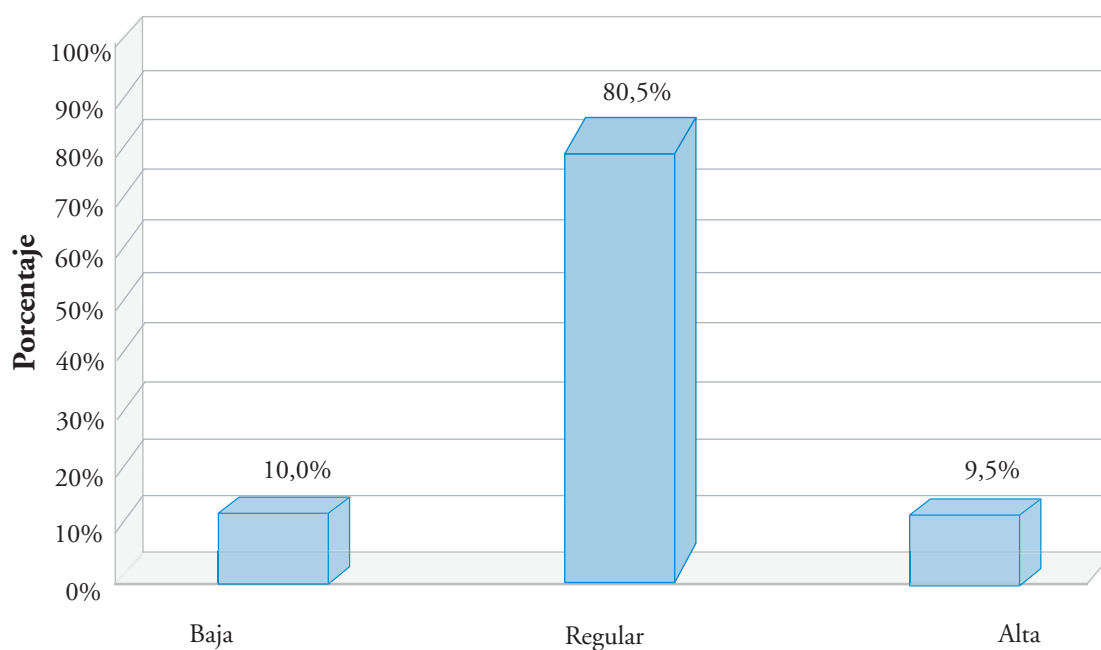
Figura 4. *Distribución porcentual de la salud bucal.*

Se puede apreciar en la tabla 4 y figura 4 se contempla que el 21,58 % presentan una baja severidad del deterioro de salud bucal, 24,74 % presenta regular severidad del deterioro de salud bucal y el 53,7 % presentan una alta severidad.

5.9.1.5. Autopercepción de la calidad de vida en relación con la salud bucal

Tabla 5. *Frecuencia porcentual de la autopercepción.*

	Frecuencia	Porcentaje válido
Buena autopercepción	19	10,0
Regular autopercepción	153	80,5
Mala autopercepción	18	9,5
Total	190	100,0

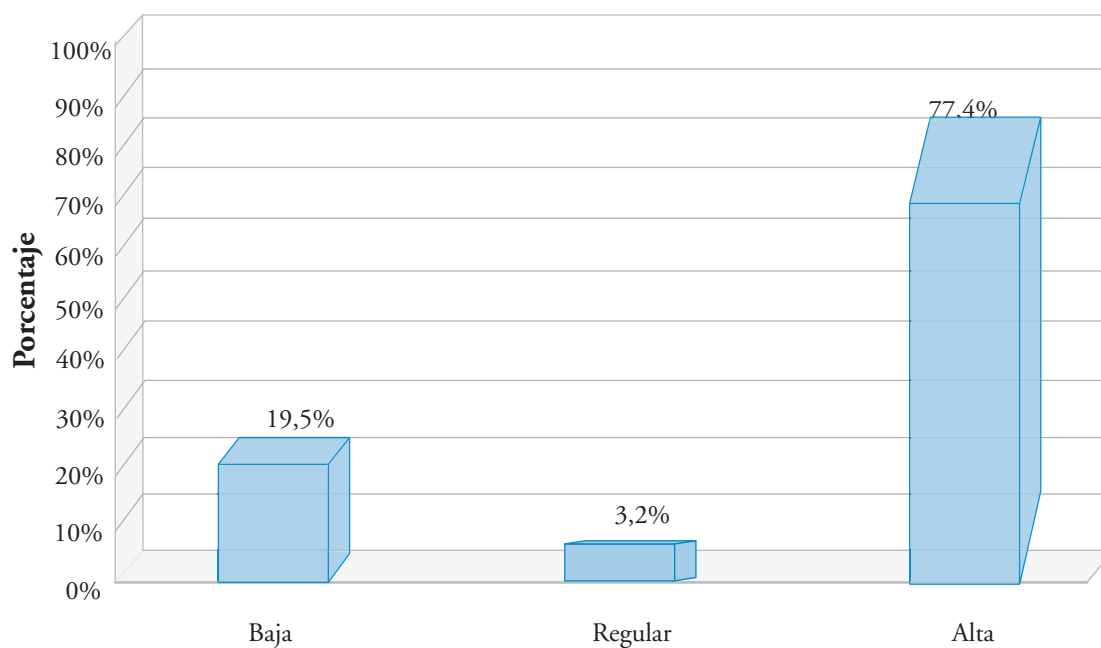
Figura 5. *Distribución porcentual de la autopercepción.*

Se puede apreciar en la tabla 5 y figura 5 que el 10 % tiene una buena percepción, 80,5 % tiene una regular percepción y el 9,5 % tiene una mala percepción de salud bucal.

5.9.1.6. Resultados de la Frecuencia y Porcentaje de Caries (CPO-D)

Tabla 6. *Frecuencia porcentual del índice CPO-D.*

	Frecuencia	Porcentaje válido
Bajo riesgo de caries dental	37	19,5
Regular riesgo de caries dental	6	3,2
Alto riesgo de caries dental	147	77,4
Total	190	100,0

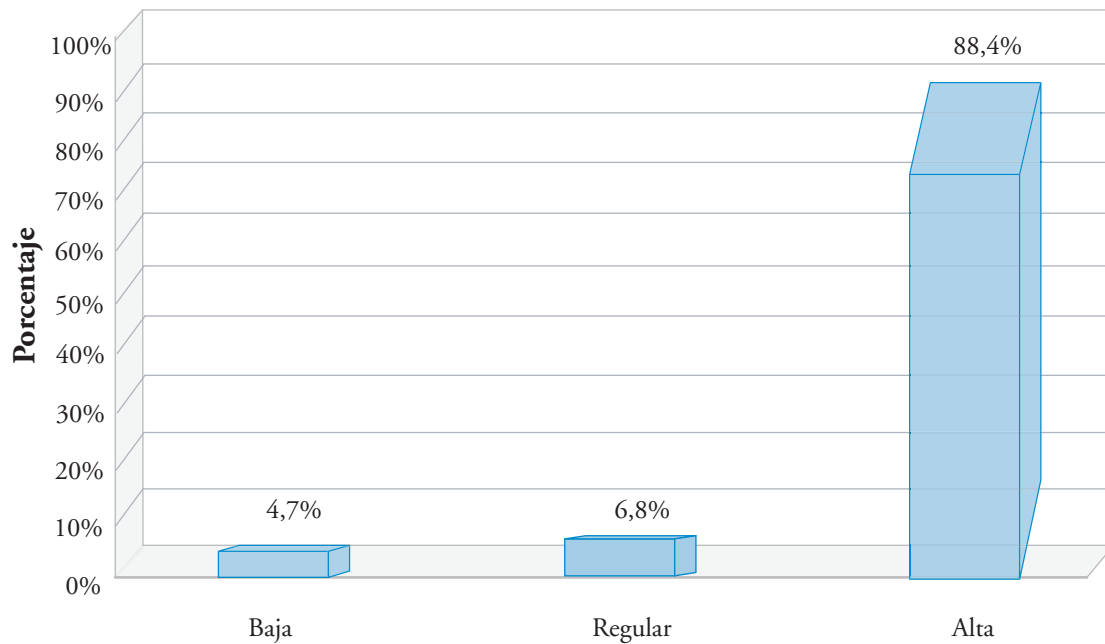
Figura 6. *Distribución porcentual del índice CPO-D.*

Se puede apreciar en la tabla 6 y figura 6 que el 19,5% presenta un riesgo bajo, el 3,2 % posee regular y el 77,4 % posee un alto riesgo de caries dental.

5.9.1.7. Frecuencia y porcentaje de enfermedad periodontal (Índice periodontal comunitario)

Tabla 7. *Frecuencia porcentual del Índice periodontal comunitario.*

	Frecuencia	Porcentaje válido
Bajo índice periodontal	9	4,7
Regular índice periodontal	13	6,8
Alto índice periodontal	168	88,4
Total	190	100,0

Figura 7. *Distribución porcentual del índice periodontal comunitario.*

Se puede apreciar en 7 y figura 7 un 4,74 % posee bajo índice periodontal, el 6,84 % posee un regular índice y el 88,4 % posee un alto índice.

5.9.2. Resultados Inferenciales

5.9.2.1. Pruebas de Normalidad

Se usó la prueba de normalidad para saber qué tipo de prueba utilizar en la contratación de hipótesis, verificando la normalidad o no en la distribución de los datos por medio del estadístico de Shapiro-Wilk. Para Establecer si hubo o no normalidad en los datos se tuvo en cuenta el nivel de significancia para dicha decisión.

Tabla 8. *Prueba de normalidad.*

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Estado de salud bucal	,325	190	,000
Autopercepción	,362	190	,000

Corrección de significación de Lilliefors.

La prueba muestra valores de 0,325 y 0,362, respectivamente y niveles de confianza de 0.000 y 0.000 los cuales son menores al 0.05, el cual quiere decir que no tiene distribución normal. Por ello, se utilizó una prueba no paramétrica y como la intención del estudio fue medir la relación entre las variables se determinó usar la prueba del coeficiente de rho Spearman.

5.9.2.2. Pruebas de Hipótesis

Hipótesis General

H1 = Existe relación entre el estado de salud bucal y la autopercepción de salud bucal en adultos mayores de la Clínica Geriátrica San Jacinto Huancayo en el año 2019.

H0 = No existe relación entre el estado de salud bucal y la autopercepción de salud bucal en adultos mayores de la Clínica Geriátrica San Jacinto Huancayo en el año 2019.

Si el valor de la sig. es menor al 0.05 se dará por aceptado la hipótesis del investigador, de lo contrario se acepta la hipótesis nula.

Tabla 9. *Matriz de correlación entre variables generales.*

		%	Estado de salud bucal (Agrupada)	Autopercepción (Agrupada)
Rho de Spearman	Estado de salud bucal (Agrupada)	Coefficiente de correlación	1,000	,831**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	190	190
	Autopercepción (Agrupada)	Coefficiente de correlación	,831**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	190	190

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Respecto a la tabla anterior muestra un coeficiente de 0,831 correspondiente a una correlación considerable y un nivel de significancia de 0.000 menor al 0.05. Por ello, se da por aceptado la hipótesis del investigador, afirmando así que, existe relación entre el estado de salud bucal y la autopercepción de salud bucal en adultos mayores de la Clínica Geriátrica San Jacinto Huancayo en el año 2019.

5.10. Discusión de resultados

Una vez obtenidos los resultados de la investigación, se determinó la relación existente entre el estado de salud bucal y la autopercepción en los adultos mayores de la Clínica Geriátrica San Jacinto Huancayo en el año 2019. Sabando & Albala (2019) al respecto afirman que la calidad de vida relacionada con la salud oral está asociada con la autopercepción, es decir, que, si se tiene una autopercepción negativa, seguramente se tendrá mayor riesgo de una peor calidad de vida relacionada a la salud oral, situación que se acentúa a medida que avanza la edad. Tales resultados son parecidos a los determinados

en la presente investigación.

Asimismo, los resultados de la presente investigación indicaron que el 10 % de los adultos mayores de la Clínica Geriátrica San Jacinto Huancayo en el año 2019 tiene una buena percepción de salud bucal, 80,5 % tiene una regular percepción de salud bucal y el 9,5 % tiene una mala percepción de salud bucal.

Lévano & Maldonado (2019), se han dedicado también a evaluar la calidad de vida en relación a la salud bucal de los adultos mayores, determinando que una calidad de vida baja relacionada a la salud oral de los adultos mayores tuvo un 77,8 % y la calidad de vida alta en salud oral tuvo un 22,2 %. El promedio del GOHAI fue de 42,84 puntos (Rango 12-60), lo cual indica que los examinados en su mayoría tenían una mala autopercepción de su salud bucal, como ocurrió en la presente investigación.

5.11. Conclusiones

- Del total de la muestra, se estableció que el 52,6 % eran mujeres adultas mayores, el 47,4 % eran hombres. Según el nivel educativo, el 46,8 % tenía educación preescolar, el 20 % primaria, el 13,2 % secundaria. y fue un 3,7 % superior; la edad promedio es de 84,7 años, el 50 % de la población tiene más de 85 años.
- Rerente a la severidad del deterioro de la salud bucal, el 53,7 % de los adultos mayores se identificaron como de “gravedad alta”, el 24.7 % de “gravedad normal” y el 21.6 % de “gravedad baja”.
- Referente a la calidad de vida relacionada con la salud bucal, el 80,5 % “percibida normal”, el 10 % “percibida buena” y el 9,5 % “percibida mala”.
- Mediante el índice CPOD se determinó que la incidencia de caries dental en adultos mayores es de 77,4 % “riesgo alto”, 19,5 % “riesgo bajo” y 3,2 % “riesgo regular”.
- Se ha determinado que la incidencia de enfermedad periodontal es de "índice alto"

88,4 %, "índice normal" 8,8 % y enfermedad periodontal "índice bajo" 4,7 %.

- Existe relación estadísticamente significativa entre el estado de salud bucal y la autopercepción de salud bucal en adultos mayores de la Clínica Geriátrica San Jacinto Huancayo en el año 2019.

5.12 Recomendaciones

- Consolidar los programas de higiene bucal diseñados por profesionales de los servicios de salud regionales, provinciales y/o jurisdiccionales (IPRESS) correspondientes a fin de promover la atención preventiva del adulto mayor.

- Realizar exámenes regulares a las personas mayores con el fin de determinar a tiempo sus necesidades funcionales, psicológicas y sociales.

- Instruir al personal clínico geriátrico en la importancia de la salud oral a fin de contar con un diagnóstico temprano de las enfermedades bucales en la población etaria del adulto mayor.

- Informar a la población en general sobre la importancia de la salud bucal en el campo del adulto mayor y elevar el conocimiento de las enfermedades que afectan la cavidad bucal.

- Realizar labores de rehabilitación y prevención en diversas instituciones de salud que brinden conocimientos básicos sobre salud e higiene oral.

- Impulsar la asistencia social en conjunto con la Facultad de Odontología de la Universidad Peruana de Los Andes y otras instituciones académicas a fin de organizar cursos dirigidos a la comunidad.

REFLEXIONES FINALES

El ingente porcentaje de pacientes geriátricos con altos niveles de caries en nuestro país da cuenta de un descuido por parte de las políticas de salud pública, superando el 50 % obtenido en distintos establecimientos de salud. Por tal motivo se hace necesario un llamado y evaluación de los niveles deficientes que ha alcanzado el estado de la cuestión para la población de adultos mayores. Es importante trabajar en la concientización sobre prácticas y tratamientos preventivos en contra de la caries dental y las inflamaciones orales, que constituyen el cuadro común de la presente demografía.

Queda abierto el debate sobre la amplitud de la tarea a cumplir, y se menciona que esta responsabilidad recae tanto en los profesionales del área como en la implementación de servicios de salud por parte del estado a fin de salvaguardar el derecho al bienestar y calidad de vida. Sólo así se logrará revertir esta precaria situación que involucra a los pacientes geriátricos.

Debido a la naturaleza silenciosa y casi asintomática de estas enfermedades, que no se revelan hasta pasado el tiempo, se debe prestar singular atención al cuidado y limpieza de los dientes y encías. Es tiempo después que se manifiestan las dolencias y en los momentos que el avance invita a una toma de acciones, algunos adultos mayores de pocos recursos no cuentan con apoyo para lograr revertir su situación, perdiendo parte de sus piezas dentarias e iniciando un proceso que los lleva incluso a la desvinculación, la depresión y una autoapreciación negativa como sujetos de debilidad y carencia.

Mejorar en la salud oral debe formar parte de la agenda social de los siguientes gobiernos. Crear un adecuado sistema capaz de valorar y ayudar al adulto mayor debería formar parte importante en la misma, así como la implementación de un currículo educativo

que contemple por niveles una educación de prevención y posteriormente, campañas de salud dental a nivel nacional y regional.

Sólo así se estará en vías de solucionar este problema, dotando a la población de conocimiento y revalorizando una etapa donde la experiencia, el saber y las virtudes humanas sigan manteniendo la dignidad física, espiritual y social, permitiendo a los mayores disfrutar de una vejez activa y de calidad, sirviendo e inspirando con su ejemplo a las generaciones futuras. Se espera que la presente investigación pueda contribuir e inspirar a diversos estudios que logren encaminarnos hacia la solución anhelada por un cambio positivo y un respeto a la figura del adulto mayor y su contribución con la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aliaga-Díaz, E., Cuba-Fuentes, S. y Mar-Meza, M. (2016). Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 311-320. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2143>
- Álvarez, E. (2009). El adulto mayor en la sociedad actual. *Saber, Ciencia y Libertad*, 4(2), 81-88. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6261720.pdf>
- Berástegui, E., Brau, E. y Canalda, C. (1992). Patología dental en la tercera edad. *Revista Europea de Odonto-Estomatología*, 4(4), 205-210.
<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/97997/1/088895.pdf>
- Bonilla, S. (2012). *Enfermedades geriátricas y su incidencia en las patologías bucales* [Tesis de Grado, Universidad San Gregorio de Portoviejo]. <http://repositorio.sangregorio.edu.ec/handle/123456789/153>
- Bossola, M. (2019). Xerostomia in patients on chronic hemodialysis: An update. *Seminars in Dialysis*, 32(5), 467-474. doi: <https://doi.org/10.1111/sdi.12821>
- Contreras, A. (2013). La promoción de la salud bucal como una estrategia para el desarrollo de la salud pública: una oportunidad para la profesión y para el país. *Biomédica*, 33(1), 187-190. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v33i1.1617>
- Criollo, K. (2017). *Prevalencia de caries dental en niños con maltrato infantil de la Fundación Aliñambi de la parroquia San Pedro de Taboada del cantón Rumiñahui* [Tesis de Pregrado, Universidad Central de Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/10846/1/T-UCE-0015-676.pdf>
- Deeks, A., Lombard, C., Michelmores, J. y Treede, H. (2009). The effects of gender and

age on health-related behaviors. *BMC Public Health*, 9:213. doi:10.1186/1471-2458-9-213

Espinoza, D., Soto, D., García, C., Espinoza, D., Dulanto, J. y Morales, R. (2022). La calidad de vida, relacionada con la salud oral, en el Centro del Adulto Mayor de San Isidro, Lima. *Revista Cubana de Estomatología*, 59(4). <https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/3937/2099>

Fernández, S., Cáceres, D. y Manrique-Anaya, Y. (2020). Percepción del apoyo social en adultos mayores pertenecientes a las instituciones denominadas Centros de Vida. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 16 (1), 55-64. <https://doi.org/10.15332/22563067.5541>

Franco-Giraldo, A. (2021). La salud bucal, entre la salud sistémica y la salud pública. *Universidad y Salud*, 23(3), 291-300. doi: <https://doi.org/10.22267/rus.212303.243>

Gómez, J., González, A. y Ramírez, R. (2019). Determinantes políticos de la salud: un concepto de importancia para el profesional en salud pública. Opinión Novel. *Revista Avances en Salud*, 3(1), 45-48. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1087383/art-opinion-sp.pdf>

Granero, J., Jiménez, R., Riera, D. y Melendreras, R. (2019). *Patología dental: Prontuario*. Universidad Católica San Antonio. <https://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/4581/Prontuario%20Patolog%C3%ADa%20Dental%20Digital.pdf>

Gutiérrez-Vargas, V., León-Manco, R. y Castillo-Andamayo, D. (2015). Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. *Revista de Estomatología Herediana*, 25(3), 179-186. [http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n3/a02v25n3#:~:text=El%20edentulismo%20es%20un%20estado,la%20enfermedad%20periodontal%20\(1\).](http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n3/a02v25n3#:~:text=El%20edentulismo%20es%20un%20estado,la%20enfermedad%20periodontal%20(1).)

Hurtado, E., Losardo, R. y Bianchi, R. (2021). Salud plena e integral: un concepto más amplio de salud. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 134(1), 18-25. <https://www.>

ama-med.org.ar/uploads_archivos/2147/Rev-1-2021_pag-18-25_Losardo.pdf

- Juárez-Lira, A. y Sánchez-Perales, M. (2023). ¿Qué es la salud pública? En M. A. Mendoza Ayala y J.C. Méndez Ávila (Coords.), *Nuevas perspectivas sobre educación, salud y movimiento* (pp. 86–102). Editorial Transdigital. <https://doi.org/10.56162/transdigitalb11>
- Kim, S., Lee, J., Kim, S. y Cho, H. (2021). Effect of interdental cleaning devices on proximal caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 50(5), 414-420. doi:10.1111/cdoe.12690
- La Valle, R. (2017). Sobre la definición de salud. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 14(2), 27-31. <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/40/29>
- Laframboise, H. (1973). Health policy: breaking the problem down into more manageable segments. *Canadian Medical Association Journal*, 3(108), 389-393. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1941185/pdf/canmedaj01661-0123.pdf>
- Lévano, C. y Maldonado, E. (2019). Relación de calidad de vida y salud bucal de los adultos mayores en albergues de Tacna. *Revista Odontológica Basadrina*, 3(2), 4-10. <http://www.revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rob/article/view/885/951>
- López, J. (2009). *Prevalencia de ataque de caries dental y necesidades de tratamiento en escolares de 6, 12 y 18 años de edad, Colegio “Amigos”, Nagarote, II Semestre 2008* [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua]. <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/2421/1/216255.pdf>
- Manu, R. y Prachi, J. (2023). *Gingivitis*. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557422/>
- Medina, J. (2009). *Prevalencia de caries dental y necesidad de tratamiento en pacientes adultos con demanda de atención diagnóstica* [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/2194/>

Medina_cj.pdf

Méndez, C. y Plaza, V. (2020). *Grado de penetración de selladores de resina y resina de obturación asistida por vibración sónica. Estudio comparativo* [Tesis de Pregrado, Universidad Andrés Bello]. Santiago de Chile.

https://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/23246/a137360_Mendez_C_Grado_de_penetracion_de_selladores_2020_tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Montenegro, G. (2011). Un nuevo enfoque de la salud oral: una mirada desde la salud pública. *Universitas Odontológica* 30(64), 101-108. <https://www.redalyc.org/pdf/2312/231218581013.pdf>

Morata, J. y Morata, L. (2019). Salud bucodental en los niños: ¿debemos mejorar su educación? *Pediatría Atención Primaria*, 21(84), e173-e178. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322019000400003&script=sci_arttext

Moreira, L. (2023). *Factores de riesgo de caries dental en niños de 4to y 5to año de básica de la unidad educativa Monte Everest* [Tesis de Grado, Universidad de Guayaquil]. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/67094>

Moreno, G. y Lara, L. (2020). Caries dental: de la placa ecológica a las decisiones clínicas. *Universitas Odontológica*, 39. doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo39.cdpe>

Nagarajan, H. y Gunasekaran, T. (2022). Xerostomia Diagnosis and Management. *International Journal of Community Dentistry*, 9(2), 70-3. <https://static1.squarespace.com/static/6219994322f73643a739a431/t/62f472b163b6fd1f36ca8d4d/1660187314810/11.+Xerostomia+Diagnosis+and+Management.pdf>

Natto, Z., Abu, R., Alsharif, L., Alrowithi, H., Alsini, D., Salih, H. y Bissada, N. (2018). Chronic Periodontitis Case Definitions and Confounders in Periodontal Research:

A Systematic Assessment. *Hindawi BioMed Research International*, 2018, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2018/4578782>

Navarro, R., Salazar-Fernández, C., Schnettler, B. y Denegri, R. (2020). Autopercepción de salud en adultos mayores: moderación por género de la situación financiera, el apoyo social de amigos y la edad. *Revista Médica de Chile*, 148(2), 196-203. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020000200196>

Neto, D., Dendask., C. y Oliveira, E. (2016). La evolución histórica de la Salud Pública. *Revista Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 1(1), 52-67. doi: 10.32749/nucleodo-conhecimento.com.br/salud/evolucion-historica

Organización de Naciones Unidas (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Naciones Unidas. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N02/397/54/PDF/N0239754.pdf?OpenElement>

Organización Mundial de la Salud. (2022a). *Salud bucodental*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health#:~:text=En%20su%20informe%20mundial%20sobre,en%20pa%C3%ADses%20de%20ingresos%20medios>.

Organización Mundial de la Salud. (2022b). *Global oral health status report*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484>

Palomino, E. (2020). Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en Perú. *Revista Cuidarte*, 11(2), 1-11. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1066>

Parra, M. (2017). *Envejecimiento activo y calidad de vida: Análisis de la actividad física y satisfacción vital en personas mayores de 60 años* [Tesis doctoral, Universidad Miguel Hernández de Elche]. <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4457/1/TD%20Parra%20Ri->

zo%2C%20Maria%20Antonia.pdf

- Peña, M., Peña, L., Díaz, A., Torres, D. y Lao, N. (2008). La enfermedad periodontal como riesgo de enfermedades sistémicas. *Revista Cubana de Estomatología*, 45(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072008000100006&lng=es&tlng=es
- Peralta de la Peña, E. (2020). *Relación entre la salud bucal y su auto percepción, en adultos mayores de una clínica geriátrica de Huancayo - 2019* [Tesis de Maestría, Universidad Peruana de los Andes]. https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/2033/T037_40804964_M.pdf
- Petretto, D., Pili, R., Gaviano, L., Matos, C. y Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(4), 229-241. doi: 10.1016/j.regg.2015.10.003
- Piovano, S., Squassi, A. y Bordoni, N. (2010). Estado del arte de indicadores para la medición de caries dental. *Revista de la Facultad de Odontología (UBA)*, 25(58), 29-43. http://odontologia.uba.ar/wp-content/uploads/2018/06/vol25_n58_2010_art4.pdf
- Puello, F. (2013). Autopercepción de Salud y Envejecimiento. *Ciencia e Innovación En Salud*, 1(1), 69-77. <https://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/87/73>
- Remuzgo, M. y Remuzgo, S. (2022). Gestión de políticas públicas de salud bucal desde la perspectiva de los operadores y gestores locales en Ate-Vitarte y Santa Anita, 2017. *Horizonte Médico (Lima)*, 22(3), e1975. doi: <https://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2022.v22n3.06>
- Rodríguez-Calzadilla, A. y Delgado, L. (1996). Diagnóstico de salud bucal. *Revista Cubana de Estomatología*, 33(1), 1-10.

<https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/2851/1209>

- Rodríguez, M., Arpajón, Y. y Herrera, I. (2016). Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis estomatológica. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 51-63. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhabciemed/hcm-2016/hcm161g.pdf>
- Rojas-Calderón, A. y Pachas-Barrionuevo, F. (2010). Perfil epidemiológico de salud oral e indicadores de riesgo en esclares adolescentes de la localidad de Cartavio (La Libertad, Perú). *Revista de Estomatología Herediana*, 20(3), 127-136. <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/download/1749/1772/0>
- Sabando, V. y Albala, C. (2019). Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral y Auto-percepción de Salud: Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud 2015-2016 en Chile. *International Journal of Odontostomatology*, 13(3), 338-344. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2019000300338>
- Sánchez, M., Román, M., Dávila, R. y González, A. (2011). Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16(2), 110-115. <https://www.redalyc.org/pdf/473/47319326010.pdf>
- Sánchez-Pérez, M. y Velasco-Benítez, C. (2017). El modelo de Leavell y Clark como marco descriptivo dentro de las investigaciones sobre el virus de la hepatitis b en niños con infección por vih/sida del grupo de investigación gastrohnutp de la Universidad del Valle de Cali, Colombia. *Revista Gastrohnutp*, 15(3), S6-S9. <https://revistas.univalle.edu.co/index.php/gastrohnutp/article/download/1316/1425/2344>
- Sojod, B., Péries, J., Zalcborg, A., Bouzegza, S., El Halabi, B. y Anagnostou, F. (2022). Enfermedad periodontal y salud general. *EMC - Tratado de Medicina*, 26(1), 1-8. doi: [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(22\)46043-0](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(22)46043-0)

- Taboada, O., Mendoza, V., Hernández, D. y Martínez, I. (2000). Prevalencia de caries dental en un grupo de pacientes de la tercera edad. *Revista ADM*, 57(5), 188-192. <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2000/od005f.pdf>
- Torrecilla-Venegas, R., Valdivia-Morgado, G., Castro-Gutiérrez, I., Yera-Cabrera, K. y Yero-Mier, I. (2020). Intervención educativa sobre salud bucal en adultos mayores de un consultorio médico. *Revista 16 de Abril*, 59(278), e1034. <https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2020/abr20278r.pdf>
- Torrecilla-Venegas, R. y Castro-Gutiérrez, I. (2020). Salud bucal y sus determinantes en adultos mayores del área Centro del municipio Sancti Spíritus. *Revista Progaleno*, 3(2), 56-65. <https://revprogaleno.sld.cu/index.php/progaleno/article/view/187/62>
- Torres, M. (2019). *Salud periodontal, gingivitis y periodontitis, conceptos actuales según la nueva clasificación 2018* [Tesis de Segunda Especialidad, Universidad Privada de Tacna]. <http://161.132.207.135/bitstream/handle/20.500.12969/1187/Torres-Arrosquipa-Milagros.pdf>
- Videra-García, A. y Reigal-Garrido, R. (2013). Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 29(1), 141-147. https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v29n1/psico_evolutiva4.pdf
- Villafrancia, J. (2020). *Flujo salival y caries cervical de piezas dentarias de personas adultas de Lima* [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión]. http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/2163/1/T026_09877988_M.pdf
- Winslow, C. (1920). The untilled fields of public health. *Science*, 51(1306), 23-33. doi: 10.1126/science.51.1306.23.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz operacional de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Autopercepción de la salud bucodental	Percepción subjetiva de la salud oral favorable como la ausencia de dolor e infección relacionada con una dentición funcional y cómoda que permita a una persona desarrollarse en su rol social e identificación de algún problema de salud bucal	Problemas relacionados a la función física, psicosocial y dolor e incomodidad	- Función física - Función psicosocial - Dolor e incomodidad	- Comer - Hablar - Deglutir - Insatisfacción con la apariencia - Autoconciencia de la salud oral - Dificultad en el contacto social - Uso de medicamentos para alivio del dolor	Ordinal Escala de valoración: - Autopercepción buena (57 a más puntos) - Autopercepción regular (de 51 a 56 puntos) - Autopercepción mala (menos de 50 puntos)
Deterioro de la Salud bucal	Presencia de enfermedades bucodentales, y son en este orden como se presentan: la caries dental, la periodontitis y los cánceres de la boca y la faringe siendo problemas de salud de alcance mundial	Suma de los dientes cariados, dientes perdidos y dientes obturados, medido a través del Índice CPOD. Presencia de hemorragia gingival, cálculos y bolsas periodontales, medido a través del Índice Periodontal Comunitario	Índice de caries Índice Periodontal Comunitario	- Dientes cariados - Dientes perdidos por caries - Dientes obturados - Hemorragia gingival, - Cálculos periodontales - Bolsas periodontales	Ordinal Escala de valoración: - Deterioro alto - Deterioro medio - Deterioro bajo

Anexo 2: Instrumento para la medición de la salud bucal

Código de examinado		Sexo (M=1, F=2)		Edad en años																																																	
Grado de instrucción	Sin nivel (1) Preescolar (2) Primaria (3) Secundaria (4) Superior (5)																																																				
ESTADO DE LA DENTICIÓN - INDICE CPD_D	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table>					18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																						
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																						
TOTAL:																																																					
Índice CPOD:																																																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">CORONA</th> <th style="width: 85%;">SITUACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0</td><td>Satisfacción</td></tr> <tr><td>1</td><td>Cariado</td></tr> <tr><td>2</td><td>Obturado con caries</td></tr> <tr><td>3</td><td>Obturado sin caries</td></tr> <tr><td>4</td><td>Perdido como resultado de caries</td></tr> <tr><td>5</td><td>Perdido por cualquier motivo</td></tr> <tr><td>6</td><td>Fisura obturada (Extracción indicada)</td></tr> <tr><td>7</td><td>Soporte de puente, corona especial o funda de implante</td></tr> <tr><td>8</td><td>Diente sin brotar (corona / raíz cubierta)</td></tr> <tr><td>9</td><td>Traumatismo (fractura)</td></tr> <tr><td>10</td><td>No registrado</td></tr> </tbody> </table>					CORONA	SITUACIÓN	0	Satisfacción	1	Cariado	2	Obturado con caries	3	Obturado sin caries	4	Perdido como resultado de caries	5	Perdido por cualquier motivo	6	Fisura obturada (Extracción indicada)	7	Soporte de puente, corona especial o funda de implante	8	Diente sin brotar (corona / raíz cubierta)	9	Traumatismo (fractura)	10	No registrado																								
CORONA	SITUACIÓN																																																				
0	Satisfacción																																																				
1	Cariado																																																				
2	Obturado con caries																																																				
3	Obturado sin caries																																																				
4	Perdido como resultado de caries																																																				
5	Perdido por cualquier motivo																																																				
6	Fisura obturada (Extracción indicada)																																																				
7	Soporte de puente, corona especial o funda de implante																																																				
8	Diente sin brotar (corona / raíz cubierta)																																																				
9	Traumatismo (fractura)																																																				
10	No registrado																																																				
INDICE PERIODONTAL COMUNITARIO (IPC)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">17/16</td> <td style="width: 33%;">11</td> <td style="width: 33%;">26/27</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>47/46</td> <td>31</td> <td>36/37</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 30px;">0</td><td>Sano</td></tr> <tr><td>1</td><td>Hemorragia</td></tr> <tr><td>2</td><td>Cálculo</td></tr> <tr><td>3</td><td>Bolsa de 4-5mm (Banda negra de la sonda parcialmente visible)</td></tr> <tr><td>4</td><td>Bolsa de 6mm o más (banda negra de la sonda invisible.</td></tr> <tr><td>x</td><td>Sextante excluido</td></tr> <tr><td>9</td><td>No registrado</td></tr> </table>					17/16	11	26/27				47/46	31	36/37	0	Sano	1	Hemorragia	2	Cálculo	3	Bolsa de 4-5mm (Banda negra de la sonda parcialmente visible)	4	Bolsa de 6mm o más (banda negra de la sonda invisible.	x	Sextante excluido	9	No registrado																									
17/16	11	26/27																																																			
47/46	31	36/37																																																			
0	Sano																																																				
1	Hemorragia																																																				
2	Cálculo																																																				
3	Bolsa de 4-5mm (Banda negra de la sonda parcialmente visible)																																																				
4	Bolsa de 6mm o más (banda negra de la sonda invisible.																																																				
x	Sextante excluido																																																				
9	No registrado																																																				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 30px;">Total</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>IPC</td> <td> </td> </tr> </table>					Total		IPC																																													
Total																																																					
IPC																																																					

Anexo 3: GOHAI

		SIEMPRE	FRECUENTE	ALGUNAS VECES	RARA VEZ	NUNCA
1	¿Cuántas veces a tenido que comer menos o cambiar de comida por culpa de sus dientes o de su dentadura?					
2	¿Cuántas veces ha tenido problemas al masticar comidas duras como la carne o manzana?					
3	¿Cuántas veces ha podido tragar bien?					
4	¿Cuántas veces no ha podido hablar bien por culpa de sus dientes o su dentadura?					
5	¿Cuántas veces no ha podido comer las cosas que quería por tener alguna molestia en sus dientes o con su dentadura?					
6	¿Cuántas veces no ha querido salir a la calle o hablar con otras personas por culpa de sus dientes o su dentadura?					
7	Cuando usted se mira en el espejo. ¿Cuántas veces ha estado contento de cómo se ven sus dientes o su dentadura?					
8	¿Cuántas veces ha tenido que utilizar algún medicamento para aliviar el dolor de sus dientes o las molestias en su boca?					
9	¿Cuántas veces ha estado preocupado o se ha dado cuenta de que sus dientes o su dentadura no están bien?					

		SIEMPRE	FRECIENTE	ALGUNAS VECES	RARA VEZ	NUNCA
10	¿Cuántas veces se ha puesto nervioso por los problemas de sus dientes o su dentadura?					
11	¿Cuántas veces no ha comido a gusto delante de otras personas por culpa de sus dientes o su dentadura?					
12	¿Cuántas veces ha tenido molestias o dolor en sus dientes por las comidas o bebidas frías, calientes o dulces?					

TOTAL:

S= Siempre (1) F= Frecuentemente (2) AV=Algunas veces (3) R V = Rara vez (4) N= Nunca (5)

Los ítems 3 y 7 tienen una valoración inversa al resto de los ítems (siempre =5; frecuentemente =4; algunas veces=3; rara vez=2; nunca =1), conversión que se realiza al momento del análisis.



EDITORIAL
NAVEGANTE