

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN FRENTE ANTIGUAS REHABILITACIONES ORALES Y LOS FACTORES QUE INFLUENCIARON DICHA CONDICIÓN, EN ADULTOS MAYORES, QUE ACUDEN A LAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS DE LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

¹Marlon Alfredo Baldovino, ¹Claudia Marcela Barriga, ¹María Cecilia Ortiz, ²Sonia Constanza Concha S.
¹Estudiante de X semestre, F. de Odontología, U. Santo Tomás, ²Odontólogo, U. Santo Tomás, Especialista en Educación y Comunicación para la Salud, Aspirante a Magister en Epidemiología, U. Industrial de Santander

Autor responsable de correspondencia: Sonia Constanza Concha S.
Correo electrónico: sococosa@yahoo.com

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el nivel de satisfacción frente a las antiguas rehabilitaciones y los factores que fluyen en dicha condición, en pacientes adultos, que acuden a las Clínicas Odontológicas de la Universidad Santo Tomás.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo de tipo retrospectivo, cuya población de estudio fueron 63 personas mayores de 50 años, que requerían para su tratamiento rehabilitación oral.

Resultados: 68% fueron mujeres, con un promedio de edad de 63.4 ± 10.7 años. Al evaluar la asociación de las variables de percepción sobre la funcionalidad y satisfacción con la prótesis se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las variables impide alimentarse ($p = 0.004$), impide hablar ($p < 0.001$), se cae cuando ríe ($p = 0.007$), impide besar ($p = 0.003$), impide saborear ($p = 0.001$) y se mueve cuando come ($p = 0.031$) entre las personas satisfechas y no satisfechas con sus prótesis dentales. Al analizar el motivo de cambio se encontró que el 75% de las personas no satisfechas con su prótesis, las habían cambiado porque les afectaba la encía.

Conclusión: La funcionalidad de la prótesis dental, los sentimientos frente a la pérdida dental, la adaptación con los tejidos periodontales y las experiencias con el odontólogo son factores que podrían estar determinando la satisfacción del adulto mayor frente a sus antiguas rehabilitaciones dentales. [Baldovino MA, Barriga CM, Ortiz MC, Concha SC. Evaluación del nivel de satisfacción frente antiguas rehabilitaciones orales y los factores que influenciaron dicha condición, en pacientes adultos mayores, que acuden a las clínicas odontológicas de la Universidad Santo Tomás. Ustasalud Odontología 2005; 4: 99 - 108]

Palabras clave: Adulto mayor, Prótesis dentales, Satisfacción, Odontogeriatría

ASSESSMENT OF THE LEVEL OF SATISFACTION OF OLD ORAL REHABILITATION AND THE FACTORS THAT INFLUENCED THIS CONDITION IN THE ELDERLY, THAT ATTEND THE DENTAL CLINICS OF THE SANTO TOMAS UNIVERSITY

ABSTRACT

Objective: To evaluate the level of satisfaction with old dental prosthesis and the factors that influence this condition in the elderly that attend the dental clinics of the Universidad Santo Tomas.

Material and methods: Sixty three were elderly women and men; 50 years and more, of both genders that required oral rehabilitation, during the first semester of the 2005. Variables were related clinics, of perception of the functionality of the dental prosthesis and perception of the individuals with the prosthesis.

Results: When analyzing the relationship of the clinical variables in regard satisfaction related of the dental prosthesis a relationship marginally significant among the satisfaction with the prosthesis and the change of the same ones to be old. ($p = 0.051$). When evaluating the association among the variables of perception of functionality with satisfaction, they were differences statistically for the variables that impede to feed ($p = 0.004$), to speak ($p < 0.001$), falls when laughs ($p = 0.007$), impede to kiss, ($p = 0.003$), to taste ($p = 0.001$), moves when eat some meals ($p = 0.031$), for to analyze the motive of the change, it was found that 75% of non satisfied people, had changed them because it affected them the gum.

Conclusion: The functionality of the dental prosthesis, the feelings respect to dental lost, the adaptation in the tissue periodontal and the experiences with the dentist are factors that determine the satisfaction of the older adult with the dental prosthesis.

Key words: Elderly, Geriatric dental, Dental prosthesis, Satisfaction.

INTRODUCCIÓN

La salud oral tiene una relación directa con la salud general, con el bienestar y con funciones esenciales en el adulto mayor.¹ A su vez, tiene relación estrecha con los aspectos psicosociales.¹⁻³ La estética, la apariencia y la postura mejoran con una buena dentadura lo que influye positivamente en su autoimagen y su autoestima.^{2,4} Esto facilita las expresiones de la sexualidad, el habla, la comunicación, la participación familiar y la socialización; por eso la salud oral contribuye significativamente a su calidad de vida.^{1,5} Por el contrario, los problemas dentales o el estado edéntulo puede afectar su autoimagen, autoestima, su comunicación y llevarlo al aislamiento y la depresión.⁵

Pero, ¿cuáles son los factores que determinan la satisfacción frente a las prótesis dentales? Según algunos estudios, los afectos que se despiertan alrededor de la pérdida dental deben ser considerados por parte del odontólogo dentro del proceso de rehabilitación oral, pues es diferente el proceso que se da en una persona absolutamente resignada por una pérdida dental temprana, que en aquella que se encuentra en una etapa de deterioro físico al que se le suma la pérdida dental.^{4,5}

El aspecto motivacional hacia el tratamiento depende de estos factores pero también del medio social y los niveles de educación del adulto mayor. Un anciano que aún se desenvuelve en un medio laboral, tiene un motivo para mantenerse sano, mientras que un anciano marginado afectiva y/o social y laboralmente debe encontrar dichos motivos.⁴

Asimismo, es necesario el conocimiento de mitos y actitudes que se tienen respecto a la vejez ya que estas condiciones tienden a influir definitivamente sobre los pacientes adultos mayores, sumado a esto la demanda de servicios es menor que las necesidades reales. Las causas aparentes de estas situaciones son: los pacientes no tienen el conocimiento suficiente acerca del cuidado e importancia de la salud bucal, aceptación del edentulismo como proceso natural de la edad, subestimación de la importancia del tratamiento odontológico en la vejez, y problemas económicos.^{1,4,6}

La modificación de estas actitudes facilita el estudio y las prácticas con estos pacientes, lo que influiría de manera positiva en su bienestar y por ende en su calidad de

vida.^{7,4} En consecuencia, se debe incluir la prevención, el tratamiento y la rehabilitación oral junto con aspectos físicos, mentales y sociales del envejecimiento en los ancianos.^{1,4,7}

Para tomar decisiones acertadas para un tratamiento en el paciente geriátrico, es indispensable tener en cuenta algunos criterios como la actitud del paciente, calidad de vida, limitaciones del tratamiento, pronóstico, limitaciones del operador.⁸

Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo de la presente investigación fue identificar el nivel de satisfacción, los factores que la afectan y establecer posibles asociaciones entre variables sociodemográficas, clínicas y de percepción de los pacientes adultos mayores para lograr comprender y mejorar no sólo las condiciones sistémicas y orgánicas del paciente adulto mayor, sino que el tratamiento de rehabilitación oral influya positivamente en él y en el ambiente que lo rodea.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo de tipo retrospectivo, cuya población fueron 63 personas mayores de 50 años, de ambos géneros que asistieron a las Clínicas Odontológicas de la Universidad Santo Tomás de Floridablanca y requerían para su tratamiento rehabilitación oral, durante el primer semestre del 2005.

Se coordinó con la dirección de clínicas la realización del estudio, definiéndose por conveniencia los sujetos que integrarían la muestra, se les explicó y se obtuvo el consentimiento informado y finalmente se procedió a la recolección de la información mediante una entrevista estructurada que se realizó durante el periodo en el que el adulto mayor se encontraba en consulta odontológica.

Fueron incluidos en el estudio individuos adultos mayores, sin importar antecedentes odontológicos y que aceptaron voluntariamente ser parte del estudio. Como criterios de exclusión se definieron: individuos sordos o que presentaran retraso mental, individuos con problemas de esquizofrenia o afasia del lenguaje, individuos que requerían rehabilitación pero al momento de realizar la entrevista no eran usuarios actuales de prótesis dental según la historia clínica.

Se recolectaron variables sociodemográficas tales como edad, género, actividad laboral, estrato socioeconómico, nivel de escolaridad como número de años estudiados y aprobados. Adicionalmente se registro el nivel de calidad de vida en puntuación de 1 a 10.

Se recolectaron variables clínicas como: causa de la pérdida dental especificándose cinco causas posibles: golpe, caries, enfermedad de las encías, dolor, se las mandaron a extraer. Tipo de tratamiento requerido, recolectados los tratamientos requeridos como: una prótesis total, dos prótesis totales, una prótesis parcial removible, dos prótesis parciales removibles, caso combinado, prótesis fija, prótesis fija y removible, prótesis fija e implantes, implantes. La variable «Desea la restauración completa» y los motivos por los que no desea la restauración completa considerando las siguientes opciones de respuesta: motivos económicos, no le interesa la estética, razones de adaptación de la prótesis, no le agrada como se ven los ganchos, por los materiales empleados, le impide comer bien. Aspectos relacionados con la prótesis dental que tenía, el por qué del cambio, son muy viejas, se perdieron, se partieron.

En percepción de la funcionalidad de la prótesis correspondieron varias variables como: el motivo del cambio de la prótesis dental, que fue recolectado como: no podía hablar, no comía bien, le afectaban las encías. En alguna ocasión la prótesis lo ha puesto en la siguiente situación: le impide alimentarse, le impide hablar, se le cae cuando ríe, le impide besar. Se le empaqueta la comida en la prótesis. Se le mueve cuando come o estornuda. La prótesis que tiene le lastima.

Las variables de percepción fueron relacionadas con experiencias previas: se interrogó sobre sus sentimientos hacia la pérdida dental y se recolectó como: era algo sin importancia, fue algo que le dio pesar al principio, sintió la misma tristeza que siente ahora, otra; se interrogó además, sobre que piensa actualmente de la pérdida de sus dientes: resignación, tristeza, le hacen falta, le es indiferente. La experiencia con el odontólogo fue se interrogó como: buena, regular, mala; su experiencia fue así por: la actitud del odontólogo, la apariencia de las prótesis, porque no pudo comer con las prótesis, pudo comer con las prótesis, comodidad. Se preguntó si le preocuparía que alguien supiera que tenía prótesis y la razón de esta preocupación observándose si considera que no son socialmente aceptadas, le da vergüenza o se siente mal como se ve, otra razón.

Adicionalmente, se preguntó si dormían con la prótesis y el por qué de esto, dándose las siguientes opciones de respuesta: nunca se las quita, se olvida quitárselas, porque no sabía que tenía que quitárselas, porque teme que su pareja, familia o alguien sepa que tiene prótesis, otras. En cuanto al aseo de la prótesis se pregunto cuantas veces al día las limpia y qué emplea para el aseo consideramos las opciones tradicionales y no tradicionales.

La actitud hacia la asistencia a las citas se clasificó de acuerdo con: stress o nervios, temor frente a los resultados, pereza, le es indiferente, otras, ninguna. Se preguntó si es importante acudir a las citas de control y el por qué de esta importancia catalogándose estas razones en garantiza la efectividad del tratamiento, recibir instrucciones por parte del odontólogo, reducir posibles zonas de molestias, otras. Se interrogó si en alguna ocasión la prótesis le ha impedido sentirse bien, le ha hecho sentir que se ve mal, en el día recuerda que tiene prótesis y la satisfacción frente a su rehabilitación oral.

Previo recolección de la información se realizó la estandarización para el manejo de los formularios y posteriormente, se hizo una prueba piloto con 10 adultos mayores voluntarios, con el fin de evaluar la reproducibilidad entre evaluadores, verificar la utilidad del instrumento y estimar los tiempos requeridos para efectuar la encuesta.

Para el plan de análisis, las variables se describieron mediante medidas de resumen según la naturaleza de la variable; para las cualitativas se obtuvieron proporciones y para las cuantitativas medidas de resumen de tendencia central como media, mediana y de dispersión como rango, varianza y desviación estándar.

En el análisis bivariado se analizaron las posibles diferencias mediante el test de Chi cuadrado o test exacto de fisher para variables cualitativas. La base de datos se digito por duplicado en Excel,⁹ se exporto al paquete estadístico EPI INFO 6.04¹⁰ y se corrobore la calidad de la digitación mediante la rutina validate. Finalmente, se procedió al análisis definitivo en el paquete estadístico STATA 8.0¹¹ considerando un nivel significancia de $\alpha = 0.05$.

El presente estudio cumplió con las normas éticas establecidas por el Ministerio de Salud en la resolución 843012 y por el comité ético institucional. Los principios éticos básicos que se tuvieron en cuenta en el momento de realizar la investigación fueron: autonomía, beneficencia, justicia y confidencialidad.

RESULTADOS

En total se evaluaron 63 individuos adultos mayores. La distribución por género mostró para mujeres 68% y para hombres 32% con un promedio de edad de 63.4 ± 10.7 años y un rango entre 50 y 90 años.

El promedio de escolaridad fue de 3.9 ± 3.2 años con un rango entre 0 y 18 años. En cuanto a la calidad de vida el promedio fue de 7.5 ± 1.2 y un rango entre 5 y 10 puntos. Al analizar cuantas veces han cambiado sus prótesis dentales se encontró un promedio de cambio de 3.07 ± 2.76 veces y un rango entre 0 y 9 veces. Al considerar hace cuanto tiempo tienen las prótesis se encontró un promedio de 16.2 ± 13.15 años con un rango entre 1 y 60 años.

Al analizar la relación de las variables clínicas con la satisfacción frente a las prótesis dentales no se observaron diferencias estadísticamente significativas para estas variables; sin embargo, si se observó una relación marginalmente significativa de la relación de la satisfacción con las prótesis y el cambio de las mismas por ser viejas, pues mientras el 72% de las personas satisfechas con sus prótesis las habían cambiado por esta razón, el 40% de los sujetos satisfechos no lo habían hecho por esta misma causa. ($p=0.051$) (Tabla 1).

Al evaluar la asociación de las variables de percepción sobre la funcionalidad y satisfacción con la prótesis se encontró diferencias estadísticamente significativas para las variables impide alimentarse ($p=0.004$), impide hablar ($p < 0.001$), se cae cuando ríe ($p=0.007$), impide besar ($p=0.003$), impide saborear ($p=0.001$) y se mueve cuando come ($p=0.031$) entre las personas satisfechas y no satisfechas con sus prótesis dentales (Tabla 2).

Al analizar el motivo de cambio se encontró que el 75% (12) de las personas no satisfechas con su prótesis, las habían cambiado porque les afectaba la encía mientras que el 19% (9) de los insatisfechos con la prótesis no percibían que este fuese el motivo de cambio ($p < 0.001$) (Tabla 2).

Al evaluar la posible relación entre la percepción de la atención y satisfacción con la prótesis dental se encontró que el 100% de las personas insatisfechas con la prótesis consideraban que su experiencia con el odontólogo fue mala, el 30 y 33% de las personas que consideraron su experiencia con el odontólogo buena o regular (respecti-

vamente) estaban insatisfechos con las prótesis dentales. Observándose diferencias estadísticamente significativas ($p=0.042$) (Tabla 3). Sin embargo aspectos relacionados con experiencias odontológicas previas y los sentimientos que les generaron acudir a las citas odontológicas y el control de las rehabilitaciones no mostraron ser aspectos que afectaran la satisfacción de los pacientes con las prótesis dentales (Tabla 3).

Al analizar aspectos relacionados con la percepción frente a la pérdida dental se encontró que al 65% de las personas no satisfechas con las prótesis les dio tristeza perder sus dientes mientras que el 35% de las personas satisfechas con las mismas sintieron lo mismo frente a la pérdida de sus dientes, mostrándose diferencias estadísticamente significativas y a ninguna de las personas insatisfechas con la rehabilitación la pérdida dental le fue indiferente ($p=0.002$) (Tabla 4).

Al analizar sobre la percepción inadecuada que le genera las prótesis dentales con el nivel de satisfacción de las mismas se observó que el 67% (12) de las personas insatisfechas con las prótesis dentales creen que tienen halitosis ($p < 0.001$).

El 58% (14) de las personas insatisfechas con la prótesis sienten que se ven mal con estas ($p=0.001$) y el 58% de los pacientes insatisfechos con la prótesis dental consideran que sus dientes no están en armonía con sus rasgos faciales ($p=0.001$) (Tabla 5).

DISCUSIÓN

El envejecimiento de la cavidad bucal al igual que el envejecimiento global del organismo es un proceso multicasual, sin embargo hoy las investigaciones muestran que los factores ambientales desempeñan un papel mayor que el anteriormente supuesto.¹³

La salud bucal del adulto mayor, debe ser entendida no solamente como la presencia o no de patologías bucales, sino además, como la percepción que éste tiene sobre su boca; según Marín, la percepción de la condición de salud involucra múltiples esferas,⁷ creando evaluaciones diferentes, porque la interpretación del estado de salud es influenciada por la salud misma y por los valores personales. Esto significa que dos personas ante una condición de salud tendrán una percepción distinta de la mis-

Tabla 1. Asociación entre variables clínicas y la satisfacción con la prótesis dental.

VARIABLE	GLOBAL n = 63	SATISFACCIÓN n = 42	NO SATISFACCIÓN n = 21	P
CARIES				
Si	48 (76)	34 (71)	14 (29)	0.209*
No	15 (24)	8 (53)	7 (47)	
ENE ENCIAS				
Si	9 (14)	5 (56)	4 (44)	0.445**
No	54 (86)	37 (69)	17 (31)	
DOLOR				
Si	48 (76)	34 (71)	14 (29)	0.209*
No	15 (24)	8 (53)	7 (47)	
MANDARON EXTRAER				
Si	61 (97)	41 (67)	20 (33)	0.611**
No	2 (3)	1 (50)	1 (50)	
TRATAMIENTO REQUERIDO				
Dos prótesis totales	41 (65)	24 (59)	17 (41)	0.317**
Una Prót. Parc. Rem.	1 (2)	1 (100)	0 (0)	
Dos Prót. Parc. Rem.	4 (6)	4 (100)	0 (0)	
Caso combinado	16 (25)	12 (75)	4 (25)	
Prótesis fija	1 (2)	1 (100)	0 (—)	
DESEA RESTAURACIÓN				
Si	61 (97)	40 (66)	21 (34)	0.310**
No	2 (3)	2 (100)	0 (—)	
NO RESTAURACIÓN				
Si	2 (3)	2 (100)	0 (—)	0.310**
No	61 (97)	40 (66)	21 (34)	
HA TENIDO PRÓTESIS				
Si	52 (83)	35 (67)	17 (33)	0.814**
No	11 (17)	7 (64)	4 (36)	
CAMBIO POR VIEJAS				
Si	53 (84)	38 (72)	15 (28)	0.051** ++
No	10 (16)	4 (40)	6 (60)	
CAMBIO POR PERDIDA				
Si	4 (6)	2 (50)	2 (50)	0.465**
No	59 (94)	40 (68)	19 (32)	
CAMBIO POR FRACTURA				
Si	14 (22)	11 (79)	3 (21)	0.284**
No	49 (78)	31 (63)	18 (37)	

* test de Chi cuadrado ** test exacto de fisher ++ marginalmente significativa $\alpha = 0.05$

ma, manifestándose de forma diferente en cada uno y su actitud ante ella será también heterogénea, influenciado incluso por la historia de vida.

Particularmente en el adulto mayor donde la carga histórica es mucho mayor y donde existen otros factores como enfermedades sistémicas, situación económica, soporte emocional, determina que el anciano en algún momento ponga sus quejas bucales en segundo lugar;⁴ esto se hace evidente en el presente estudio ya que 95% de nuestros entrevistados afirmó que consideraban su salud oral buena, a pesar de que el 65%, requerían para

su tratamiento dos prótesis totales; es curioso que tan solo el 5% considerará su salud oral como mala; tal vez como respuesta psicológica de resignación ante la pérdida dental, o como respuesta al conocimiento tradicional que relaciona vejez-pérdida dental o sólo como respuesta a que la salud oral pasa a un segundo plano como consecuencia de otras situaciones como es el nivel económico.

Los argumentos anteriormente expuestos, coinciden con lo expresado por Steele y colaboradores quienes afirman que es importante considerar el impacto de la pérdida dental dentro del contexto en el que las personas se des-

Tabla 2. Asociación entre las variables de percepción de la funcionalidad y la satisfacción con la prótesis dental.

VARIABLE	GLOBAL n = 63	SATISFACCIÓN n = 42	NO SATISFACCIÓN n = 21	P
CAMBIO POR NO HABLAR				
Si	28 (44)	18 (64)	10 (36)	0.720*
No	35 (56)	24 (69)	11 (31)	
CAMBIO POR NO COMER				
Si	27 (43)	16 (59)	11 (41)	0.280*
No	36 (57)	26 (72)	10 (28)	
CAMBIO POR AFECTAR EFICIENCIA				
Si	16 (25)	4 (25)	12 (75)	< 0.001**
No	47 (75)	38 (81)	9 (19)	
CAMBIO ALIMENTACIÓN				
Si	27 (43)	15 (56)	12 (44)	0.105*
No	36 (57)	27 (75)	9 (25)	
EMPAQUETA				
Si	43 (68)	27 (63)	16 (37)	0.339*
No	20 (32)	15 (75)	5 (25)	
IMPIDE ALIMENTARSE				
Si	32 (51)	16 (50)	16 (50)	0.004* +
NO	31 (49)	26 (84)	5 (16)	
IMPIDE HABLAR				
Si	23 (37)	8 (35)	15 (65)	< 0.001** +
NO	40 (63)	34 (85)	6 (15)	
CAE RIE				
Si	19 (30)	8 (42)	11 (58)	0.007* +
No	44 (70)	34 (77)	10 (23)	
IMPIDE BESAR				
Si	4 (6)	0 (—)	4 (100)	0.003** +
No	59 (94)	42 (71)	17 (29)	
IMPIDE SABOREAR				
Si	22 (35)	9 (41)	13 (59)	0.001* +
No	41 (65)	33 (80)	8 (20)	
MUEVE COME				
Si	27 (43)	14 (52)	13 (48)	0.031* +
NO	36 (57)	28 (78)	8 (22)	
MUEVE CUANDO ESTORNUDA				
Si	30 (48)	17 (57)	13 (43)	0.108*
No	33 (52)	25 (76)	8 (24)	
LE LASTIMAN				
Si	22 (35)	13 (59)	9 (41)	0.350*
No	41 (65)	29 (71)	12 (29)	

* test de Chi cuadrado ** test exacto de fisher + estadísticamente significativo $\alpha = 0.05$

envuelven;¹⁴ así mismo, expresan que el impacto de la pérdida dental sobre las personas tiene relación directa con las tendencias que se reflejan en su grupo de edad e históricamente el impacto de la pérdida dental dentro de los grupos mayores, ser efecto de bajas expectativas en cuanto a su condición oral.

Al analizar en detalle el aspecto económico se observó su influencia al preguntar, cuantas veces han cambiado sus prótesis dentales: se encontró un promedio de cambio de

3.07 veces, al indagar hace cuanto tiempo tienen las prótesis dentales se encontró un promedio de 16.2 años. Al preguntar el motivo por el cual no habían cambiado sus prótesis, el 87% argumentó que la razón por la cual no había cambiado sus prótesis dentales, aun sabiendo que lo debía hacer, eran motivos económicos, lo que ubica a esta razón en un motivo de preocupación y concuerda con Marín quien afirma que los factores socioeconómicos como un bajo ingreso, bajo nivel educativo, y un inadecuado soporte social, se encuentran asociados in-

TABLA 3. Asociación entre las variables de percepción de la atención y la satisfacción con la prótesis dental.

VARIABLE	GLOBAL n = 63	SATISFACCIÓN n = 42	NO SATISFACCIÓN n = 21	P
EXPERIENCIA CON EL ODONTÓLOGO				
Buena	54 (86)	38 (70)	16 (30)	0.042** +
Regular	6 (9)	4 (67)	2 (33)	
Mala	3 (5)	0 (—)	3 (100)	
EXPERIENCIA PREVIA				
Actitud del odontólogo	24 (38.1)	18 (75)	6 (25)	0.198**
Apariencia de prótesis	27 (43.8)	17 (63)	10 (37)	
No pudo comer	6 (9.5)	5 (83)	1 (17)	
Comodidad	6 (9.5)	2 (33)	4 (67)	
ACUDIR A CITAS GENERA				
Stress o nervios	10 (16)	8 (80)	2 (20)	0.444**
Temor a resultados	21 (33)	12 (57)	9 (43)	
Pereza	2 (3.)	2 (100)	0 (0)	
Le gusta	28 (44)	18 (64)	10 (36)	
Ninguna	2 (3)	2 (100)	0 (—)	
IMPORTANCIA DEL CONTROL				
Sí	58 (92)	39 (67)	19 (33)	0.742**
No sabia control	5 (8)	3 (60)	2 (40)	
IMPORTANCIA DEL CONTROL				
Garantía tratamiento	19 (30)	17 (89)	2 (11)	0.085** + +
Recibir instrucción	19 (30)	10 (53)	9 (47)	
Reducir molestias	20 (32)	12 (60)	8 (40)	
No respondió	5 (8)	3 (60)	2 (40)	

* test de Chi cuadrado ** test exacto de fisher + estadísticamente significativo ++ marginalmente significativo $\alpha = 0,05$

timamente con la alteración funcional de la cavidad bucal y el estado dental en el adulto mayor.¹⁵

Sin embargo, al preguntar a estas personas si estaban satisfechos con sus prótesis, el 69% dijo estar satisfecho. Lo que permite concluir que la percepción que se tiene sobre salud oral y calidad de vida definitivamente no van juntas, es decir, se podría sugerir que la salud oral no influye en un 100% en la calidad de vida de los adultos mayores; fenómeno similar a lo observado en el estudio de Steele y colaboradores.¹⁴

Según Matiz, es necesario recordar que las generaciones que han precedido, tuvieron acceso muy limitado a los servicios de salud, creciendo en épocas de escaso desarrollo científico y tecnológico de la odontología y cuyo ejercicio estuvo en gran medida en manos de empíricos.⁴ Esto se evidencia con la práctica social que esta culturalmente muy arraigada en lo relacionado con la extracción indiscriminada de los dientes para ser reemplazados por prótesis, lo que lleva a que normalmente se llegara a la vejez siendo desdentados. Al preguntar la

causa de la pérdida dental, el 97% reportó a la extracción dental como la principal causa de pérdida dental, asimismo el 65% de los entrevistados requerían para su tratamiento dos prótesis totales lo que colocaría a nuestra población de estudio, por lo menos, en un alto porcentaje como edéntula total.

También, se observó que el 76% de los participantes reportó a la caries como la causa de la pérdida dental, lo que estaría en concordancia con lo expuesto por Hernández, quien afirmó que las causas de la pérdida dental en los adultos mayores esta relacionada fundamentalmente con caries y enfermedad periodontal.¹³

Al indagar sobre los efectos psicológicos de la pérdida dental y que se piensa actualmente sobre la misma, se encontró que al perder los dientes, el 49% sintió la misma tristeza que siente ahora, sin embargo 49% de éstos se siente satisfecho con las prótesis; al preguntar que siente actualmente con esta pérdida, el 35% expresó que le hacen falta y el 86% de éstos, esta satisfecho con la prótesis dental, lo que nos hace pensar que estos pacien-

Tabla 4. Asociación entre las variables de percepción frente a la pérdida dental y hábitos de uso de las prótesis dentales frente a la satisfacción con la prótesis dental.

VARIABLE	GLOBAL n = 63	SATISFACCIÓN n = 42	NO SATISFACCIÓN n = 21	P
SALUD ORAL				
Si	60 (95)	41 (68)	19 (32)	0.209**
No	3 (5)	1 (33)	2 (67)	
SINTIO PERDIDA				
Algo sin importancia	17 (27)	14 (82)	3 (18)	0.207**
Le dio pesar al principio	15 (24)	8 (53)	7 (47)	
Misma tristeza	31 (49)	20 (65)	11 (35)	
ACTUAL PÉRDIDA				
Resignación	17 (27)	12 (71)	5 (29)	0.002** +
Tristeza	20 (32)	7 (35)	13 (65)	
Hacen falta	22 (35)	19 (86)	3 (14)	
Es indiferente	4 (6)	4 (100)	0 (—)	
LE PREOCUPA				
Si	24 (38)	15 (62.5)	9 (37.5)	0.582*
No	39 (62)	27 (69)	12 (31)	
RAZÓN PREOCUPA				
No social aceptadas	3 (5)	3 (100)	0 (—)	0.290**
Le da vergüenza	21 (33)	12 (57)	9 (43)	
Ninguna	39 (62)	27 (69)	12 (31)	
DUERME				
Si	47 (75)	31 (66)	16 (34)	0.838*
No	16 (25)	11 (69)	5 (31)	
PORQUE DUERME				
Nunca se las quita	26 (41)	18 (69)	8 (31)	0.625**
Olvida quitárselas	2 (3)	2 (100)	0 (—)	
No sabía	18 (29)	10 (56)	8 (44)	
Otras	1 (2)	1 (100)	0 (—)	
No respondió	16 (25)	11 (69)	5 (31)	
PORQUE NO CAMBIÓ LAS PRÓTESIS				
Motivos económicos	55 (87)	37 (67)	18 (33)	0.548**
Temor al odontólogo	1 (2)	1 (100)	0 (—)	
Sugerencias personales	1 (2)	1 (100)	0 (—)	
Pereza	1 (2)	0 (—)	1 (100)	
Falta tiempo	4 (6)	2 (50)	2 (50)	
No le recomendaron	1 (2)	1 (100)	0 (—)	

* test de Chi cuadrado ** test exacto de fisher + estadísticamente significativo $\alpha = 0.05$

tes se encuentran resignados frente a la pérdida dental o tal vez, como se dijo anteriormente, están influenciados por los mitos acerca de vejez -desdentación.

En esta situación es importante recordar lo sugerido por Matiz, al enfatizar sobre la importancia de los aspectos emocionales que genera la pérdida dental;⁴ éstos deben ser considerados por el odontólogo a la hora de efectuar la rehabilitación oral, ya que es diferente el proceso que se da en una persona absolutamente resignada dada una pérdida dental temprana, que aquel que se encuentra en una etapa de deterioro físico al que se le suma la pérdida dental.

En la actualidad, hay una mayor proporción de pacientes que conservan sus dientes hasta edades avanzadas, por lo tanto la práctica odontológica debe estar preparada para satisfacer las necesidades estéticas y funcionales del adulto mayor que es distinto en su anatomía, fisiología, patología y necesidades psicológicas a personas de otras generaciones.¹³ Estos cambios justifican la necesidad de prestar un servicio odontológico integral para la población geriátrica, ajustado a la percepción que tiene de su cavidad bucal, su salud en general y el impacto o valor en su vida diaria de diferentes aspectos fisiológicos, patológicos y sociales, con el fin de mejorar las estrategias usadas en el trabajo con este grupo poblacional.¹⁶

Tabla 5. Asociación entre las variables de percepción y la satisfacción con la apariencia de la prótesis dental.

VARIABLE	GLOBAL n = 63	SATISFACCIÓN n = 42	NO SATISFACCIÓN n = 21	P
EMPLEA PARA EL ASEO				
Cepillo, crema, enj.	33 (52)	24 (73)	9 (27)	
Cepillo dientes	25 (40)	15 (60)	10 (40)	
Detergente	1 (2)	0 (—)	1 (100)	0.471**
Limpido	1 (2)	1 (100)	0 (—)	
Bicarbonato	3 (5)	2 (67)	1 (33)	
SIENTE MAL ALIENTO				
Sí	18 (29)	6 (33)	12 (67)	< 0.001* +
No	45 (71)	36 (80)	9 (20)	
IMPEDIDO SENTIRSE BIEN				
Sí	38 (60)	23 (61)	15 (39)	0.202*
No	25 (40)	19 (76)	6 (24)	
SENTIR QUE SE VE MAL				
Sí	24 (38)	10 (42)	14 (58)	0.001* +
No	39 (62)	32 (82)	7 (18)	
DÍA RECUERDA PRÓTESIS				
Sí	41 (65)	26 (63)	15 (37)	0.455*
No	22 (35)	16 (73)	6 (27)	
SATISFACCIÓN DE LOS DIENTES CON CARA				
Sí	37 (59)	31 (84)	6 (16)	0.001* +
No	26 (41)	11 (42)	15 (58)	
CAMBIO POR QUE NO LE GUSTO				
Sí	40 (63)	24 (60)	16 (40)	0.139*
No	23 (37)	18 (78)	5 (22)	

* test de Chi cuadrado ** test exacto de fisher + estadísticamente significativo $\alpha = 0.05$

Al preguntarles por el interés del adulto mayor hacia el tratamiento de rehabilitación oral se encontró que los hallazgos de este estudio están de acuerdo con Marín, quien afirmó que, para que el tratamiento sea benéfico debe considerarse el deseo e interés de este hacia el tratamiento protésico,⁷ ya que el 97% desea la rehabilitación completa, de estos el 67% estaba satisfecho con la prótesis dental; al indagar sobre los sentimientos que le genera asistir a las citas para la elaboración de la prótesis 44% afirmó que le gusta asistir y el 92% afirmó la importancia de asistir a citas de control.

Según Matiz, el aspecto motivacional hacia el tratamiento también depende del medio social y los niveles de educación del adulto mayor.⁴ Un anciano que aun se desenvuelve en un medio laboral, tiene un motivo para mantenerse sano; mientras que un anciano marginado afectiva,

social y/o laboralmente debe encontrar dichos motivos.² Sin embargo, en el presente estudio no se hace evidente esta relación.

De otro lado, es importante recordar que la boca es un componente orgánico, sumamente importante en la interacción social, con impacto en los aspectos estéticos, funcionales, fonéticos, de masticación, de bienestar en términos de salud, y además en la expresión de sus emociones, oralidad, sexualidad y satisfacción personal.^{5,17} El 37% de los entrevistados afirmó que su prótesis les impide hablar; de éstos el 65% no está satisfecho con su prótesis dental, al 30% se le cae cuando ríe y de estos el 58% no está satisfecho. Al preguntar si la prótesis dental les impide besar, un porcentaje muy bajo respondió positivamente (6%); de éstos, el 100% no se encuentra satisfecho con su prótesis dental. Al respecto, es preciso ano-

tar que se es consciente de las limitaciones socioculturales en la población de este estudio en el área de la sexualidad en el adulto mayor; pues, tanto para los investigadores como para los encuestados fue difícil plantear y el responder a esta pregunta.

Es importante retomar lo afirmado por Matiz y Bermúdez, quienes reiteran que estos aspectos son importantes e interesantes en la calidad de vida del adulto mayor.⁵ Al indagar que porcentaje de personas dormían con su prótesis y la razón de este comportamiento se encontró que el 75% de los entrevistados lo hace, y el 41% de éstos dicen que la razón es que nunca se las quitan; esto puede reflejar un marcado recato, lo que sugiere que posiblemente, la persona está inconforme consigo misma y esto a su vez afecta su autoestima y de algún modo su comportamiento.

Los hallazgos relacionados con la funcionalidad concuerdan con Matiz, quien afirma que en muchos casos una prótesis puede no satisfacer una necesidad funcional, pero si una estética, que le permite socializarse e integrarse más a un grupo humano donde pueda satisfacer necesidades de compañía y apoyo.⁴

En conclusión La funcionalidad de la prótesis dental, los sentimientos frente a la pérdida dental, la adaptación con los tejidos periodontales y las experiencias con el odontólogo son factores que podrían estar determinando la satisfacción del adulto mayor frente a sus antiguas rehabilitaciones dentales.

Es necesario identificar los factores que determinaron la satisfacción frente a antiguas rehabilitaciones orales con el propósito de implementar un plan de tratamiento coherente a las necesidades y expectativas del adulto mayor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reyes C. Principios de odontogediatria. Revista de Estomatología de la Universidad del Valle 1992; 2: 100 - 103.
2. Barragán J, y col. Diseño y edición de un audiovisual, como medio para la modificación de la actitud frente al tratamiento protésico en pacientes de la tercera edad. Revista Científica de la Universidad El Bosque 1997; 3: 97 - 102.
3. González J, Ochoa MS. La desdentación y la vejez a través de la mitología, la pintura y la literatura (parte I-II). Prof Dent 2002; 5.

4. Matiz J. Implicaciones psicológicas relacionadas con la pérdida dental y con el uso de prótesis dental en la tercera edad. Oral - Día 1993; 13.
5. Matiz J, Bermúdez R. Posibles modificaciones en el comportamiento sexual en pacientes de tercera edad que utilizan prótesis dental removible. Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria 1998; 12: 91 - 96.
6. Hoyos M, Marulanda F. Psicología del envejecimiento. Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria 1998; 12: 15 - 24.
7. Marín D y col. Influencia de la rehabilitación con prótesis totales en el cambio de dieta del adulto mayor. Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria 2003; 17: 553 - 559.
8. Marín D. Influencia de la boca en la calidad de vida de los ancianos. Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria 2002; 16: 148 - 152.
9. Microsoft Excel, 5.0 Microsoft Corporation, 1997.
10. CDC-OMS. Epi-inf 6 Versión 6.04ª Nov 1996.
11. Stata Corp 2003. Stata statistical software. Release 8.0. Collage station, T.X: Stata corporation.
12. Ministerio de Salud. Resolución 008430 del 4 de Octubre de 1993.
13. Hernández M. Rehabilitación oral para el paciente geriátrico. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Editorial Unibiblos; 2001. p. 15 - 191.
14. Steele JG, Sanders AE, Salde GD, Allen PF, Lahti S, Nuttall N, Spencer AJ. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two samples. Community Dent Oral Epidemiol 2004; 32: 107 - 114.
15. Marín D. Es necesaria la odontogeriatría? Revista de la Federación Odontológica Colombiana. Salud para la tercera edad 2000; 59: 39 - 44.
16. Botero B. El cuidado integral, la familia y el cuidador. Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria 2002; 14: 37 - 42.
17. Fuentes P. Conocimiento integral del paciente en odontogeriatría. PO. 21: 6 - 9.