

**UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO DE
MANABI”**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA CARIES
DENTAL EN ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD
DE SAN LORENZO**

Facultad de Odontología

Autor:

Edison Daniel Vera Zambrano

Tutor:

Dr. Miguel Carrasco Sierra Mg.

Manta, Provincia de Manabí

2018

AUTORÍA

Yo, EDISON DANIEL VERA ZAMBRANO con C.I # 1314004985, en calidad de autora del proyecto de investigación titulado “CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA CARIES DENTAL EN ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE SAN LORENZO”. Por la presente autorizo a la Universidad Laica “Eloy Alfaro De Manabí” hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que contienen esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autor me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19, y además pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento.

EDISON DANIEL VERA ZAMBRANO

C.I. 1314004985

DIRECTOR DE TESIS

Por medio de la presente certifico que el presente trabajo de investigación realizado por EDISON DANIEL VERA ZAMBRANO es inédito y se ajusta a los requerimientos del sumario aprobado por el ilustre consejo académico de la Facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

DR. MIGUEL CARRASCO SIERRA MG.
DIRECTOR DE TESIS

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

Facultad de Odontología

Tribunal Examinador

Los honorables Miembros del Tribunal Examinador luego del debido análisis y su cumplimiento de la ley aprueben el informe de investigación sobre el tema “**CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA CARIES DENTAL EN ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE SAN LORENZO**”

Presidente del tribunal

Miembro del tribunal

Miembro del tribunal

Manta, _____ del 2018.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme fuerza, salud y haberme permitido cumplir con mis metas y objetivos propuestos. A mis padres por ser los guías de mi vida y apoyarme en todo momento.

Agradezco a mi esposa por apoyarme en los buenos y malos momentos y estar siempre junto a mí, dándome fuerzas para seguir adelante en mis sueños.

Agradezco de todo corazón el apoyo brindado por parte de mi familia y amigos.

EDISON DANIEL VERA ZAMBRANO.

DEDICATORIA

Este trabajo fruto de esfuerzo se lo dedico, de primera intención a mis PADRES, por ser los impulsores para seguir adelante para cumplir mis metas, sin la ayuda de esos seres que amo no habría sido posible alcanzar este maravilloso logro de vida, ya que es un paso muy importante en mi vida profesional.

A mis compañeros por ser quienes han estado junto en el transcurso de mis estudios, amigos que me han motivado a seguir adelante en mis metas, y especialmente a mi querida esposa, tu ayuda ha sido fundamental, has estado conmigo incluso en los momentos más difíciles. Este proyecto no fue fácil, pero estuviste motivándome y ayudándome en cada momento hasta donde tu alcance lo permitían.

EDISON DANIEL VERA ZAMBRANO.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	1
1. DISEÑO TEÓRICO.....	2
1.1. Planteamiento del problema.....	2
1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.2.1. General.....	4
1.2.2. Específicos.....	4
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
2. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. Bases teóricas.....	6
2.1.1.1. Dimensiones de la calidad de vida.....	6
2.1.2. Caries dental.....	7
2.1.2.1. Sitios de lesiones cariosas.....	8
2.2. TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE.....	9
3. METODOLOGÍA.....	11
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	11
3.2. Población y muestra.....	11
3.3. Técnica e instrumento de recolección de datos.....	11
3.3.1. Examen clínico.....	12
3.4. Aspectos éticos.....	12
3.5. Plan de análisis.....	13
4. RESULTADOS.....	14
CONCLUSIONES.....	24

RECOMENDACIONES	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
ANEXOS	27

RESUMEN

Los adultos mayores constituyen un grupo social vulnerable que merece una atención prioritaria en muchos aspectos de la vida. La prevalencia de caries en adultos está cerca del 100%. Además, la pérdida de dientes como consecuencia de la caries no tratada genera el problema del edentulismo. El objetivo fue determinar la calidad de vida y su relación con la caries dental en adultos mayores de la comunidad de San Lorenzo. Fue una investigación correlacional, con un diseño no experimental, de campo, transversal. La muestra fue de 30 individuos a partir de 60 años. Se realizó una encuesta tipo cuestionario a los adultos mayores que participaron en el estudio que constó de dos secciones, la primera de 12 ítems, con datos generales donde se consultaba datos como edad, sexo, grado de instrucción, etnia, entre otros. Para la segunda sección se utilizó el instrumento de calidad de vida en relación con la salud oral denominado GERIATRIC/GENERAL ORAL HEALTH ASSESSMENT INDEX (GOHAI) que consta de 12 ítems. El total de la muestra tuvo experiencia de caries y el índice de dientes cariados, perdidos y obturados fue de 25,17 dientes, con el componente perdido como el de mayor peso con 21,80. Los adultos mayores tuvieron una buena percepción de calidad de vida asociada a la salud bucal.

Palabras clave: Caries dental, calidad de vida, salud bucal, adultos mayores.

ABSTRACT

Older adults constitute a vulnerable social group that deserves priority attention in many aspects of life. The prevalence of caries in adults is close to 100%. In addition, the loss of teeth as a consequence of untreated caries generates the problem of edentulism. The objective was to determine the quality of life and its relationship with dental caries in older adults of the community of San Lorenzo. It was a correlational investigation, with a non-experimental, field, transversal design. The sample was 30 individuals from 60 years old. A questionnaire-type survey was carried out to the elderly who participated in the study that consisted of two sections, the first of 12 items, with general data where data such as age, sex, educational level, ethnicity, among others, was consulted. For the second section, the quality of life instrument was used in relation to oral health, called GERIATRIC / GENERAL ORAL HEALTH ASSESSMENT INDEX (GOHAI), which consists of 12 items. The total of the sample had caries experience and the rate of decayed, missing and filled teeth was 25.17 teeth, with the lost component as the highest weight with 21.80. Older adults had a good perception of quality of life associated with oral health.

Key words: Dental caries, quality of life, oral health, older adults.

INTRODUCCIÓN

Los adultos mayores constituyen un grupo social vulnerable que merece una atención prioritaria en muchos aspectos de la vida. Entre otros, destaca la necesidad diferenciada de atención sanitaria. La esperanza de vida en Ecuador es de 75 años, y las estimaciones para el año 2020 oscilan entre 78 años para provincias como Loja o Azuay y los 72 años para provincias como Los Ríos y Esmeraldas. En resumen, la dinámica poblacional indica que la proporción de adultos mayores se sigue incrementando en Ecuador al igual que en la región latinoamericana. Por ello es fundamental estudiar las condiciones de salud en general y de salud bucal de los adultos mayores.

El objetivo de la investigación fue determinar la calidad de vida y su relación con la caries dental en adultos mayores de la comunidad de San Lorenzo. En base al objetivo se realizó una investigación correlacional que permitió verificar la existencia de una relación entre la caries dental y la calidad de vida. La investigación se dividió en secciones, la primera de ellas el problema, la segunda el marco teórico de la investigación, luego la metodología y los resultados que fueron presentados en tablas de distribución de frecuencias.

1. DISEÑO TEÓRICO

1.1. Planteamiento del problema

Los adultos mayores constituyen un grupo social vulnerable que merece una atención prioritaria en muchos aspectos de la vida. Entre otros, destaca la necesidad diferenciada de atención sanitaria. Es un hecho que producto del envejecimiento, los distintos sistemas que conforman el cuerpo humano presentan dificultades para cumplir sus funciones vitales. En consecuencia, pueden presentar casos graves de patologías que ponen en riesgo la vida.

El envejecimiento poblacional, según lo expresan Vega y col. (2008), es el aumento progresivo de la proporción de personas de edad avanzada en una población determinada. Aunque las causas del envejecimiento poblacional son las mismas en todos los países, a lo largo del tiempo, estas han tenido un papel diferente en cada etapa. La disminución de la natalidad y la fecundidad parecen ser la causa más importante, mientras que la disminución de la mortalidad aparece como un determinante del envejecimiento o no, en dependencia de cuál es el grupo de edades donde se produce esta disminución.

Cabe mencionar, que la esperanza de vida en Ecuador es de 75 años, y las estimaciones para el año 2020 oscilan entre 78 años para provincias como Loja o Azuay y los 72 años para provincias como Los Ríos y Esmeraldas. En resumen, la dinámica poblacional indica que la proporción de adultos mayores se sigue incrementando en Ecuador al igual que en la región latinoamericana (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2010).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), afirma que existe una prevalencia mundial de entre el 60% y el 90% de caries en niños en edad escolar, mientras que, para los adultos, la prevalencia está cerca del 100%, a menudo acompañada de dolor o sensación de molestia que puede afectar la calidad de vida de los individuos y las familias. Además, la pérdida de dientes como consecuencia de la caries no tratada genera el problema del edentulismo, sea este parcial o total.

En el cantón Manta de la provincia de Manabí una de las parroquias rurales es San Lorenzo. En ella, existen dificultades de acceso a servicios públicos, incluyendo los de

salud. Además, diversos motivos culturales impiden que los adultos mayores busquen atención odontológica. Según el censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2010), en la parroquia San Lorenzo hay 2647 habitantes. Por lo anterior, es importante establecer la relación entre calidad de vida y la caries dental en adultos mayores de la comunidad de San Lorenzo.

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. General

Determinar la calidad de vida y su relación con la caries dental en adultos mayores de la comunidad de San Lorenzo

1.2.2. Específicos

Diagnosticar la prevalencia de caries dental en adultos mayores de la comunidad de San Lorenzo

Indagar sobre la percepción de la calidad de vida asociada a la salud bucal en adultos mayores de la comunidad de San Lorenzo

Establecer la relación entre la caries dental y la calidad de vida en adultos mayores de la comunidad de San Lorenzo

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se propone determinar la calidad de vida y su relación con la caries dental en adultos mayores de la comunidad de San Lorenzo. Los datos que genere esta investigación servirán de aporte científico para la determinación del perfil epidemiológico bucal de la zona costera del cantón Manta. Esa información ayudará a la Facultad de Odontología a proponer alternativas de intervención comunitaria en salud bucal para mejorar la calidad de vida de los pobladores de San Lorenzo. Por otro lado, los instrumentos de recolección de datos que se usaron en esta investigación sirven para recoger datos sobre la misma variable en otros pueblos de la zona costera de Manta y los resultados del presente estudio servirán de antecedente para dichos trabajos.

Los resultados de la investigación sirven de línea base para elaborar un proyecto de vinculación que beneficie a la población de San Lorenzo en general, especialmente a los adultos mayores. Por otro lado, esta investigación forma parte del Proyecto de Tesis Doctoral titulado Calidad de vida en poblaciones costeras del cantón de Manta provincia de Manabí y su relación con caries dental, en este sentido, enriquece la función de investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

Delimitación de la investigación

La presente investigación se llevó a cabo en la parroquia rural San Lorenzo que pertenece al cantón Manta durante el período comprendido entre los meses de julio y septiembre de 2018.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas

2.1.1. Calidad de vida

2.1.1.1. Dimensiones de la calidad de vida

Los distintos modelos teóricos sobre necesidades humanas incluyen en su mayoría las siguientes categorías (Angermeyer y Killian, 2000): Necesidades fisiológicas (alimentación, agua, aire, cobijo de las fuerzas de la naturaleza, etc.). Necesidades de relación emocional con otras personas. Necesidades de aceptación social. Necesidades de realización y de sentido.

El grupo WHOQOL (1995) establece las siguientes medidas de calidad de vida en relación con la salud aceptadas por diversos grupos de investigación:

1. Subjetivas: recoge la percepción de la persona involucrada.
2. Multidimensionales: revelar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal, etc.
3. Registrar la variabilidad en el tiempo: la edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adultez, adulto mayor) el momento de la enfermedad que se cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.

Podemos considerar tres grandes dimensiones:

1. Dimensión física: es la percepción del estado físico o la salud. No cabe duda de que estar sano es un elemento importante para tener una vida con calidad; en este sentido no podemos olvidar la importancia de los estilos de vida saludables como son, entre otros, los hábitos adecuados de alimentación y una práctica regular de actividad física, para reducir el nivel de riesgos y prevenir las enfermedades degenerativas.
2. Dimensión psicológica: acoge el mundo afectivo y emocional, así como las creencias personales, espirituales y religiosas y el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

3. Dimensión social: es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales. En la cultura occidental, las relaciones sociales están insertadas cada vez más en contextos de utilitarismo, competición y consumo, produciendo una falta de sentido. El predominio del utilitarismo niega la importancia de las dimensiones emocionales del ser humano, como el nivel de satisfacción y de motivación en el trabajo, las buenas relaciones con los demás, el tiempo libre y el contacto con la naturaleza. Una persona en continuo conflicto con los demás influye negativamente sobre su propia salud (Lazzarini, 2012).

2.1.2. Caries dental

La caries dental es una enfermedad multifactorial que se inicia con cambios microbianos localizados en la biopelícula de la superficie de los dientes, también denominada «placa bacteriana» o «placa dental», y que está determinada por la composición y flujo salival, por la exposición a los fluoruros, por la dieta y por los hábitos de higiene oral. Las bacterias de la placa causan fluctuaciones de pH que, al interactuar con los tejidos mineralizados del diente, pueden provocar una pérdida de mineral y originar las lesiones de caries, que son el síntoma o el reflejo del proceso que sucede en el interior de la placa (Baca y Martínez, 2013).

Otros autores, como Quivey y col. (2015), señalan que la caries es una enfermedad infecciosa de la dentición humana, caracterizada por interacciones complejas entre microorganismos orales específicos, sus productos, constituyentes salivales y carbohidratos de los alimentos sobre una superficie dental. Estas interacciones modulan la formación de biopelículas (llamadas en clínica placa dental) en superficies dentales susceptibles, lo que al final causa la pérdida del esmalte dental mineralizado. Las superficies sufren daño permanente, y la dentina subyacente queda en riesgo de dañarse.

La enfermedad se ha caracterizado como una lucha o conflicto ecológico de bacterias en la boca entre bacterias infecciosas y la cantidad disponible de azúcares en la dieta de la alimentación moderna. Las poblaciones microbianas utilizan azúcares para producir polisacáridos extracelulares y ácidos orgánicos destructivos, con lo que se forman biopelículas muy adhesivas y ácidas. Si se permite que persista, la acidificación causada por las bacterias de la biopelícula desmineralizará de manera permanente el esmalte contiguo. Así, la formación de una matriz de polisacárido extracelular y la acidificación

del entorno son factores de virulencia importantes que modulan el desarrollo de biopelículas cariogénicas (Lamont y col., 2015).

La importancia de la caries radica, entre otros motivos, en que es una de las enfermedades más prevalentes que afectan al ser humano en todo el mundo. El concepto actual sobre la etiología de esta enfermedad incluye no solo los factores locales, sino otros que actúan a nivel del individuo y de la comunidad. Entender la etiología es fundamental para poderla prevenir y/o controlar. Es un proceso continuo que puede ser detenido en cualquier momento. Conocer las características clínicas en las diferentes fases de su evolución permitirá realizar un correcto diagnóstico que permita diseñar la forma más adecuada de controlarla, tratarla y prevenir su recurrencia (Baca y Martínez, 2013).

Los primeros indicios de la caries se identifican cuando se presentan manchas blancas sin brillo o de tono mate en la superficie del esmalte seco o deshidratado con la jeringa triple, circunscritas por un ligero halo oscuro. Principalmente están presentes en las zonas interproximales o zonas de retención natural del diente, por lo regular no están cavitadas y da la sospecha de que se está desarrollando la destrucción de la superficie mineralizada más superficial del esmalte. Generalmente tienen una forma piramidal con base en el esmalte y un vértice en dirección a la dentina; la capacidad buffer de la saliva no es suficiente para lograr por sí misma una remineralización en el esmalte, por lo que requiere de un cambio en la dieta, y la utilización de recalcificantes y de fluoruros directos para su oportuno tratamiento (Ibáñez, 2015).

2.1.2.1. Sitios de lesiones cariosas

Caries coronal

La caries dental que ocurre en la región del diente situada arriba del margen gingival (de la encía) se denomina caries supragingival o caries coronal. Las superficies lisas del diente son accesibles al flujo salival, y más fáciles de limpiar, además de que están sujetas a las fuerzas mecánicas abrasivas de la lengua y los labios. Así, las bacterias necesitan mecanismos de colonización especializados para fijarse y acumularse en esas superficies. En contraste, las bacterias pueden introducirse en orificios y fisuras de la corona dental sin mecanismos de adhesión especializados. Si en este sitio ocurre desmineralización, sigue el sentido de los bastones del esmalte (las unidades básicas de

la estructura del esmalte) y avanza perpendicular desde la superficie dental hasta la dentina (Quivey y col., 2015).

Lo anterior, se denomina caries de fosas y fisuras, y el frente de avance es una zona de dentina desmineralizada por ácido que no contiene bacterias. La caries no tratada puede llegar hasta la dentina y la pulpa. Las lesiones extensas y graves, que suelen relacionarse con factores predisponentes del huésped como xerostomía (sequedad bucal o reducción del flujo salival) se conocen como caries rampante. La caries que ocurre alrededor de sitios ya tratados y restaurados se denomina caries recurrente (Ibáñez, 2015).

Caries de la superficie radicular

La caries de la superficie radicular ocurre en superficies dentales cubiertas por las encías. Esta enfermedad es un problema de salud bucal importante y es probable que sea más grave en el futuro, porque las personas viven más y retienen más dientes naturales, pero con resorción gingival. El cemento de la superficie radicular es más soluble y fácil de desmineralizar que el esmalte. A medida que la disolución del cemento avanza, la dentina también se desmineraliza, hasta exponer la pulpa dental, con pérdida de la matriz de colágeno pulpar. El avance de la caries de la superficie radicular se acompaña de cambio de color y de textura. Ocurre una transición de una superficie dura a otra más blanda o correosa, y luego a un material blando cuando la pulpa queda expuesta, lo que debilita la totalidad de la estructura y lleva a la posibilidad de fracturas (Quivey y col., 2015).

2.2. TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Objetivos específicos	Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Diagnosticar la prevalencia de caries dental en adultos mayores	Caries dental	Prevalencia de caries	Índice CPO-D Índice ceo-d IHO-S	Formulario de salud bucal

de la comunidad de San Lorenzo				
Indagar sobre la percepción de la calidad de vida asociada a la salud bucal en adultos mayores de la comunidad de San Lorenzo	Calidad de vida	Calidad de vida asociada a la salud bucal	Datos generales Instrumento calidad de vida	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12
Establecer la relación entre la caries dental y la calidad de vida en adultos mayores de la comunidad de San Lorenzo	Este objetivo se cumplirá a través de la comparación de los resultados de la prevalencia de caries dental y la calidad de vida.			

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

La investigación es correlacional porque pretende relacionar la variable caries dental con la variable calidad de vida. Este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular. En ocasiones sólo se analiza la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubican en el estudio relaciones entre tres, cuatro o más variables. Los estudios correlacionales, al evaluar el grado de asociación entre dos o más variables, miden cada una de ellas (presuntamente relacionadas) y, después, cuantifican y analizan la vinculación (Hernández y col., 2014).

El diseño de la investigación es la estrategia general que adopta el investigador para responder al problema planteado. La presente tiene un diseño no experimental de campo, en donde los datos se recogen directamente de la realidad, por lo cual los denominados primarios, su valor radica en que permite cerciorarse de las verdaderas condiciones en que se han obtenido los datos, lo cual facilita su revisión o modificación en caso de surgir. Igualmente, el diseño es transversal; estos diseños recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Arias, 2012; Hernández y col., 2014).

3.2. Población y muestra

La población está representada por los adultos mayores de la comunidad de San Lorenzo. En base a los recursos disponibles se optó por un muestreo no probabilístico, por conveniencia y se seleccionaron 30 individuos a partir de 60 años.

3.3. Técnica e instrumento de recolección de datos

Se realizó una encuesta tipo cuestionario a los adultos mayores que participaron en el estudio que constó de dos secciones, la primera de 12 ítems, con datos generales donde se consultaba datos como edad, sexo, grado de instrucción, etnia, entre otros. Para la segunda sección se utilizó el instrumento de calidad de vida en relación con la salud oral denominado GERIATRIC/GENERAL ORAL HEALTH ASSESSMENT INDEX (GOHAI) que consta de 12 ítems.

3.3.1. Examen clínico

Se realizó el examen clínico bajo luz natural a cada uno de los adultos mayores seleccionados utilizando espejo bucal plano No. 5 y exploradores bucales según las recomendaciones de la OMS (1997; 2013).

Los criterios para el diagnóstico y la codificación (claves de los dientes primarios entre paréntesis) son:

O (A) Corona sana. Una corona se registra como sana si no muestra signos de caries clínica tratada o sin tratar.

1 (B) Corona cariada. Se registra la presencia de caries cuando una lesión presente en un hoyo o fisura, o en una superficie dental suave, tiene una cavidad inconfundible, un esmalte socavado o un suelo o pared apreciablemente ablandado. También debe incluirse en esta categoría un diente con una obturación temporal o un diente que está obturado, pero también cariado.

2 (C) Corona obturada, con caries. Se considera que una corona está obturada con caries cuando tiene una o más restauraciones permanentes y una o más zonas que están cariadas.

3 (D) Corona obturada, sin caries. Se considera que una corona está obturada, sin caries, cuando se hallan una o más restauraciones permanentes y no existe ninguna caries en la corona. Se incluye en esta categoría un diente con una corona colocada debido a una caries anterior.

4 (E) Diente perdido, como resultado de caries. Se utiliza esta clave para los dientes permanentes o primarios que han sido extraídos debido a la presencia de caries, incluyendo el registro en el estado de la corona.

3.4. Aspectos éticos

Durante la investigación se explicó a cada participante la importancia del estudio y se solicitó su participación voluntaria para lo cual firmaron un consentimiento informado, todo ello en cumplimiento de la declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013). También se le garantizó el derecho de retirarse del estudio cuando así lo deseara.

3.5. Plan de análisis

Los datos fueron procesados con el software SPSS® versión 24, de la empresa IBM® Corp. (Chicago, IL., USA). Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar a la muestra del estudio utilizando frecuencias absolutas y relativas en cada categoría de las variables estudiadas. Los resultados se presentan en tablas.

4. RESULTADOS

Tabla 1

Edad de los adultos mayores de San Lorenzo

Edad	n	%
≤70	8	27
71-76	9	30
77-82	8	27
≥83	5	17
Totales	30	100

Fuente: Vera (2018).

La Tabla 1 se refiere a la edad de los adultos mayores de San Lorenzo. El 30% de ellos tiene entre 71 y 76 años, el 27% tiene 70 años o menos, así también el 27% tiene entre 77 y 82 años y un 17% tiene 83 años o más. El promedio de edad fue de 75,40 años con una desviación de 8,295 años.

Tabla 2

Sexo de los adultos mayores de San Lorenzo

Sexo	n	%
Masculino	14	47
Femenino	16	53
Totales	30	100

Fuente: Vera (2018).

En cuanto al sexo de los adultos mayores de San Lorenzo, los resultados se muestran en la Tabla 2. El 53% es de sexo femenino y el 47% es masculino.

Tabla 3

Grado de instrucción de los adultos mayores de San Lorenzo

Grado de instrucción	n	%
Ninguno	3	10
Primaria	21	70

Secundaria	6	20
Superior	0	0
Totales	30	100

Fuente: Vera (2018).

Respecto al grado de instrucción de los adultos mayores de San Lorenzo los resultados se presentan en la Tabla 3. El 70% de ellos realizó solamente estudios de primaria, el 20% culminó su secundaria y el 10% no realizó ningún tipo de estudios formales.

Tabla 4

Etnia a la que se auto adscribe

Etnia	n	%
Blanco	0	0
Mestizo	30	100
Afroecuatoriano	0	0
Cholo	0	0
Montubio	0	0
Pueblo/Nacionalidades indígenas	0	0
Inmigrante	0	0
Totales	30	100

Fuente: Vera (2018).

La Tabla 4 se refiere a la auto adscripción étnica de los adultos mayores de San Lorenzo. El 100% se identifica como mestizo.

Tabla 5

Tipo de vivienda

Tipo de vivienda	n	%
Cemento armado	17	57
Caña	4	13
Mixta	9	30
Totales	30	100

Fuente: Vera (2018).

La Tabla 5 se refiere al tipo de vivienda de los adultos mayores de San Lorenzo. En el 57% de los casos la vivienda es de cemento armado, el 30% es mixta y el 13% es de caña.

Tabla 6

Tenencia de la vivienda

Tenencia de la vivienda	n	%
Propia	25	83
Alquilada	0	0
De un familiar	5	17
Totales	30	100

Fuente: Vera (2018).

La Tabla 6 se refiere a la tenencia de la vivienda de los adultos mayores de San Lorenzo. El 83% manifiesta que la vivienda es propia y 17% que es de un familiar.

Tabla 7

Condición laboral del jefe del hogar

Condición laboral	n	%
Empleado público	0	0
Empleado particular	0	0
Independiente	3	10
Subempleado	0	0
Desempleado	27	90
Totales	30	100

Fuente: Vera (2018).

La condición laboral del jefe del hogar se presenta en la Tabla 7. En el 90% de los casos el jefe del hogar está desempleado y el 10% restante trabaja por su cuenta.

Tabla 8

GOHAI-Ítem 1: ¿Limitó la clase o cantidad de alimentos debido a problemas con sus dientes?

Limitó alimentos	n	%
Nunca (N)	6	20
Casi Nunca (CN)	12	40
A veces (AV)	8	27
Casi siempre (CS)	4	13
Siempre (S)	0	0
Totales	30	100

Fuente: Vera (2018).

La Tabla 8 presenta los resultados del ítem 1 del instrumento GOHAI que se refiere a si limitó la clase o cantidad de alimentos debido a problemas con sus dientes. El 40% manifiesta que casi nunca ha limitado sus alimentos por ello, el 27% expresó que a veces, el 20% nunca y un 13% casi siempre.

Tabla 9

GOHAI-Ítem 2: ¿Pudo tragar cómodamente?

Pudo tragar cómodamente	n	%
Nunca (N)	0	0
Casi Nunca (CN)	0	0
A veces (AV)	3	10
Casi siempre (CS)	8	27
Siempre (S)	19	63
Totales	30	100

Fuente: Vera (2018).

La Tabla 9 presenta los resultados del ítem 2 del instrumento GOHAI sobre si pudo tragar cómodamente. El 63% manifiesta que siempre puede tragar cómodamente, el 27% expresó que casi siempre y un 10% a veces.

Tabla 10

GOHAI-Ítem 3: ¿Sus dientes le impidieron hablar del modo que Usted quería?

Impedimento de hablar	n	%
------------------------------	----------	----------

como quiere		
Nunca (N)	9	30
Casi Nunca (CN)	13	43
A veces (AV)	3	10
Casi siempre (CS)	2	7
Siempre (S)	3	10
Totales	30	100

Fuente: Vera (2018).

La Tabla 10 presenta los resultados del ítem 3 del instrumento GOHAI sobre si tuvo algún impedimento para hablar como quería por problemas en los dientes. El 43% manifiesta que casi nunca ha tenido dificultad, el 30% expresó que nunca. Las categorías siempre y a veces tuvieron 10% cada una.

Tabla 11

GOHAI-Ítem 4: ¿Pudo comer lo que usted quería sin sentir molestias?

Comer sin molestias	n	%
Nunca (N)	0	0
Casi Nunca (CN)	1	3
A veces (AV)	3	10
Casi siempre (CS)	22	73
Siempre (S)	4	13
Totales	30	100

Fuente: Vera (2018).

La Tabla 11 presenta los resultados del ítem 4 del instrumento GOHAI sobre si pudo comer lo que quisiera sin sentir molestias. El 73% manifiesta que casi siempre pudo hacerlo, el 13% dijo que siempre, el 10% expresó que a veces pudo comer sin molestias.

Tabla 12

GOHAI-Ítem 5: ¿Evitó estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes?

Evitó contacto con personas	n	%
Nunca (N)	25	83
Casi Nunca (CN)	4	13
A veces (AV)	1	3
Casi siempre (CS)	0	0
Siempre (S)	0	0
Totales	30	100

Fuente: Vera (2018).

La distribución de frecuencias de las respuestas al ítem 5 del instrumento GOHAI se presenta en la Tabla 12. El 83% dijo que nunca evitó estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes y el 13% expresó que casi nunca.

Tabla 13

GOHAI-Ítem 6: ¿Se sintió satisfecho o contento con la apariencia de sus dientes?

Satisfecho con sus dientes	n	%
Nunca (N)	1	3
Casi Nunca (CN)	1	3
A veces (AV)	11	37
Casi siempre (CS)	15	50
Siempre (S)	2	6
Totales	30	100

Fuente: Vera (2018).

La Tabla 13 presenta los resultados del ítem 6 del instrumento GOHAI sobre está satisfecho con la apariencia de sus dientes. El 50% manifiesta que casi siempre se siente contento con la apariencia de sus dientes, el 37% a veces lo está, el 6% siempre está satisfecho y 3% tanto para nunca como casi nunca.

Tabla 14

GOHAI-Ítem 7: ¿Se preocupó o intranquilizó por problemas con sus dientes?

Preocupado por problemas en sus dientes	n	%
Nunca (N)	3	10
Casi Nunca (CN)	14	47
A veces (AV)	13	43
Casi siempre (CS)	0	0
Siempre (S)	0	0
Totales	30	100

Fuente: Vera (2018).

La Tabla 14 presenta los resultados del ítem 7 del instrumento GOHAI que se refiere a preocupación o intranquilidad por problemas con sus dientes. El 47% manifiesta que casi nunca ha tenido ese tipo de sentimientos, el 43% expresó que a veces y 10% nunca.

Tabla 15

GOHAI-Ítem 8: ¿Se sintió nervioso o consciente debido a problemas con sus dientes?

Nervioso	n	%
Nunca (N)	11	37
Casi Nunca (CN)	8	27
A veces (AV)	10	33
Casi siempre (CS)	1	3
Siempre (S)	0	0
Totales	30	100

Fuente: Vera (2018).

En la Tabla 15 se presentan los resultados del ítem 8 del instrumento GOHAI en el cual se consulta si se sintió nervioso por problemas con sus dientes. El 37% manifiesta que nunca se ha sentido de ese modo, el 27% expresó que casi nunca y 33% que a veces.

Tabla 16

GOHAI-Ítem 9: ¿Se sintió incómodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes?

Incómodo por comer frente a otros	n	%
Nunca (N)	24	80
Casi Nunca (CN)	4	13
A veces (AV)	1	3
Casi siempre (CS)	1	3
Siempre (S)	0	0
Totales	30	100

Fuente: Vera (2018).

En la Tabla 16 se presentan los resultados del ítem 9 del instrumento GOHAI en el cual se consulta si se sintió incómodo al comer frente a otros debido a problemas con sus dientes. El 80% manifiesta que nunca se ha sentido así y el 13% expresó que casi nunca.

Tabla 17

GOHAI-Ítem 10: ¿Evitó reírse o sonreírse debido a que sus dientes eran antiestéticos?

Evitó reírse	n	%
Nunca (N)	21	70
Casi Nunca (CN)	6	20
A veces (AV)	2	7
Casi siempre (CS)	1	3
Siempre (S)	0	0
Totales	30	100

Fuente: Vera (2018).

En la Tabla 17 se presenta el resultado del ítem 10 del instrumento GOHAI en el cual se consulta si sobre si evitó reírse o sonreírse debido a que sus dientes eran antiestéticos. El 70% contestó que nunca, el 20% casi nunca, el 7% a veces y casi siempre obtuvo un 3%.

Tabla 18

GOHAI-Ítem 11: ¿Ha tenido dolor o molestias alrededor de la boca?

Dolor alrededor de la boca	n	%
Nunca (N)	12	40
Casi Nunca (CN)	10	33
A veces (AV)	8	27
Casi siempre (CS)	0	0
Siempre (S)	0	0
Totales	30	100

Fuente: Vera (2018).

En la Tabla 18 se presenta el resultado del ítem 11 del GOHAI sobre si tenido dolor o molestias alrededor de la boca, el 40% expresó que nunca se ha sentido de ese modo, el 33% casi nunca y el 27% a veces.

Tabla 19

GOHAI-Ítem 12: ¿Sintió sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces?

Sensibilidad a los alimentos fríos, calientes o dulces	n	%
Nunca (N)	10	33
Casi Nunca (CN)	12	40
A veces (AV)	8	27
Casi siempre (CS)	0	0
Siempre (S)	0	0
Totales	30	100

Fuente: Vera (2018).

En la Tabla 19 se presenta el resultado del ítem 12 sobre si sintió sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces, el 40% expresó que casi nunca sintió ese tipo de sensibilidad, el 33% nunca y el 27% a veces.

Tabla 20

Experiencia de caries en dentición permanente

Experiencia de caries	n	%
Con experiencia	30	100
Sin experiencia	0	0
Totales	30	100

Fuente: Vera (2018).

En la Tabla 20 se presenta la información sobre la experiencia de caries en los adultos mayores de San Lorenzo, el 100% tiene experiencia de caries.

Tabla 21

Índice CPO

Condición	Media	Desviación estándar
Cariado	3,23	4,216
Perdido	21,80	7,208
Obturado	0,13	0,507
Totales	25,17	3,905

Fuente: Vera (2018).

El índice de dientes Cariados, Perdidos y Obturados fue de 25,17 dientes con una desviación estándar de 4,216 dientes. El componente Perdido es el de mayor peso ya que es de 21,80 dientes, el componente Cariado tiene un 3,23 y el componente Obturado es de solo 0,13.

CONCLUSIONES

La investigación permitió llegar a las siguientes conclusiones:

En relación con la prevalencia de caries dental en adultos mayores de la comunidad de San Lorenzo, la totalidad de los individuos tienen experiencia de caries y el índice de dientes cariados, perdidos y obturados fue de 25,17, con el componente perdido como el de mayor peso con 21,80, en consecuencia, hay una alta prevalencia de edentulismo tanto parcial como total.

Los adultos mayores de la comunidad de San Lorenzo tienen una percepción positiva de la calidad de vida asociada a la salud bucal. Los resultados evidencian que existe calidad de vida ya que las respuestas que más se repiten son nunca y casi nunca, y los ítems donde se invierte la escala tienen respuestas de siempre y casi siempre. A pesar de la alta prevalencia de la caries dental en adultos mayores de la comunidad de San Lorenzo, la calidad de vida no se ve afectada.

RECOMENDACIONES

Las conclusiones permiten realizar las siguientes recomendaciones:

- Debido a la alta prevalencia de Edentulismo pueden generarse proyectos de vinculación con la sociedad orientados a la rehabilitación protésica de los adultos mayores de San Lorenzo.
- Promover alianzas entre la Facultad de Odontología y los líderes comunitarios de San Lorenzo para organizar un banco de pacientes para su atención por los estudiantes de la Facultad. Esto permitiría mejorar la calidad de vida de los pobladores de San Lorenzo y fortalecer las competencias del perfil de egreso de los estudiantes de Odontología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baca, P.; Martínez, I. (2013). Caries dental. Etiopatogenia y diagnóstico. En: Cuenca, E.; Baca P. Odontología preventiva y comunitaria Principios, métodos y aplicaciones. Elsevier Masson. Barcelona, España. Cuarta edición.

Ibáñez, N. (2015). Propedéutica y semiología en odontología. Elsevier España. Barcelona, España. Tercera edición. Primera edición.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2010). ¿Cómo crecerá la población en Ecuador? Quito, Ecuador

Lamont, R.; Hajishengallis, G.; Jenkinson, H. (2015). Microbiología e Inmunología Oral. Manual Moderno. México D.F. Primera edición en español.

Organización Mundial de la Salud. (2012). Salud bucodental. Nota descriptiva

Quivey, R., Koo, H.; Lemos, J.; Kopycka-Kedzierawski, D. (2015). Caries dental: conceptos generales. En: Lamont, R.; Hajishengallis, G.; Jenkinson, H. Microbiología e Inmunología Oral. Manual Moderno. México D.F. Primera edición en español.

Vega, E.; Menéndez, J.; Rodríguez, L.; Ojeda, M.; Leyva, B.; Cardoso, N.; y col. (2008). Atención al adulto mayor. En: Álvarez, R. (Revisor). Medicina General Integral. Tomo I. Salud y Medicina. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TITULADO: CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA CARIES DENTAL EN ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE SAN LORENZO

Estimado participante, a continuación, se realizarán unas preguntas sobre algunos datos del adulto mayor en el hogar.

SECCIÓN A. DATOS GENERALES

1. Edad___
2. Sexo: M___ F___
3. Grado de instrucción del adulto mayor:
Ninguno___ Primaria___ Secundaria___ Superior___
4. Etnia a la que se auto adscribe el grupo familiar:
Blancos___ Mestizos___ Afroecuatorianos___ Cholos___
Montubios___ Pueblos y nacionalidades indígenas___ Inmigrantes___
5. Zona de residencia:
Rural___ Urbana___
6. Parroquia de residencia:
Manta___ Tarqui___ Los Esteros___ Eloy Alfaro___ San Mateo___ Santa
Marianita___ San Lorenzo___
7. Tipo de vivienda:
Cemento armado___ Caña___ Mixta___ otro___
8. Tenencia de la vivienda:
Propia___ Alquilada___ De un familiar___ otro___
9. Condición laboral:
Empleado público___ Empleado particular___ Independiente___
Subempleado___ Desempleado___
10. Ingresos aproximados del grupo familiar: _____

SECCIÓN B. GERIATRIC/GENERAL ORAL HEALTH ASSESSMENT INDEX (GOHAI)

Estimado señor/a, con el presente instrumento se indaga sobre su calidad de vida en relación con la salud bucal. Se le presentan una serie de ítems en los cuales debe seleccionar la opción que más describa su situación en los últimos tres (3) meses, en base a las siguientes categorías: Nunca (N); Casi Nunca (CN); A Veces (AV); Casi Siempre (CS); Siempre (S).

SECCIÓN A. INSTRUMENTO GOHAI.

Nº	ÍTEM	N	CN	AV	CS	S
1	¿Limitó la clase o cantidad de alimentos debido a problemas con sus dientes?					
2	¿Pudo tragar cómodamente?					
3	¿Sus dientes le impidieron hablar del modo que Usted quería?					
4	¿Pudo comer lo que usted quería sin sentir molestias?					
5	¿Evitó estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes?					
6	¿Se sintió satisfecho o contento con la apariencia de sus dientes?					
7	¿Se preocupó o intranquilizó por problemas con sus dientes?					
8	¿Se sintió nervioso o consciente debido a problemas con sus dientes?					
9	¿Se sintió incómodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes?					
10	¿Evitó reírse o sonreírse debido a que sus dientes eran antiestéticos?					
11	¿Ha tenido dolor o molestias alrededor de la boca?					
12	¿Sintió sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces?					

SECCIÓN C. FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE SALUD BUCAL

Día	Mes	Año	Examinador	Original	Copia

Formulario					

Nombres y Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65		
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	
Corona														

Dientes primarios Corona	Dientes Permanentes Corona	SITUACIÓN
A	0	Sano
B	1	Cariado
C	2	Obturado con caries
D	3	Obturado sin caries
E	4	Perdido por caries

			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75		
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	
Corona														

INDICADORES DE SALUD BUCAL HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA

PIEZAS DENTALES				PLACA BACTERIANA 0-1-2-3	CÁLCULO 0-1-2-3	GINGIVITIS 0-1
16		17		55		
11		21		51		
26		27		65		
36		37		75		
31		41		71		
46		47		85		
Totales						

ÍNDICES CPO-ceo

D	C	P	O	Total
d	c	e	o	Total

Nombre del examinador: _____

REGISTRO FOTOGRÁFICO



