

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN – León

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



**MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA**

TÍTULO:

“Percepción de calidad de vida de los pacientes edéntulos portadores de prótesis totales atendidos en las clínicas multidisciplinaria de la facultad de odontología de la UNAN- León año 2010”.

AUTORAS:

- Bra. Lilliam Aurora Márquez Álvarez
- Bra. Ibis Janeysi Salazar Rojas
- Bra. Ana Karen Sevilla Obando

TUTOR:

MSp. Carlos Guevara.

ASESOR METODOLÓGICO:

MSc. Róger Espinoza Abaunza.

**Índice**

I- Introducción. . . . .	4
II- Objetivos. . . . .	6
III- Marco Teórico	
A- Calidad de vida. . . . .	7
1- Concepto. . . . .	7
2- Dimensiones de la calidad de vida. . . . .	8
B- Envejecimiento	
1- Concepto. . . . .	9
2- Tipos de envejecimientos. . . . .	9
a- Envejecimiento normal. . . . .	9
b- Envejecimiento patológico. . . . .	10
c- Envejecimiento optimo. . . . .	10
3- Efectos del envejecimiento en el aparato masticatorio	
a- Dientes. . . . .	10
b- Actividad muscular. . . . .	11
c- La lengua. . . . .	11
d- Sensibilidad oral. . . . .	11
e- Secreción de saliva. . . . .	12
f- Deglución. . . . .	13
4- Efectos del envejecimiento a nivel facial. . . . .	14
5- Efectos del envejecimiento a nivel social. . . . .	14
a- La jubilación. . . . .	15
b- Jubilación en Nicaragua. . . . .	16
6- Efectos del envejecimiento vinculados a la nutrición. . . . .	17
a- Primer tiempo: alimentación- ingesta y digestión. . . . .	17
b- Segundo tiempo: metabolismo. . . . .	19
c- Tercer tiempo: excreción. . . . .	20

C- Edentulismo. . . . .	20
1- Concepto. . . . .	20
2- Generalidades. . . . .	20
3- Efectos del Edentulismo. . . . .	20
a- Efectos físicos vinculados con el Edentulismo. . . . .	21
a.1- Dieta. . . . .	21
a.2- Morfológicos faciales. . . . .	22
a.3- Salud. . . . .	23
b- Efectos en la autoestima vinculados con el paciente edéntulo. . . . .	25
b.1- Concepto . . . . .	25
b.2- Importancia. . . . .	25
b.3- Características de una persona con la autoestima alta . . . . .	26
b.4- Características de una persona con la autoestima normal. . . . .	27
b.5- Características de una persona con la autoestima baja. . . . .	28
c- Efectos sociales vinculados al edentulismo. . . . .	28
D- ¿Qué beneficios proporciona el uso de prótesis en la calidad de vida? . . . . .	28
IV- Diseño metodológico. . . . .	30
V- Resultados. . . . .	37
VI- Discusión de resultados. . . . .	48
VII- Conclusión. . . . .	51
VIII- Recomendaciones. . . . .	52
IX- Bibliografía. . . . .	53
X- Anexos . . . . .	55

## I. INTRODUCCIÓN

El edentulismo representa un severo problema en la calidad de vida de un individuo, pues los dientes, además de ser un órgano funcional de la masticación, constituyen un componente fundamental en la apariencia individual, el habla y la comunicación interpersonal. Además, la condición dental del adulto mayor tiene gran impacto en la selección de los alimentos y por ende en su condición nutricional, el cual es un factor de riesgo de malnutrición, causando efectos negativos en la salud general de ellos. Las personas edéntulas perciben una mala calidad de vida en comparación al resto de las demás personas.

Buscando una solución para el problema planteado anteriormente, en la actualidad la pérdida total de los dientes se ha resuelto a través de la rehabilitación protésica. La dentadura total convencional, ha sido el tratamiento rehabilitador de elección dadas sus características de adaptabilidad, funcionalidad, biocompatibilidad y economía. Estas dentaduras variables en su diseño y tipo de soporte, permiten restituirle al paciente su funcionalismo masticatorio y la estética facial. No obstante, en países desarrollados el edentulismo ha disminuido, y los tratamientos rehabilitadores se fundamentan en prótesis implanto-soportadas, en nuestro país, la realidad es totalmente diferente. Las condiciones socio-económicas de la población, indican que la opción para el tratamiento para todas aquellas personas totalmente edéntulos seguirá siendo por mucho tiempo las dentaduras totales convencionales.

Aunque se afirma que dicho tratamiento de rehabilitación protésica no devuelve en su plenitud las funciones que por excelencia cumplen los dientes, estos aseguran una mejor calidad de vida a las personas que la usan. Por tal razón, el presente estudio trata de determinar la percepción de la calidad de vida de los pacientes portadores de prótesis total atendidos en las clínicas multidisciplinarios de la facultad de odontología de la Unan-León en el año 2010.

Con dicho estudio se demostró que el uso de prótesis total beneficia a las personas en todas las dimensiones que abarca la calidad de vida. Además, se observó que su uso no tiene ningún efecto adverso en la salud general del paciente, pero si interviene de manera positiva

en la mejora de su salud; además, influye de manera positiva en el ámbito psicológico y social de éste.

Realizamos esta investigación para brindar datos importantes acerca de la percepción de la calidad de vida de estos pacientes y de esta manera ofrecer información que genere la primera línea de base que servirá para hacer conciencia a los alumnos que las prótesis totales no son simplemente un aparato, sino que estas constituyen un tratamiento que influye de manera directa en las distintas dimensiones que abarca la calidad de vida, asegurando de parte de los estudiantes una óptima atención que devuelva al paciente las condiciones de salud que ellos necesitan.

## II- Objetivos

### General:

- Analizar la percepción de calidad de vida en los pacientes edéntulos portadores de prótesis total.

### Específicos:

- ❖ Caracterizar a la población de estudio de acuerdo a variables demográficas: edad, sexo, estado civil y ocupación.
- ❖ Describir la percepción de los cambios en los hábitos alimenticios relacionados al uso de prótesis total en pacientes edéntulos.
- ❖ Mencionar la percepción de los cambios morfológicos faciales vinculados al uso de prótesis total en pacientes desdentados.
- ❖ Describir la percepción de los cambios en la salud relacionado al uso de prótesis total.
- ❖ Identificar la percepción de la autoestima, relacionada al uso de prótesis total en pacientes edéntulos.
- ❖ Señalar la percepción de los pacientes edéntulos de los cambios en las interrelaciones sociales vinculados al uso de prótesis total.

### III- MARCO TEORICO

#### A- Calidad de vida

##### 1 - Concepto

La Organización Mundial de la salud la ha definido como "la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones". Es un concepto amplio que se ha operacionalizado en áreas o dominios: la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con las características más destacadas del medio ambiente. <sup>1</sup>

La calidad de vida en relación a la salud de la cavidad bucal se puede definir como "la percepción que el individuo tiene del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como de tejidos duros y blandos de la cavidad bucal en el desempeño de las actividades de la vida diaria, teniendo en cuenta sus circunstancias presentes y pasadas, sus implicaciones en el cuidado, sus expectativas, sus paradigmas y acorde al sistema de valores de su contexto sociocultural". <sup>2</sup>

Tradicionalmente a los odontólogos se les entrena para reconocer y tratar enfermedades como caries, enfermedad periodontal, etc. Los métodos utilizados para precisar la salud bucodental se limitan a la medición de indicadores clínicos e índices bucodentales, así como a la presencia y ausencia de enfermedades. Estos métodos no suministran información acerca de la percepción de las personas sobre el estado de salud bucodental, además del efecto que tiene la salud bucodental sobre las actividades que realiza con regularidad, como son las dificultades vinculadas con comer, hablar, relajarse, mantener el estado emocional normal (sin enojos), dormir, trabajar y disfrutar el contacto con la gente. <sup>2</sup>

En síntesis, la calidad de vida puede ser modificada por la salud general (determinada por aspectos físicos y mentales) y por factores específicos de salud, entre los cuales se encuentra la salud oral y los tratamientos que se realicen a ese nivel. <sup>2</sup>

## 2- Dimensiones de la calidad de vida:

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud. Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son: <sup>1</sup>

- **Dimensión física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad. <sup>1</sup>
- **Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento. <sup>1</sup>
- **Dimensión social:** Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo así como diferentes redes de conversaciones y explicaciones que se interceptan en su cuerpo. <sup>1</sup>

Si se está determinado por la cultura en la que se esté inserto, podría pensarse que la calidad de vida se daría igual para las distintas culturas y entonces pudiera definirse el concepto abordando los distintos factores de cada cultura, pero no basta con eso. Hay un espacio en el medio de las intersecciones de factores que influyen en el accionar como la tan mencionada cultura, la historia personal, la ubicación sociocultural y geográfica en donde se nace, etc. y ese espacio es lo que le da a cada persona su manera de sentir la vida, sus expectativas, sus metas, sus deseos, su sentido de vida, etc. y que se relaciona directamente con la libertad. <sup>1</sup>



Desde esta perspectiva, no se puede hablar de calidad de vida sin considerar las diferencias individuales, sin considerar la importancia de lo subjetivo que rodea a ésta y lo más importante sin olvidar que se está hablando de la felicidad de las personas. <sup>1</sup>

## **B -Envejecimiento**

### **1 - Concepto**

El envejecimiento o senescencia, es el conjunto de manifestaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres humanos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas así como de la capacidad de respuestas a los agentes lesivos que inciden en el individuo. Con el envejecimiento comienza una serie de procesos de deterioros paulatinos de órganos y sus funciones asociadas. Muchas enfermedades, como cierto tipo de demencia, enfermedades articulares, cardíacas y algunos tipos de cáncer han sido asociados al proceso de envejecimientos. <sup>3</sup>

Los cambios degenerativos acumulativos que se desarrollan frecuentemente se acompañan de reducción en la coordinación neuromuscular, esta se manifiesta como adaptabilidad deteriorada y reducción de la capacidad masticatoria. En general, pueden ser la causa de deterioro nutricional, ya que alteran los hábitos dietéticos y nutricionales. <sup>4</sup>

### **2 - Tipos de envejecimiento**

#### **2. a- Envejecimiento normal**

Se denomina envejecimiento normal o primario y produce una serie de cambios biológicos, fisiológicos y sociales que se producen gradualmente a lo largo del tiempo. <sup>5</sup>

## **2. b- Envejecimiento patológico**

También llamado envejecimiento secundario, hace referencia a los cambios que no forman parte del envejecimiento natural, sino que son consecuencia de enfermedades como el Alzheimer, por ejemplo malos hábitos, etc. Este tipo de enfermedades pueden ser reversibles o incluso se pueden prevenir, a diferencia del envejecimiento natural que es inevitable.<sup>5</sup>

## **2. c- Envejecimiento óptimo**

Este envejecimiento es el que se producirá en las mejores condiciones posibles tanto físicas como psicológicas o sociales lo que reducirá la presencia de enfermedades. Para ello es necesario maximizar nuestra calidad de vida mediante la práctica de ejercicio físico y mental, además de mantener unos hábitos saludables, todo esto fomentará nuestra autonomía para vivir sin necesidad de depender de otras personas.<sup>5</sup>

## **3- Efectos del envejecimiento en el aparato masticatorio**

### **3. a- Dientes**

En el envejecimiento primario, el estado dental se caracteriza por una gran variabilidad interpersonal, especialmente en el número de dientes remanentes. La pérdida de piezas dentales ya no se considera parte de un envejecimiento saludable. La caries es la causa más común de pérdida de piezas dentarias en la primera parte de la vida, pero las enfermedades periodontales son la primera causa en los mayores de 50 años. La vida media promedio de los distintos grupos de dientes muestra un gradiente posteroanterior, que varía desde los 42 años, para los molares secundarios, a los 60 años, para los incisivos.<sup>6</sup>

El 92% de los individuos desdentados utiliza prótesis dentarias, aunque un 13% de ellos las usa esporádicamente o nunca. Además de los problemas a nivel nutricional causados por la pérdida de piezas dentarias y la enfermedad periodontal, éstas también se asocian con pérdida de la autoestima, contribuyendo a una menor calidad de vida en la población anciana.<sup>6</sup>

### **3. b- Actividad muscular**

Los músculos elevadores de la mandíbula, que unen la mandíbula al cráneo, poseen una organización específica, con una especialización regional dentro del músculo. Debido al tipo de fibra muscular que presentan, son músculos que se fatigan en menor medida que otros músculos estriados. También involucrados en la masticación, encontramos a los músculos depresores de la mandíbula, que la unen con el hueso hioides y a la musculatura perioral. Con el envejecimiento, los músculos voluntarios presentan cambios que llevan a una disminución en la fuerza de la mordida. Presentan alteraciones anatómicas, tanto macroscópicas como microscópicas, y una reducción significativa de la densidad de los músculos masetero y pterigoideo. Los cambios en la función motora oral forman parte de los cambios que sufren los músculos en el organismo en general; pero son menos marcados que en el resto del organismo, manteniendo el reflejo del masetero intacto hasta edades muy avanzadas.<sup>6</sup>

### **3. c- La lengua**

La lengua es muy importante para la respiración, la masticación, el habla y la acción de tragar. Los músculos de la lengua son estriados, y están divididos en un grupo interno y otro externo. La disposición de los músculos internos es única anatómicamente, y permite una gran variedad de movimientos en todas las direcciones. La lengua posee una rica irrigación sanguínea proveniente de la rama lingual de la arteria carótida externa. Es escasa la información sobre el efecto del envejecimiento en la función de la lengua. El habla es una actividad motora en la cual la lengua cumple un papel importante; el hecho de no ser afectada por el envejecimiento fisiológico, sugiere que la movilidad de la lengua se mantiene con el envejecimiento.<sup>6</sup>

### **3. d- Sensibilidad oral**

La información sensorial proveniente de la cavidad oral viene de la mucosa oral, receptores periodontales, husos musculares y receptores ubicados en la articulación temporomandibular. De estos receptores proviene el control de la fuerza de la mordida, de la trayectoria

mandibular, del comportamiento de los tejidos blandos y de la iniciación del proceso de deglución. Dentro de los mecanos receptores que participan en el control de la masticación, los receptores periodontales cumplen un papel fundamental en la regulación de la fuerza de la mordida y constituyen un sistema de detección de carga muy sensible.<sup>6</sup>

El umbral táctil de los receptores es significativamente mayor en los ancianos, independientemente de la patología que presenten o de la medicación que reciban. Se ha informado un aumento del umbral del 1% anual entre los 20 y los 80 años. La extracción de piezas dentarias daña los ligamentos periodontales, destruyendo los receptores, con consecuencias graves en la propiocepción.<sup>6</sup>

### **3. e- Secreción de saliva**

La saliva es importante para la masticación, el gusto, la deglución, la digestión, el mantenimiento de los tejidos orales, tanto duros como blandos, el control de la población microbiana oral y la articulación de la voz y el habla. Distintos estímulos afectan la secreción de saliva, siendo éstos extraorales o intraorales. La estimulación puede ser visual o estar mediada por la masticación o el gusto. La saliva provee lubricación durante la masticación y es esencial para la formación del bolo alimenticio.<sup>6</sup>

La relación entre la saliva y la percepción sensorial involucra a la percepción del gusto, el sabor y la textura de los alimentos. El gusto tiene dos funciones principales; por un lado, permite identificar los nutrientes esenciales y, por otro, identifica los compuestos potencialmente dañinos o peligrosos. Para percibir el gusto de los distintos compuestos éstos deben disolverse primero en la saliva y ser dirigidos al lugar de interacción con los receptores. La saliva también tiene una potencial acción estabilizadora del pH. Otra función importante es la de iniciar por acción de la amilasa la digestión de los hidratos de carbono complejos.<sup>6</sup>

La secreción de saliva se mantiene aparentemente estable con el envejecimiento, especialmente la glándula parótida estimulada durante la masticación; los resultados son

menos claros en lo que respecta a la secreción submaxilar y sublingual, que disminuyen con la edad. En los pacientes desdentados, que no poseen receptores periodontales, se observa un reflejo masticación-parótida. En este caso, las terminaciones nerviosas aferentes en la mucosa debajo de las prótesis orales podrían tomar esta función para mantener el reflejo. Además de estas observaciones objetivas sobre el flujo de saliva, hasta un 25% de los ancianos asistidos en instituciones se queja de xerostomía. También presentan alteraciones del gusto, como disminución en su percepción o una sensación desagradable en la boca; no hay evidencias de que esta alteración del gusto se relacione con una disfunción en la secreción de saliva.<sup>6</sup>

Los pacientes con xerostomía requieren una atención especial, dado que es un efecto adverso común de numerosos fármacos indicados a la población mayor, como antidepresivos, hipotensores y anti psicóticos. La radioterapia de la zona del cuello, como también el síndrome de Sjögren, causa xerostomía.<sup>6</sup>

Un flujo adecuado de saliva mantiene la salud dental mediante la prevención de caries y de la pérdida de dientes. Podría haber una relación entre la xerostomía y la pérdida de piezas dentarias. Es posible que un porcentaje de pacientes tenga una secreción suficiente de saliva de las glándulas accesorias; por lo tanto, la percepción del gusto estaría poco comprometida. Independientemente de estos aspectos, la sequedad de la boca es un impedimento para la utilización de prótesis dentales.<sup>6</sup>

### **3. f.- Deglución**

Es el movimiento del bolo alimenticio desde la oro faringe al esófago; involucra la coordinación de más de 25 músculos. El impedimento en la deglución es común en los ancianos, lo que produce importante mortalidad y morbilidad. Los ancianos realizan generalmente múltiples movimientos de la lengua y el hueso hioides antes de deglutir. La incidencia de los trastornos de la deglución puede alcanzar un 30 a 40% de los ancianos que viven en instituciones geriátricas. Sin embargo, la disfagia oro faríngea puede ser el resultado de patologías específicas que comúnmente afectan a los ancianos.<sup>6</sup>

#### **4. - Efectos del envejecimiento a nivel facial**

El aspecto de la cara se va modificando por la hipotonía y la pérdida de elasticidad de la piel, manifestándose algunos cambios característicos, como la pérdida de la prominencia labial, el descenso de la línea de la sonrisa, la aparición de arrugas y surcos faciales. Las manchas y la pérdida de la dimensión vertical por atrición o por falta de piezas dentarias; aunque no sea una característica constante, uno de los primeros surcos que se profundiza es el naso-labial, luego le siguen los frontales, el suborbitario y por último los verticales de la glabella y el labio superior.<sup>7</sup>

#### **5.- Efectos del envejecimiento a nivel social**

El envejecimiento se ha convertido en un tema de atención permanente. Más allá de su dimensión estrictamente demográfica, el envejecimiento preocupa por sus efectos sociales, políticos y económicos la vejez se percibe problemáticamente.<sup>8</sup>

Dos parecen ser los motivos que explican esta actitud: las personas que envejecen no perciben que el cambio ha sido una conquista frente a la muerte temprana y que el aumento de la longevidad deriva de la mejora de las condiciones de vida respecto al pasado, sino que perciben su propio envejecimiento como una experiencia de deterioro físico y mental, un proceso de decadencia, en una sociedad, por otra parte, que se organiza en torno a los valores juveniles.<sup>8</sup>

Por otra parte, el envejecimiento de la población es considerado un problema social en tanto que plantea la necesidad de respuestas sociales: exige un aumento del gasto en pensiones, hace crecer inevitablemente el gasto sanitario y genera la demanda de nuevos servicios de atención, en la medida en que las mujeres están cada vez menos disponibles para el cuidado de las personas. En resumen, plantea el reto de mantener niveles de protección social para una población que crece numéricamente.<sup>8</sup>

### 5. a- La jubilación

Durante algunos años atrás, llegar a ser viejo, suponía la exclusión, cuando un hombre (ya que entonces la mujer raramente realizaba un trabajo remunerado), llegaba a la edad en la que por Ley tenía que dejar de trabajar, se sentía inútil, es más, se le hacía sentirse inútil, pasaba de “ganar un sueldo” a “recibir una pensión” ; el retiro del trabajo de forma remunerada ha sido un logro social, que se ha ido consiguiendo con el paso del tiempo, igual que el derecho a vacaciones y al descanso semanal. Sin embargo, educados exclusivamente para el trabajo, cuando llegaba esta edad, el hombre no sabía qué hacer con su tiempo y hasta en ocasiones, llegaba a padecer un estado depresivo.<sup>9</sup>

Se ha utilizado intencionadamente la palabra retiro, en el párrafo anterior pues es lo que realmente suponía dejar el trabajo, retirarse de la vida activa y remunerada, era sinónimo de retirada también de la vida social.<sup>9</sup>

El envejecimiento es un proceso, como hemos dicho anteriormente, dura un tiempo variable para cada persona, pero la jubilación, se produce de un día para otro, es cierto que se sabe con exactitud cuándo se va a producir, pero ocurre de repente, se pasa de ejercer un trabajo, más o menos complejo, con mayor o menor grado de responsabilidad, a no tener ninguna, a no ser ya “nadie” para la institución o la empresa en la que se ha venido desarrollando el trabajo.<sup>9</sup>

Cuando se inicia la etapa laboral de la vida, hay un tiempo previo de preparación, cada persona se va iniciando a través del estudio o del adiestramiento para las tareas que en el futuro tendrá que desempeñar, con la jubilación no ocurre esto, se llega y cada uno afronta la situación, dependiendo de sus propias capacidades y en esos momentos se pueden producir desajustes, tanto en el plano físico como en el psicológico.<sup>9</sup>

Muchos expertos del área de la economía social, se plantean si es o no adecuado que la legislación obligue a dejar el trabajo remunerado a una determinada edad, la misma para todos, sociólogos, psicólogos y geriatras, así como diferentes grupos de ciudadanos, piensan que la jubilación debería ser voluntaria a partir de una edad y que ésta se debería producir de una manera gradual, todos los trabajos no son iguales, unos requieren mucho esfuerzo físico y menos intelectual, otros la exigencia es más intelectual que física, otros generan mucho estrés por las responsabilidades que se asumen, además no todas las personas responden de igual forma a las mismas circunstancias.<sup>9</sup>

Con la edad, las personas mayores pierden contactos y entramado social, por muerte de familiares y amigos coetáneos, hijos que se independizan, limitaciones, aumento de la dependencia propia y de otros individuos de su entorno, etc. Es relevante la pérdida de ingresos con la jubilación, que también desestructura el uso del tiempo y la percepción del lugar en la sociedad (pérdida del rol laboral). Y, por supuesto, la dificultad para adaptarse a los cambios tecnológicos, que en los últimos 50 años mantienen un crecimiento exponencial; para una persona que nació con los teléfonos con operadora resulta complicado entender los últimos equipos de telefonía móvil, y si fue testigo del nacimiento de la televisión, ya no es capaz de seguir la evolución de internet y sus aplicaciones.<sup>10</sup>

## 5. b- Jubilación en Nicaragua

La Jubilación puede ser ordinaria o extraordinaria.<sup>11</sup>

Artículo 3: La Jubilación ordinaria se concederá:

a).- A quienes hayan prestado treinta (30) años consecutivos de servicio ó alternos y tenga por lo menos sesenta (60) años de edad.<sup>11</sup>

b).- A quienes estando en el ejercicio de su profesión, no hayan alcanzado el término de treinta



(30) años de trabajo; pero si el de sesenticinco (65) año de edad.<sup>11</sup>

Artículo 4: La Jubilación extraordinaria se concederá a quienes se imposibiliten de por vida, para el desempeño de su cargo, como consecuencia de una enfermedad incurable, de un accidente ocurrido en servicio, o de un acto de abnegación.<sup>11</sup>

Las Jubilaciones ordinarias a que se refiere el inciso b) del Artículo 3, y las extraordinarias no podrán concederse sino con un mínimo de quince (15) años de servicio consecutivos ó alternos.<sup>11</sup>

Artículo 6: Las personas que hubiesen cumplido sesenta (60) años de edad y reúnan los requisitos establecidos en la presente Ley, podrán acogerse a los beneficios de la jubilación o continuar prestando sus servicios por decisión propia y cuando así convenga a los intereses del Estado.<sup>11</sup>

Cumplidos los setenta (70) años de edad, la jubilación será obligatoria.<sup>11</sup>

## **6. Efectos del envejecimiento vinculados a la nutrición**

Alteraciones de los Tres Tiempos de la Nutrición.<sup>12</sup>

### **6. a Primer tiempo: Alimentación - Ingesta y Digestión**

Disminuye el apetito: Los atributos hedónicos de los alimentos son menos percibidos, debido a la reducción en el sentido del gusto y del olfato. Una declinación en la relajación adaptativa del fundus del estomago y un incrementado ensanchamiento del antro, podrían jugar un rol en la saciación temprana del anciano. Los niveles

exagerados de la colecistoquinina, de efecto saciogeno, y la pérdida de opioides endógenos, estimulantes del apetito, pueden contribuir a la anorexia.<sup>12</sup>

Disminuye la respuesta a la sed. Varios factores podrían ser responsables de esta situación, aunque todavía no han sido debidamente demostrados: disminución de la sensibilidad de los baro receptores que regulan el volumen plasmático, disminución de la actividad renina angiotensina-aldosterona, y menor reacción al aumento de los niveles plasmáticos de sodio.<sup>12</sup>

Disminuye la secreción de saliva, lo que reduce la capacidad masticatoria y deglutoria. La xerostomía puede ser acentuada por el consumo de ciertos medicamentos.<sup>12</sup>

Disminuye la sensibilidad gustativa por descenso en el número de terminaciones nerviosas gustativas y olfativas, contribuyendo a la falta de apetito. Ciertos medicamentos pueden disminuir o alterar la agudeza gustativa.<sup>12</sup>

La combinación de las alteraciones mencionadas—que limita la capacidad de percibir el placer de la alimentación, de morder, masticar y deglutir los alimentos, hábitos culturales inadecuados para el estado del individuo, sumados a factores de orden psicológico y social que también pueden causar una reducción alimentaria, atenta contra la posibilidad de una ingesta completa y adecuada a los requerimientos del individuo.<sup>12</sup>

La función gastrointestinal es bien preservada en lo que se refiere a la digestión y absorción de macro nutrientes: hidratos de carbono, proteínas y lípidos. No ocurre igual

con los micronutrientes, cuya absorción se ve dificultada, como el caso de las vitaminas B12 y D. La hipoclorhidria, tan habitual en los ancianos, causa menor absorción de cationes divalentes como calcio, hierro, zinc, magnesio y manganeso.<sup>12</sup>

#### 6. b- Segundo tiempo: metabolismo

Disminuye la tolerancia a la glucosa. Esto puede ser consecuencia de una reducción de la secreción de insulina en respuesta a un estímulo de glucosa o una resistencia periférica de los tejidos a la insulina. Al no aplicar criterios propios de la edad, se puede llegar a una exagerada tendencia a diagnosticar diabetes.<sup>12</sup>

Hay mayor tendencia al aumento de los niveles de colesterol plasmático y de triacilglicéridos, probablemente por antecedentes de errores alimentarios. En consecuencia, la alimentación debe prevenir el desarrollo de la patología aterosclerótica.<sup>12</sup>

Existe balance negativo de proteínas, lo cual provoca un riesgo aumentado de padecer desnutrición proteica.<sup>12</sup>

La dificultad para mantener la homeostasis, provoca intolerancia tanto a la sobrecarga alimentaria como a los ayunos y a las hipoglucemias, lo que afirma la necesidad de optar por ingestas de reducido volumen y frecuentes.<sup>12</sup>

## **6. c- Tercer Tiempo: Excreción**

La menguada funcionalidad renal se compensa con una actividad constante. La hidratación del paciente es un aspecto de considerable cuidado.<sup>12</sup>

La reducción del tono y motilidad muscular del colon, aumenta la probabilidad de sufrir estreñimiento. Este hecho implicara la necesidad de incrementar el consumo de fibras y líquidos que estimulen la evacuación intestinal.<sup>12</sup>

## **C- Edentulismo**

### **1 - Concepto**

Es la ausencia o pérdida total o parcial de los dientes.<sup>13</sup>

### **2 - Generalidades**

La causa del edentulismo puede ser congénita o adquirida. El edentulismo congénito total es una manifestación de los síndromes congénitos muy graves y, generalmente, no compatibles con la vida. Sin embargo, la ausencia congénita de alguna pieza dental es más habitual. El edentulismo adquirido, es decir la pérdida de dientes durante nuestra vida, es un hecho más común que el edentulismo congénito y suele ser secundario a procesos como caries, patología periodontal, indicaciones exodoncias con fines protésicos o traumatismos.<sup>13</sup>

### **3 - Efectos del Edentulismo**

Es posible que en un paciente se presenten muchos o todos los cambios biológicos que acompañan el envejecimiento. Son evidentes los efectos que produce el edentulismo en las dimensiones de la calidad de vida los cuales se detallaran a continuación:<sup>14</sup>

**a - Efectos físicos vinculados con el edentulismo**

**a.1 - Dieta**

En los ancianos, los problemas dietéticos por lo general obedecen a numerosas causas:<sup>4</sup>

1. Bajo ingreso y falta de conocimientos.
2. Limitaciones físicas.
3. Malas dentaduras, Malos hábitos alimenticios.
4. Depresión, aburrimiento, ansiedad y soledad.<sup>4</sup>

En las personas mayores la alimentación y la nutrición pueden verse afectadas por factores como el estado anímico, las redes sociales y de cuidado, el nivel socioeconómico, el estado de mantenimiento de la boca y los dientes, la actividad física, el estilo y los hábitos de vida y enfermedades intercurrentes.<sup>4</sup>

Hay evidencias de que los ancianos tienen un riesgo especial en el desarrollo de malnutrición y que la vulnerabilidad ante las deficiencias nutricionales aumenta con la edad.<sup>14</sup>

Los factores que determinan la aceptabilidad de un alimento son su textura y dureza, en lugar del gusto y el olor, a causa de la capacidad masticatoria deteriorada. Por lo general se reduce la ingesta de alimentos más duros como vegetales o frutas crudos, carnes fibrosas, panes duros, semillas y nueces; en tanto que aumenta la ingesta de alimentos más blandos.<sup>4</sup>

Por lo general las personas sin dientes intentan solucionar la deficiencia masticatoria dividiendo los alimentos en pedazos muy pequeños, y evitan comer algunos alimentos que son muy necesarios, sobre todo los que contienen, proteínas, minerales y lípidos, como pueden ser las carnes, frutas, cereales, y otros alimentos de texturas difíciles de masticar que además

contienen mucha fibra dietética, la que es extremadamente necesaria para la salud y la digestión. Al final se refugian en alimentos mecánicamente triturados como las papillas y los purés.<sup>16</sup>

Por consiguiente el paciente edéntulo con estas características presenta una pobre eficacia masticatoria y alteraciones sensoriales, lo que trae como consecuencia un cambio en los hábitos alimenticios, inclinándose hacia la dieta blanda, lo que puede generar la presencia de trastornos gastrointestinales y cierto grado de desnutrición.<sup>1</sup>

### **a.2 - Morfológicos faciales**

En los individuos desdentados se produce un “colapso bucal” con hipotonía, hundimiento de los tejidos blandos. Surcos naso genianos aumentados, disminución de la dimensión vertical, aparentando un aumento de la prominencia del mentón, del ancho de la mandíbula y del arco cigomático. Siendo así, una rehabilitación protética que contemple estos cambios, puede devolverle al anciano parte de su aspecto anterior, lo que hará que recupere su dignidad y su autoestima.<sup>7</sup>

El tono muscular orofacial se ve disminuido en pocas personas, pero igual que las demás zonas musculares pueden presentar sarcopenia. Tal vez este sea motivo de la pérdida del tono muscular que produce un escurrimiento de saliva, generalmente confundido con sialorrea, antes considerada erróneamente parte normal del envejecimiento. La facies característica de muchos ancianos, se produce por la pérdida de dientes, ya que estos tienen un importante componente morfológico y estético, representado por los caninos que aportan hasta un 90% de estética y molares 5%, en los 2/3 inferiores de la cara. Al perder los dientes el soporte de la musculatura facial (músculo y hueso) se pierde, con lo cual se condiciona el aspecto típico del anciano.<sup>2</sup>

### a.3 - Salud

#### Problemas Digestivos

Entendemos como aparato digestivo, el conjunto de todos los órganos y sistemas que están implicados en la nutrición. Va desde la boca hasta el ano, pasando por el esófago, el estómago, los intestinos delgado y grueso, el hígado y el páncreas en sus funciones de secreción de sustancias necesarias para la digestión.<sup>16</sup>

Cada una de estas partes tiene una forma y una arquitectura especial orientada a ejercer de la mejor forma su función. Así, en la boca nos encontramos los dientes y la lengua (que contiene las papilas gustativas, para detectar los sabores de los alimentos); en el esófago hay una capa de mucosa simple y otra de musculatura más importante; en cambio, el estómago tiene una mucosa especial que secreta ácido para la digestión y también el moco que la protege de este ácido. El intestino, para poder llevar a cabo su función, dispone de una mucosa especial con vellosidades (excrecencias en forma de pelos) que facilitan la digestión y la absorción; en el intestino delgado se absorben los nutrientes y en el grueso (o colon) se recupera principalmente agua.<sup>16</sup>

Con el paso del tiempo en la boca suele haber un adelgazamiento de las encías y una disminución de la resistencia del esmalte dentario; ambos hechos llevan a la pérdida de piezas dentarias. Hay también una disminución del número de papilas gustativas y de la producción de saliva, lo que conlleva una menor percepción del sabor de los alimentos y una disminución de la sensación de sed. Por pérdida de masa muscular puede haber dificultad en la masticación y la deglución, lo que en ocasiones extremas hace que se produzcan atragantamientos (más frecuentes si se asocian alteraciones neurológicas), con el riesgo del paso de alimentos y agua al árbol respiratorio.<sup>16</sup>

A nivel esofágico hay una disminución de la motilidad y el cierre entre esófago y estómago es menos efectivo. Ambas cosas producen aumento de los episodios de reflujo gastroesofágico,

con paso de ácido del estómago hacia esófago o incluso hasta más arriba, hacia zonas que no disponen de una mucosa preparada para protegerse del ácido.<sup>16</sup>

En el estómago también se da un descenso de la movilidad y una menor secreción ácida, lo que causa digestiones más lentas y con un retraso en el vaciado gástrico. Asimismo, el moco protector de la capa interna del estómago deviene de menor calidad, con lo que la probabilidad de padecer úlceras gástricas aumenta.<sup>16</sup>

El hígado, con el tiempo, presenta una mayor dificultad para metabolizar sustancias, y disminuye la producción de bilis, que se espesa. La vesícula biliar tarda más en vaciarse y aumenta el riesgo de que se formen piedras en su interior. Sin embargo, parece ser que la función exocrina del páncreas, (la producción de sustancia que participan en la digestión) se mantiene relativamente intacta.<sup>16</sup>

El intestino delgado no sólo recibe un menor riego sanguíneo sino que también ve disminuida su movilidad y padece una cierta atrofia de la mucosa, con lo cual puede darse, a pesar de una ingesta correcta, una mal absorción de nutrientes es como si hubiera carencias en la alimentación.<sup>16</sup>

En el colon también se produce una disminución del peristaltismo, de la movilidad, y la mucosa se atrofia, con lo que se altera la absorción de agua de las heces, hecho que produce tendencia al estreñimiento. Sin embargo, a causa de alteraciones neurológicas y de la musculatura de los esfínteres, pueden darse situaciones de incontinencia fecal.<sup>16</sup>

Las personas mayores presentan cambios debidos al paso del tiempo en todos los tejidos y órganos del aparato digestivo, de la boca hasta el intestino grueso, cambios que tienen múltiples implicaciones en su funcionalidad y salud.<sup>16</sup>

Con el envejecimiento es necesaria una masticación más eficiente para compensar la pérdida de la capacidad de absorción intestinal que se produce en el anciano. Las personas a las que le faltan piezas dentales, en proporción al número y tipos de dientes faltantes no podrá triturar



los alimentos eficientemente lo que provocará que el alimento llegue en fragmentos grandes al estómago y poco o mal mezclados con la saliva, ello dificultará la segunda etapa de la digestión en el estómago, y provocara que el tiempo de digestión se incremente y por lo tanto las digestiones serán más lentas, difíciles e incompletas y por supuesto con la pérdida proporcional de nutrientes, lo que continuará ocurriendo durante el restante proceso digestivo en el intestino.<sup>4</sup>

## **b- Efectos en la Autoestima vinculada con el paciente edentulo**

### **b.1 - Concepto**

Autoestima es la fuerza innata que impulsa al organismo hacia la vida, hacia la ejecución armónica de todas sus funciones y hacia su desarrollo; que le dota de organización y direccionalidad en todas sus funciones y procesos, ya sean éstos cognitivos, emocionales o motores.<sup>17</sup>

### **b.2 -Importancia**

La importancia de la autoestima radica en que es un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, cognitivo y práctico, afectando de un modo importante todas las áreas de la vida. Para la tercera edad, la autoestima es clave, debido a que el anciano debe valorar sus habilidades y características, las que han sufrido cambios objetivos en comparación con años atrás.<sup>18</sup>

La autoestima es uno de los elementos psicológicos más importantes en la valoración del adulto mayor, sobre la cual se requiere especial atención y fortalecimiento en el trabajo diario con el anciano. Además se debe estimular la investigación al respecto para conocer cuál es la realidad en nuestro país y de acuerdo a nuestras características socioculturales.<sup>18</sup>

La dificultad radica principalmente en el contexto en el cual se realiza esta evaluación, ya que el anciano se encuentra en una situación física, social y culturalmente menoscabada, motivo por el cual se sienten rechazados y perciben que la sociedad los valora negativamente, debido al mayor aprecio de los valores asociados a la belleza juvenil por parte de la sociedad y del menor aprecio a la experiencia y sabiduría, como valores propios de la ancianidad.<sup>18</sup>

La salud general y en este caso la bucodental, se puede medir para fines de estudio epidemiológico desde dos puntos de vista: primero desde la perspectiva del profesional con la aplicación de parámetros médicos definidos; y la segunda desde una perspectiva del paciente, que permita evaluarlo con indicadores como capacidad física, dependencia, independencia, salud del paciente, calidad de vida, y auto percepción de su estado de salud.<sup>19</sup>

En los adultos mayores, la auto percepción también puede ser afectada por la percepción de valores personales, como la creencia que algunos dolores e incapacidades son inevitables en esa edad, lo que puede llevar a la persona a una baja autoestima.<sup>19</sup>

Se considera que hay tres niveles de la autoestima que son: autoestima alta, autoestima normal y la autoestima baja.<sup>20</sup>

### **b.3 - Características de una persona con la autoestima alta**

Las personas con alta autoestima son aquellas que no ceden ante las presiones de la vida y están, ante todo, seguras de sí mismas. Por eso, nada mejor que tener en cuenta cómo son esas personas, para saber cuáles son las cosas que debemos considerar, para llevar adelante nuestras vidas.<sup>20</sup>

- Son personas seguras de quiénes son y con toda seguridad sobre ellos mismos.
- Son capaces de tener intimidad en sus relaciones.
- No ocultan sus sentimientos. Si son verdaderos, los demuestran.
- Tienen capacidad para reconocer sus propios logros en la vida.

- Tienen la habilidad de perdonar a los demás y también de saber admitir sus errores.
- No le temen a los cambios en sus vidas.<sup>20</sup>

#### **b.4- Características de una persona con la Autoestima Normal**

Cuando nos sentimos igual que los demás y que no se tienen diferencias.<sup>21</sup>

#### **b.5- Características de una persona con la autoestima baja**

Las personas con baja autoestima tienen la tendencia de sentir y pensar constantemente en forma negativa. A continuación se explica cómo se manifiesta la baja autoestima y cuáles son las actitudes de personas que poseen baja autoestima.<sup>22</sup>

- Desprecia sus dones
- Se deja influir por los demás
- No es amable consigo misma
- Se siente impotente
- A veces actúa a la defensiva
- A veces culpa a los demás por sus faltas y debilidades
- No se quiere y no respeta su cuerpo
- A veces se hace daño a si mismo
- No le importa su entorno
- Se siente despreciado
- Se siente menos que los demás
- Suelen buscar pretextos por sus errores<sup>22</sup>

Todos los problemas ocasionados por el edentulismo acaban provocando una baja autoestima en la mayoría de los pacientes.<sup>23</sup>

### **c- Efectos sociales vinculados con el Edentulismo**

Se definen como «un patrón complejo de respuestas que llevan a un reconocimiento social o interpersonal y resultan eficaces para ejercer auto-control personal así como una influencia directa o indirecta sobre otras personas, utilizando medios y procedimientos, ética y socialmente permisibles». <sup>18</sup>Disminución de la capacidad para relacionarse socialmente generado por una baja autoestima que se traduce en inseguridad y conducta introvertida que puede llegar al aislamiento del paciente. <sup>18</sup>

Los condicionantes estéticos, así como la dificultad para la comunicación anteriormente enunciada por disfunciones fonatorias, hacen que los mayores se retraigan y aislen para evitar la manifestación de estos condicionantes. Los problemas masticatorios-deglutorios le llevan a evitar la relación social que se añade al acto de comer, pasando a comer en soledad. Al mismo tiempo, los problemas de salud oral originan repercusiones más en el plano de la comunicación; esta disfunción ocasiona trastorno en la dicción, pues estamos refiriéndonos a mayores que ya tienen problemas en otros órganos de relación como son la vista y el oído y con esta dificultad añadida se aíslan aún más. Algunos ancianos evitan realizar ciertas actividades- sociales debido a problemas en su boca, ya sea de carácter estético o dificultades en la masticación. <sup>24</sup>

### **D - ¿Qué beneficios proporciona el uso de prótesis total en la calidad de vida?**

La pérdida de los dientes representa un severo problema para la calidad de vida de un individuo, pues los mismos, además de ser un órgano funcional de la masticación, constituyen un componente fundamental de la apariencia individual, el habla y la comunicación interpersonal. La pérdida total de los dientes debe ser resuelta a través de la rehabilitación protésica. La dentadura total convencional, ha sido el tratamiento rehabilitador de elección dadas sus características de adaptabilidad, funcionalidad, biocompatibilidad y economía.

Estas dentaduras variables en su diseño y tipo de soporte, permiten restituirle al paciente su funcionalismo masticatorio y la estética facial.<sup>25</sup>

Las prótesis dentales adecuadas han demostrado ser la condición principal para mejorar la nutrición de los adultos mayores, además de ser un factor de prevención de problemas digestivos al permitirles incrementar la alimentación con fibras .Por otra parte, la atrofia muscular hace que el anciano requiera de más tiempo de masticación para preparar el bolo alimenticio y la atrofia glandular, producto de los fármacos y de la edad, hace más difícil su preparación para ser deglutido. Todo ello, unido a la falta de dientes, impacta en la sociabilidad, haciendo que el adulto mayor seleccione la comida de modo adverso para su salud. El uso de prótesis perfecciona la dieta, a pesar que la selección de los alimentos puede seguir siendo deficiente por la disminución en la eficiencia masticatoria en relación al individuo dentado. <sup>5</sup>

#### IV. DISEÑO METODOLÓGICO

##### **Tipo de estudio**

Descriptivo de corte transversal

##### **Área de estudio**

Municipios de: León, Malpaisillo, Telica, Quezalguaque, La Paz Centro, Nagarote, Chinandega, Chichigalpa, Corinto, Posoltega; en el lugar donde residen los pacientes atendidos en las clínicas multidisciplinarias en el área de prótesis total en el año 2010.

##### **Población de estudio**

Estuvo formada por 40 personas portadoras de prótesis totales que fueron atendidas en las clínicas multidisciplinarias de la facultad de odontología de la UNAN-León en el año 2010.

##### **Criterios de inclusión**

- Haber sido atendido en la clínica multidisciplinarias en el año 2010.
- Haber usado la prótesis durante este tiempo.
- Ser portador de prótesis total.
- Disponibilidad del paciente.
- Buen estado de salud del paciente.
- Que el paciente tenga en su expediente clínico una dirección exacta y confiable.
- Confirmar la participación por llamadas o visitas a su domicilio.

##### **Criterio de exclusión**

- Haber sido atendido después por un odontólogo egresado de la facultad y/o especialista en prostodoncia.

### **TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION**

La estandarización del procedimiento de entrevista se llevo a cabo de la siguiente manera: se dio la aplicación de la entrevista de manera independiente por parte del tutor (que en este caso actuó como regla de oro), y las autoras del estudio para determinar y uniformar los procedimientos de aplicación del instrumento. Se compararon los resultados obtenidos en término de calidad de las respuestas, registrándose un desacuerdo en 2 preguntas, las que fueron modificadas en cuanto a su aplicación y nuevamente aplicadas en su conjunto de la manera descrita anteriormente alcanzando un acuerdo de 100%.

Además se realizó una prueba piloto a 30 pacientes atendidos en las clínicas multidisciplinarias en áreas de prótesis parcial removible, para evaluar el instrumento para la recolección de datos.

Luego se dirigió una carta al director de las clínicas multidisciplinarias de la facultad de odontología en la que se solicitó el permiso para tener acceso a los expedientes de los pacientes atendidos en la clínica de total en el año 2010.

En el momento que se autorizó la extracción de los datos de los pacientes en estudio, se prosiguió a la recopilación de la información personal de ellos: nombre y apellidos, edad, número telefónico y dirección .A los pacientes que tenían número telefónico, se les realizó de una a tres llamadas telefónicas, esto con el objetivo de confirmar su participación y de qué manera podían hacerlo. Cuando los pacientes aprobaron su colaboración, se procedió a visitarlos a sus viviendas.

Durante estas visitas, si el paciente no colaboraba o no se encontraba en casa en las 2 ocasiones que se visito, se dio el estudio de ese paciente como anulado y se prosiguió con la recolección de datos de los demás pacientes.

Se le aclaró al paciente que nuestras visitas eran con el fin de recolectar datos para nuestra monografía y de esta manera, ellos no se crearan una imagen de que se le iba a cambiar sus prótesis o que se iba a suministrarle o realizarle otro tratamiento odontológico.

La técnica que se empleo, fue la de entrevista con preguntas abiertas y cerradas; esta consistió en que el paciente manifestará su perspectiva de vida ahora que usa la prótesis, que cambios había notado, en su alimentación, en su cara, en su entorno social, y principalmente en su salud.

Se le realizó además, un test estandarizado, del autor Nasere Habed, para identificar el nivel de autoestima en el que se encuentran dichos pacientes portadores de prótesis total, al cual se le realizó ciertas modificaciones. El test original consta de 25 ítems, el cual tiene el siguiente valor: mayor de 22 ítems autoestima alta, de 18-22 ítems autoestima normal y menos de 18 ítems autoestima baja; para adaptarlo al estudio se suprimieron 8 de estos, se realizó una regla de tres para hacer real este valor, de la cual el resultado fue: mayor de 15 ítems autoestima alta, de 15-12 ítems autoestima normal y menos de 12 ítems autoestima baja.

## **Materiales e instrumentos**

- Fichas de recolección de datos
- Test de Autoestima
- Lapiceros
- Cámara fotográfica

## **Fuente de información**

La información se obtuvo de una fuente primaria (entrevista) y secundaria (expedientes clínicos).



**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE**

<b>Variable</b>	<b>Dimensión conceptual</b>	<b>Subvariable</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Valor</b>
Características demográficas	Se refiere a las características propias de cada persona.	Sexo	Características de la persona.	Masculino Femenino
		Edad	Años cumplidos	
		Estado civil	Lo que el paciente responde	Casado Soltero Viudo Unión libre
Percepción de cambios alimenticios	Es la forma en que el paciente edéntulo portador de prótesis total, percibe las	Cambios en la masticación de los alimentos	Lo que el paciente responde	Si No

	alteraciones que sufre en el tipo de alimentación que ahora tiene.	Cambios en el tiempo de masticacion	Lo que el paciente responda	Si No
		Mismo sabor de los alimentos	Lo que el paciente responda	Si No
Percepción de cambios morfológicos	Es la forma en que el paciente edéntulo portador de prótesis total percibe los cambios físicos que se observan en la parte externa de la cavidad oral	Cambios en la dimensión vertical	Lo que el paciente responda	Si No
		Cambios en la posición de los labios	Lo que el paciente responda	Si No
		Cambios en la posición de las mejillas	Lo que el paciente responda	Si No
Percepción de cambios de autoestima	Es la forma en que el paciente edéntulo portador de prótesis total se auto valora, como se comporta con los demás , como se siente consigo	Autoestima	Analisis del Test de autoestima	Autoestima alta Autoestima media Autoestima baja

	mismo			
Percepción de cambios en la salud	Es la forma en que el paciente portador de prótesis total percibe la presencia de sintomatología ocasionada por el envejecimiento y la prótesis	Anemia	Lo que responda el paciente	Si No
		Enfermedades estomacales	Lo que el paciente responda	Si No
Cambios en las interrelaciones sociales	Es la manera en que el paciente portador de prótesis totales, interactúa con el medio social tanto en la comunidad , en el medio laboral y con el medio familiar	Asistencia a reuniones sociales	Lo que el paciente responda	Si No
		Interactúa con las demás personas	Lo que el paciente responda	Si No

### **Instrumento de recolección de datos**

La técnica que utilizamos para la recolección de datos es:

La entrevista formalizada con preguntas abiertas y cerradas.

### **Procesamiento de la información**

La información fue analizada en el programa spss versión 18.0, donde se realizó el cruce de variable y elaboración de tablas para su análisis.

### **Organización del trabajo de campo**

Se realizó una llamada telefónica a cada paciente para confirmar su participación, a cada uno se le explicó el objetivo del estudio y se solicitó su aprobación para visitarlo directamente en su hogar, las entrevistadoras fueron trasladados a los respectivos lugares para visitar a cada paciente que cumpliera con los requisitos de inclusión, por consiguiente se le realizó la entrevista y llenado de los datos del paciente.

# V. RESULTADOS

**Resultados para el objetivo No. 1**

**Tabla No. 1 Caracterización de la población según edad.**

**Tabla# 1. Edad de los encuestados**

Valores en años	Frecuencia	Porcentaje
54-60	7	17.5 %
61-67	11	27.5%
68-74	9	22.5%
75-81	7	17.5%
82-89	6	15.0%
Total	40	100.0%

Fuente: encuesta

En esta tabla se observa que la población de estudio se encuentra entre los 54 a 89 años siendo el mayor porcentaje, el intervalo de edades entre los 61-67 años, con el 27.5% y el menor porcentaje, el intervalo de 82-89 años con el 15%.

**Tabla No.2 Caracterización de la población según sexo**

**Tabla# 2. Sexo de los encuestados**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	13	32.5%
Femenino	27	67.5%
Total	40	100.0%

Fuente: encuesta

Esta tabla muestra que el sexo femenino prevalece con el 67.5% en relación con el sexo masculino que tiene un 32.5%, de la población de estudio.

**Tabla No. 3 Caracterización de la población según estado civil**

**Tabla# 3. Estado civil**

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	18	45.0%
Casado	10	25.0%
Viudo	11	27.5%
Unión libre	1	2.5%
Total	40	100.0%

Fuente: encuesta

En esta tabla se observa que el 45.0% de la población de estudio son solteros, y solamente el 2.5% de esta refiere estar en unión libre.

**Tabla No. 4 Caracterización de la población según ocupación.**

**Tabla# 4. Ocupación**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Jubilado	2	5.0%
Trabaja	21	52.5%
No trabaja	17	42.5%
Total	40	100.0%

Fuente: encuesta

En esta tabla se observa que, el 52.5% de la población en estudio trabaja y un menor porcentaje de 5% son jubilados, mientras que el 42.5% no trabaja.

**Resultados del Objetivo No.2**

**Tabla No.5 Cambios en la masticación de los alimentos.**

**Tabla# 5. ¿Con el uso de la prótesis se le ha facilitado masticar los alimentos?**

Valores	Frecuencia	Porcentaje
Si	35	87.5%
No	5	12.5%
Total	40	100.0%

Fuente: encuesta

En esta tabla se observa que el 87.5% de la población en estudio perciben facilidad al masticar los alimentos, y solo el 12.5% de la población refieren no percibir estos cambios.

**Tabla No.6 Percepción de cambios en el tiempo de masticación**

**Tabla# 6. ¿Ha cambiado el tiempo de masticación con el uso de la prótesis?**

Valores	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	52.5%
No	19	47.5%
Total	40	100.0%

Fuente: encuesta

En esta tabla se observa, que el 52.5% de la población en estudio perciben cambios en el tiempo de masticación y el 47.5% de la misma no lo perciben.



**Tabla No.7 Percepción de cambios en el sabor de los alimentos.**

**Tabla# 7. ¿Siente el mismo sabor a los alimentos?**

Valores	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	50.0%
No	20	50.0%
Total	40	100.0%

Fuente: encuesta

En esta tabla se observa que, el 50% de la población en estudio perciben el mismo sabor a los alimentos, y el otro 50% perciben cambios en el sabor de estos.

### **Resultados del objetivo No. 3**

**Tabla No. 8 Percepción de cambios en la distancia entre la nariz y la barbilla**

**Tabla# 8. ¿Nota alguna diferencia respecto a la distancia entre la nariz y la barbilla?**

Valores	Frecuencia	Porcentaje
Si	22	55.0%
No	18	45.0%
Total	40	100.0%

Fuente: encuesta

Esta tabla muestra que el 55% de la población de estudio percibe cambios en la distancia entre la nariz y la barbilla y el 45% no lo percibe.

**Tabla No. 9 Percepción de cambios en los labios.**

**Tabla# 9. ¿Se observa los labios diferentes?**

Valores	Frecuencia	Porcentaje
Si	31	77.5%
No	9	22.5%
Total	40	100.0%

Fuente: encuesta

Esta tabla muestra que el 77.5% de la población de estudio percibe cambios en los labios, mientras que el 22.5% no percibe cambio alguno.

**Tabla No. 10 Percepción de cambios en la posición de las mejillas**

**Tabla# 10. ¿Observa alguna diferencia en la posición de sus mejillas?**

Valores	Frecuencia	Porcentaje
Si	26	65.0%
No	14	35.0%
Total	40	100.0%

Fuente: encuesta

En esta tabla se observa que el 65% de la población de estudio perciben cambios en la posición de sus mejillas y sólo el 35% no perciben estos cambios.

**Resultados del objetivo No. 4**

**Tabla No. 11 Percepción de debilidad en el cuerpo.**

**Tabla# 11. ¿Después del uso de la prótesis se ha sentido con debilidad en el cuerpo?**

Valores	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	15.0%
No	34	85.0%
Total	40	100.0%

Fuente: encuesta

Esta tabla muestra que de la población de estudio, el 85.0% no percibe síntomas de debilidad en el cuerpo mientras que el 15.0% si percibe.

**Tabla No. 12 Percepción de síntomas como: mareos, dolores de cabeza.**

**Tabla# 12. ¿Durante ha usado la prótesis ha sentido mareos, dolores de cabeza?**

Valores	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	30.0%
No	28	70.0%
Total	40	100.0%

Fuente: encuesta

En esta tabla se observa que el 70% de la población en estudio no perciben estos síntomas, mientras que el 30% de la población si lo perciben.

**Tabla No. 13 Percepción de mejor aprovechamiento de los alimentos**

**Tabla# 13. ¿Siente que aprovecha mejor los alimentos ahora que usa prótesis?**

Valores	Frecuencia	Porcentaje
Si	36	90.0%
No	4	10.0%
Total	40	100.0%

Fuente: encuesta

En esta tabla se observa que el 90% de la población percibe que aprovecha mejor los alimentos a diferencia del 10% no lo percibe.

**Tabla No.14 percepción de enfermedades estomacales.**

**Tabla# 14. ¿Después del uso de la prótesis padece de enfermedades estomacales?**

Valores	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	12.5%
No	35	87.5%
Total	40	100.0%

Fuente: encuesta

En esta tabla se observa que el 12.5% de la población en estudio refieren si padecer enfermedades estomacales y el 87.5% de la población refieren no padecerlas.

**Resultados del objetivo No.5**

**Tabla No.15 Análisis de la Autoestima**

**Tabla# 15. Análisis de la autoestima**

Valores	Frecuencia	Porcentaje
Alta	10	25.0%
Normal	22	55.0%
Baja	8	20.0%
Total	40	100.0%

Fuente: encuesta

En esta tabla se observa que el 55% de la población presenta una Autoestima normal, el 25% de la población tiene una Autoestima alta y el 20% poseen una Autoestima baja.

**Resultados del objetivo No. 6**

**Tabla No. 16 Percepción de cambios sociales**

**Tabla# 16. ¿Asiste usualmente a reuniones sociales?**

Valores	Frecuencia	Porcentaje
Si	30	75.0%
No	10	25.0%
Total	40	100.0%

Fuente: encuesta

En esta tabla se observa que el 75% de la población en estudio asisten a reuniones sociales y el 25% de la población refieren no hacerlo.

**Tabla No.17 Percepción de cambios sociales**

**Tabla# 17. ¿Conversa frecuentemente con las demás personas?**

Valores	Frecuencia	Porcentaje
Si	38	95.0%
No	2	5.0%
Total	40	100.0%

Fuente: encuesta

En esta tabla se observa que el 95 % de la población en estudio, conversa frecuentemente con las demás personas y el 5% de la población no lo frecuenta.

**Tabla No. 18 Percepción de cambios sociales**

**Tabla# 18. ¿Sonríe sin pena alguna durante las reuniones sociales?**

Valores	Frecuencia	Porcentaje
Si	40	100.0%

Fuente: encuesta

Esta tabla muestra que el 100% de la población en estudio sonríe sin pena alguna durante las reuniones sociales.

**Tabla No. 19 Percepción de cambios sociales**

**Tabla# 19. ¿Con el uso de la prótesis se le dificulta hablar?**

Valores	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	17.5%
No	33	82.5%
Total	40	100.0%

Fuente: encuesta

Esta tabla muestra que el 82.5% de la población en estudio no se le dificulta hablar y el 17.5% de la población refiere dificultad para hablar

## VI- DISCUSION DE RESULTADOS

Cuando analizamos el comportamiento poblacional por grupos de edad encontramos la mayor frecuencia en el intervalo de 61-67 años con 27.5% y una menor frecuencia en el intervalo de 82-89 años con el 15% , datos que coinciden con el estudio realizado por Msc, Zaira Pineda Gadea del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC)<sup>\*</sup> que afirma que el grupo etario de mas de 60 años crece más rápidamente que el grupo de menor edad debido a la disminución de mortalidad, el envejecimiento de generaciones nacidas en etapas de alta fecundidad y disminución progresiva de la tasa de fecundidad.

En cuanto al sexo, el 67.5% corresponde al sexo femenino y el 32.5% al sexo masculino, datos que concuerdan con el estudio realizado por el INDEC<sup>\*</sup> en el año 2007 que afirma que la composición por sexo de la población se a caracterizado por un predominio de mujeres en el ámbito nacional; además, la esperanza de vida al nacer para ambos sexos es mayor en mujeres que en hombres.

En los datos obtenidos del estado civil de la población, prevalecen los solteros con el 45% y un menor dominio en unión libre con 2.5%, situación contraria al estudio realizado por el INDEC<sup>\*</sup> que refleja un incremento significativo de la viudez.

Referente a la situación laboral el 52.5% trabaja, el 42.5% no trabaja, mientras que el 5% corresponde a los jubilados datos que concuerdan con el estudio hecho por el INDEC<sup>\*</sup>, que afirma que la pobreza obliga a la población mayor de 60 años a mantenerse económicamente activa y por cuenta propia por más tiempo, al igual que nuestro estudio resaltan las labores en el hogar realizadas por las mujeres adultas mayores condición que no se contabiliza como una actividad productiva y solo un menor porcentaje están cubiertos por el INSS<sup>†</sup>.

---

<sup>\*</sup> INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censo). Estudio realizado en el año 2007.

<sup>†</sup> INSS (Instituto Nacional de seguro Social).



Al evaluar la percepción de los cambios en los hábitos alimenticios se observó que el 87.5% de la población nota facilidad al masticar los alimentos porque con las prótesis puede cortarlos y masticarlos ya que antes ingerían los alimentos sin triturarlos. Mientras que el 12.5% expresaron no sentir dicha facilidad debido a la falta de adaptación de la prótesis. Con respecto a la percepción en el tiempo de masticación el 52.5% respondió que si aprecia cambios, porque antes no tenía dientes y ahora cuando mastica alimentos blandos come más rápido, pero al masticar alimentos duros come más despacio. El 47.5% manifiesta no distinguir ese cambio debido a que no hace uso de la prótesis para comer por falta de adaptación a ella. En relación a la percepción del sabor de los alimentos, el 50% afirmó sentir el mismo sabor, y el otro 50% apreció cambios ya que ellos expresan sentir el sabor hasta que se tragan los alimentos.

Entre los cambios morfológicos faciales percibidos el 55% indicó notar cierta diferencia en la dimensión vertical, ahora se observan un perfil más alargado y el otro 45% refieren no percibir ese cambio. Otro de los cambios señalados por el 65% de la población en estudio es la percepción en la diferencia de la posición de sus mejillas ya que ellos observan el surco nasogeniano menos pronunciado y más rellenas sus mejillas, el 35% no notan este cambio. El cambio más perceptible por la mayoría de la población en estudio, equivalente al 77.5% es la diferencia en los labios porque se los observan un poco pronunciados, levantados y/o estirados, sin embargo, el 22.5% no percibieron cambio alguno.

Identificamos que de los 40 pacientes encuestados el 85% de ellos no padecen de debilidad en el cuerpo después del uso de prótesis y el 15% restante afirman padecer este síntoma pero aclaran también padecerlo desde mucho antes que se las colocaran. Otro de los síntomas que padece el 30% de la población encuestada son mareos y dolores de cabeza a causa de enfermedades como hipertensión, cardiopatías y anemia; sin embargo, el 70% refiere no padecer estos síntomas después de haber usado las prótesis. El 90% de la población en estudio perciben un mayor aprovechamiento de los alimentos ahora que usa las prótesis porque refieren alimentarse y masticar mejor los alimentos y que sin ellos les sería difícil realizar dicha función, mientras que el 10% expresa que no aprovecha mejor los alimentos con el uso de la prótesis por falta de

adaptación de la misma; se observó que el 12% de los encuestados presentaron enfermedades estomacales pero ellos refieren padecer dichas enfermedades como la gastritis desde antes del uso de la prótesis y que las crisis son de igual intensidad. No obstante, el 87.5% expresa no presentar dicho síntoma.

Al evaluar la autoestima de los pacientes se identificó que el 55% de ellos tienen una autoestima normal porque la mayoría de estas personas viven en un ambiente dinámico y trabajador, esto les motiva a ser personas de ánimo y fuerza para enfrentar los problemas de la vida. El 25% de la población se estima que tiene una autoestima alta porque son personas seguras, capaces de reconocer sus propios logros, saben admitir sus errores y no le temen a los cambios ocurridos en su vida. El 20% de los encuestados tienen una autoestima baja debido a que ellos se sienten despreciados, menos que otras personas, son inestables y sensibles a los cambios.

Al evaluar la percepción de los cambios sociales se demuestra que el 75% de la población asiste a reuniones sociales y el 25% refiere no hacerle porque no les gusta salir o le gusta solo visitar los lugares de compra. Se observó también que el 95% de los pacientes conversan frecuentemente con las demás personas porque afirman que relacionarse con los demás les beneficia en su trabajo y supervivencia mientras que el 5% expresó que no lo hace porque no acostumbran a salir de sus hogares y por lo tanto no se relacionan con los demás; un valor sobresaliente del 100% corresponde a las personas que admitieron sonreír sin pena alguna y con seguridad porque el uso de la prótesis le beneficia en su apariencia física; el 82.5% manifestó que no sienten dificultad al hablar porque se están adaptados al uso de la prótesis, por otra parte el 17.5% refiere dificultad al hablar porque no pueden usar correctamente la prótesis inferior y sienten cierta inconformidad.

## VII-CONCLUSION

Al finalizar nuestro trabajo investigativo se ha llegado a la siguiente conclusión:

Las personas portadoras de prótesis total aprovechan mejor los alimentos cuando estas se adaptan a su uso, no solo para beneficios estéticos sino funcionales como la masticación.

Los cambios morfológicos faciales causados por el edentulismo son notorios, por tal razón las personas que sufren estos cambios observan cierta disminución de estos efectos al portar prótesis total; sin embargo, las personas que han usado prótesis durante un tiempo prolongado no aprecian dicho efecto.

Los síntomas relacionados con el estado sistémico de las personas portadoras de prótesis total están vinculadas directamente a enfermedades típicas del envejecimiento.

El uso de prótesis total beneficia a estas personas en el desarrollo social y la autoestima de cada uno de estos individuos, ya que el hecho de usar prótesis les genera confianza en sí mismo para poder desarrollarse en el ámbito personal y social.

## VIII-RECOMENDACIONES

### **Al estudiante de la carrera de odontología:**

- Recomendar a los pacientes que asistan a las citas de control, una vez colocadas las prótesis hasta que ellos aseguren que no tienen molestia alguna que perjudique su uso.
- Adquirir conocimientos en psicología del paciente adulto a través de seminarios con el propósito de implementar técnicas para el mejoramiento de la atención de este y conocerlo desde un punto de vista emocional.

### **Al complejo docente de la facultad de odontología:**

- Incentivar al estudiante para que brinde una atención integral al paciente al momento de realizar el tratamiento a través de sus conocimientos y habilidades y de esa manera contribuir en la salud general y bucal del mismo.

### **Al consejo facultativo:**

- Modificar el componente de prótesis total y de atención integral al adulto para que tenga un enfoque geriátrico completo, tratando todas sus dimensiones, beneficiando así su calidad de vida.

### IX-Bibliografía

- 1- Calidad de vida: Una perspectiva individual. Disponible en: [www.monografia.com](http://www.monografia.com). Consultado: 21 de Abril del 2012
- 2- Condiciones y lesiones orales en una población anciana, María de los Ángeles Salvatella Rosales Disponible en: [digibug.ugr.es/bitstream/10481/3494/1/18574609.pdf](http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/3494/1/18574609.pdf) consultado el 21 de Abril del 2012.
- 3- Envejecimiento. Disponible en: [es.wikipedia.org/wiki/Envejecimiento](http://es.wikipedia.org/wiki/Envejecimiento), Fundación wikimedia. Inc., consultado el 15 de Abril del 2012
- 4- Prostodoncia Total. Boucher 10 ma ed. editorial cap.pagina:46
- 5- Calidad de vida en la tercera edad. Disponible en: [www.cybertesis.cl/tesis/uncuyo/2008/calidad-de-vida-de-la-tercera-edad.pdf](http://www.cybertesis.cl/tesis/uncuyo/2008/calidad-de-vida-de-la-tercera-edad.pdf). Consultado el 25 de Abril del 2012.
- 6- Influencia de la edad en la masticacion. Sus efectos en los hábitos alimenticios. Disponible en: [www.bago.com/BagoArg/Biblio/nutriweb214.htm](http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/nutriweb214.htm). Autor: Mioche L; Bourdiol P; Peyron M. Consultado el 19 de Abril del 2012.
- 7- Odontología para las personas mayores ,Roisinblit Ricardo .-1<sup>ra</sup> ed.-Buenos Aires , Argentina: el autor, 2010, 2<sup>da</sup> parte, Cap. 6, pag:71
- 8- Efectos del envejecimiento en la sociedad. Disponible en: [Dialnet.unirioja.es/servlet/dsfichero\\_articulo?codigo2651313](http://Dialnet.unirioja.es/servlet/dsfichero_articulo?codigo2651313). Autor: María Tereza Bazo. Consultado el 25 de Abril del 2012
- 9- Escala para medir la Calidad de vida en desdentados Totales Rehabilitados con prótesis completa mucosoportada. Hernández-Mejía, Radhamés; Calderón-García, Rocío; Fernández-López, Juan Antonio; Cueto-Espinar, Antonio. Disponible en: [scielo.isciii.es/scielo.php?pid=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=sci_arttext). Consultado el 21 de Abril de 2012.
- 10- Efectos del envejecimiento en la sociedad. Disponible en: (<http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/lo-mas-leido-canal-salud.shtm>). Autor: Dr. Montse Queralt, especialista en Medicina familiar y Geriatria, Medico consultor de advance medical. Consultado el 25 de Abril del 2012.
- 11- Jubilación en Nicaragua. Disponible en: [legislación.asamblea.gob.ni/.../D36F64F7CEAAEECAO62571B6006O...EEEE?OpenDocument](http://legislación.asamblea.gob.ni/.../D36F64F7CEAAEECAO62571B6006O...EEEE?OpenDocument). Autor: J.M Moncada. El Ministerio de Institución Publica y Educación Física, J.R Sevilla
- 12- Odontología para las personas mayores, Roisinblit Ricardo.-1<sup>ra</sup> ed.-Buenos Aires, Argentina: el autor, 2010, cap. 7, pág. 83,84.
- 13- Edentulismo. Disponible en: [www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/edentulismo-perdida-dental.shtml](http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/edentulismo-perdida-dental.shtml). Autor: Dr.Xavier Vidal Ramón, Lic. en Medicina y Lic. en Odontología. Consultado el 15 de Abril del 2012.
- 14- Edentulismo Total. Disponible en: [www.infomed.es/sager/revistas/vol1\\_num3/rela1.html](http://www.infomed.es/sager/revistas/vol1_num3/rela1.html) Autor: Dr. Manuel Bravo Pérez.

- Consultado el 15 de Abril del 2012.
- 15-Cambios en el estado nutricional de los edentulo. Disponible en: [www.monografia.com/trabajo15/calidad\\_de\\_vida/calidad-de-vida.shtml](http://www.monografia.com/trabajo15/calidad_de_vida/calidad-de-vida.shtml), Daniela Palacios R; Cecilia Castro O; Daniela Reygados E. Consultado: el 25 de abril del 2012
- 16-Problemas Digestivos. Disponible en: <http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/lo-ma-leido-canal-salud.shtml>. Consultado el 15 de Abril del 2012.
- 17-Autoestima en Ancianos. Autoras: Esperanza Ferrer Ferrandis, Ángela Olmedo Salas. Disponible: [www.enfermeria21.com/pfw\\_files/cma/revistas/Educare21/2007/34/ensendo2.pdf](http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/Educare21/2007/34/ensendo2.pdf). Consultado el 21 de Abril del 2012.
- 18-Bienestar psicológico de los adultos mayores, Relación de la Autoestima con la Auto eficacia. Autores: Juana Beatriz Ortiz Arriagado; Manuel Castro Salas. Disponible en: [www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/arto4.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/arto4.pdf). Consultado el 21 de Abril del 2012.
- 19-Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. Marlene Sánchez Murguiondo, Mayra Román Velásquez, Rocío Dávila Mendoza, Alberto González Pedraza Avilés. Disponible en: [www.nietoeditores.com.mx/dowland/especialidades\\_mq/2011/EMQ2.pdf](http://www.nietoeditores.com.mx/dowland/especialidades_mq/2011/EMQ2.pdf). Consultado el 21 de Abril del 2012.
- 20-Características de una persona con Autoestima alta. Autor: Juan Esteban Jorge. Disponible en: [crecimiento-personal.innatia.com/c-motivación-personal/a-autoestima-alta.html](http://crecimiento-personal.innatia.com/c-motivación-personal/a-autoestima-alta.html). Consultado el 25 de Abril del 2012.
- 21-Grafología científica, Autor: Silvia Abiuso, Disponible en: [www.formarse.com.ar/grafologia/autoestima.html](http://www.formarse.com.ar/grafologia/autoestima.html). Consultado el 25 de Abril del año 2012.
- 22-Características de una persona con autoestima baja, Autor anónimo. Disponible en: [Tuniversointerior.blogspot.com/2007/características-de-una-persona-con-baja.html](http://Tuniversointerior.blogspot.com/2007/características-de-una-persona-con-baja.html). Autor anónimo. Consultado el 21 de Abril del 2012.
- 23-Estudio del grado de satisfacción en pacientes edentulo totales tratados con implantes. Regina Mestre Aspa; María Ángeles Sánchez Garcés; Leonardo Berini Aytes; Cosme Gay Escoda. Av. Periodo Implanto. 2001
- 24-Efectos del Edentulismo en el anciano. Autor: Paola Matuz López. Disponible en: ([www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol\\_2\\_anciano/matus.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol_2_anciano/matus.pdf)). Consultado el 25 de Abril del 2012.
- 25-Calidad de vida y salud oral. Disponible en: [www.revistadentaldechile.cl/temasabri/2002/PDF\\_abril\\_2002/Situacion\\_Protésica\\_y\\_Conductas\\_Asociadas.....pdf](http://www.revistadentaldechile.cl/temasabri/2002/PDF_abril_2002/Situacion_Protésica_y_Conductas_Asociadas.....pdf) ). Consultado el 21 de de Enero del 2012.
- 26-Manual de Ética y Desarrollo profesional, Autor: Nasere Habed

# X. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN-León



Percepción de calidad de vida de los pacientes edéntulos portadores de prótesis total atendidos en las clínicas multidisciplinarias de la Facultad de Odontología de la UNAN-León, año 2010.

I- Datos personales

Nombre:

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Ocupación:

II- Preguntas específicas

1)- ¿Con el uso de la prótesis, se le ha facilitado masticar los alimentos? Si respondió que sí, ¿Explique?

2)- ¿Ha cambiado el tiempo de masticación con el uso de la prótesis? ¿Conteste si ha disminuido o aumentado y que está comiendo ahora?

3)- ¿Siente el mismo sabor a los alimentos? Explique si ha mejorado o empeorado?



- 4)- ¿Nota alguna diferencia respecto a la distancia entre la nariz y la barbilla? En caso que responda que si, ¿explique si ese cambio le ha favorecido o no?
- 5)- ¿Se observa los labios diferentes ?En caso que responda que si, ¿cómo se los observa ahora?
- 6)- ¿Observa alguna diferencia en la posición de sus mejías? En caso que responde que si, ¿cómo se observa ahora con el uso de la prótesis?
- 7)- ¿Después del uso de la prótesis se ha sentido con debilidad en el cuerpo?
- 8)- ¿Durante ha usado la prótesis ha sentido mareos, dolores de cabeza?
- 9)- ¿Siente que aprovecha mejor los alimentos ahora que usa prótesis?
- 10)- ¿Después del uso de la prótesis padece de enfermedades estomacales?
- 11)- ¿Asiste usualmente a reuniones sociales?
- 12)- ¿Conversa frecuentemente con las demás personas?
- 13)- ¿Sonríe sin pena alguna durante reuniones sociales?
- 14)- ¿Con el uso de las prótesis, se le dificulta hablar?

**Test de autoestima**

Marque la letra V si lo que dice usted es verdadero.

Marque la letra F si lo que dice usted es falso.

**Primera parte:**

- 1)-Me siento realizado(a) con el trabajo\_\_\_\_\_.
- 2)-Me siento cómodo(a) al hablar ante las otras personas\_\_\_\_\_.
- 3)- Soy una persona optimista\_\_\_\_\_.
- 4)-Los demás me respetan por lo que soy\_\_\_\_\_.
- 5)-Puedo reírme de mis errores\_\_\_\_\_.
- 6)-Expreso con libertad mis sentimientos\_\_\_\_\_.
- 7)-Me considero una persona entusiasta\_\_\_\_\_.
- 8)-Las cosas a mi alrededor son más positivas que negativas\_\_\_\_\_.
- 9)-Me siento cómodo(a) con la gente que no conozco\_\_\_\_\_.

**Segunda parte:**

- 1)-Debería darme por vencido, puesto que no puedo hacer mejor las cosas\_\_\_\_\_.
- 2)-Le doy mucha importancia a lo que los demás dicen de mí\_\_\_\_\_.

3)-Me resulta difícil pedir perdón\_\_\_\_\_.

4)-Interiormente me siento molesto cuando alaban a otra persona y no a mi\_\_\_\_\_.

5)-Nunca consigo que las cosas me salgan como quiero\_\_\_\_\_.

6)-Me siento dependiente de otro\_\_\_\_\_.

7)-Me gustaría cambiar mi apariencia física\_\_\_\_\_.

8)-Me considero una persona tímida\_\_\_\_\_.

### **Análisis del test**

Para conocer el nivel de autoestima, sume las respuestas “V” de la primera parte de este test y las respuestas marcadas con “F” en la segunda parte. La clasificación según los valores será la siguiente:

- Más de 15 puntos, su nivel de la autoestima es Alto.
- Si oscila entre 12 y15, esta en los límites Normales.
- Si el resultado es menos de 12 su autoestima es Baja.



Dr. Marcelo Alonso Cuevas  
Director de las clínicas Multidisciplinarias  
Facultad de odontología  
UNAN-León

A sus manos:

Reciba un cordial saludo.

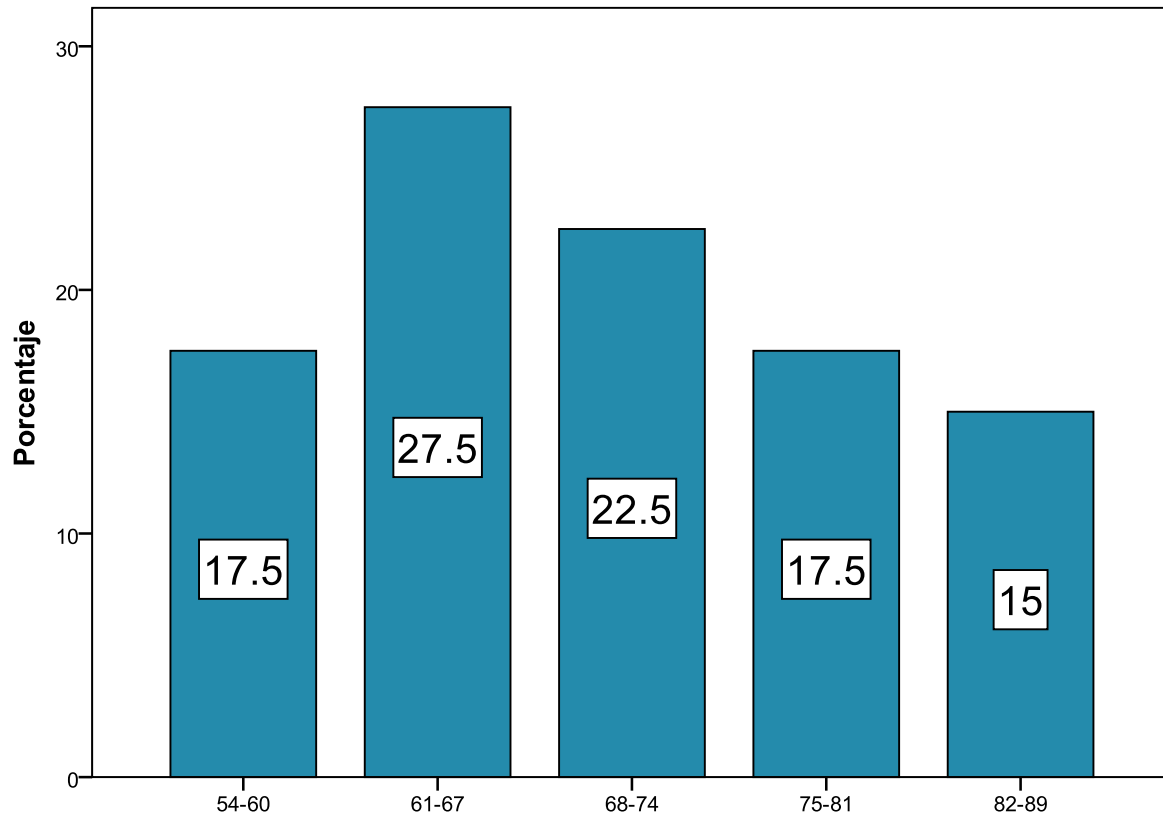
A través de la presente solicitamos su consentimiento y aprobación para realizar una revisión de los expedientes a cuyos pacientes se les realizaron tratamiento de prótesis total en el año 2010 en las clínicas multidisciplinarias de esta facultad, para poder obtener sus datos generales, y de esta manera facilitarnos la información necesaria para llevar a cabo nuestra tesis para optar al título de Cirujano Dentista, siendo nuestro tema el siguiente: "Percepción de calidad de vida de los pacientes edéntulos portadores de prótesis total atendidos en las clínicas multidisciplinarias de la Facultad de Odontología de la UNAN-León, año 2010".sin mas a que referirnos nos despedimos deseándole éxito en sus labores diarias.

Atentamente:

Bra. Lilliam Aurora Márquez Álvarez

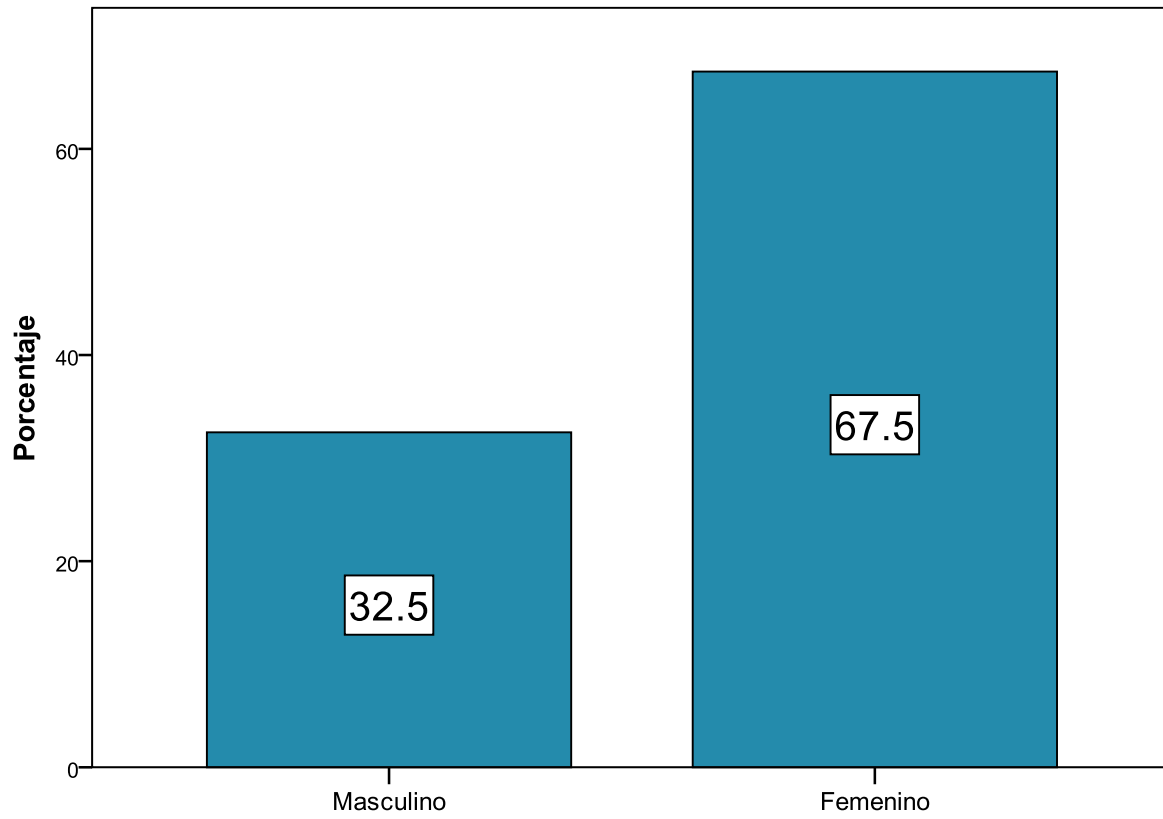
Bra. Ibis Janeysi Salazar Roja

Bra. Ana Karen Sevilla Obando



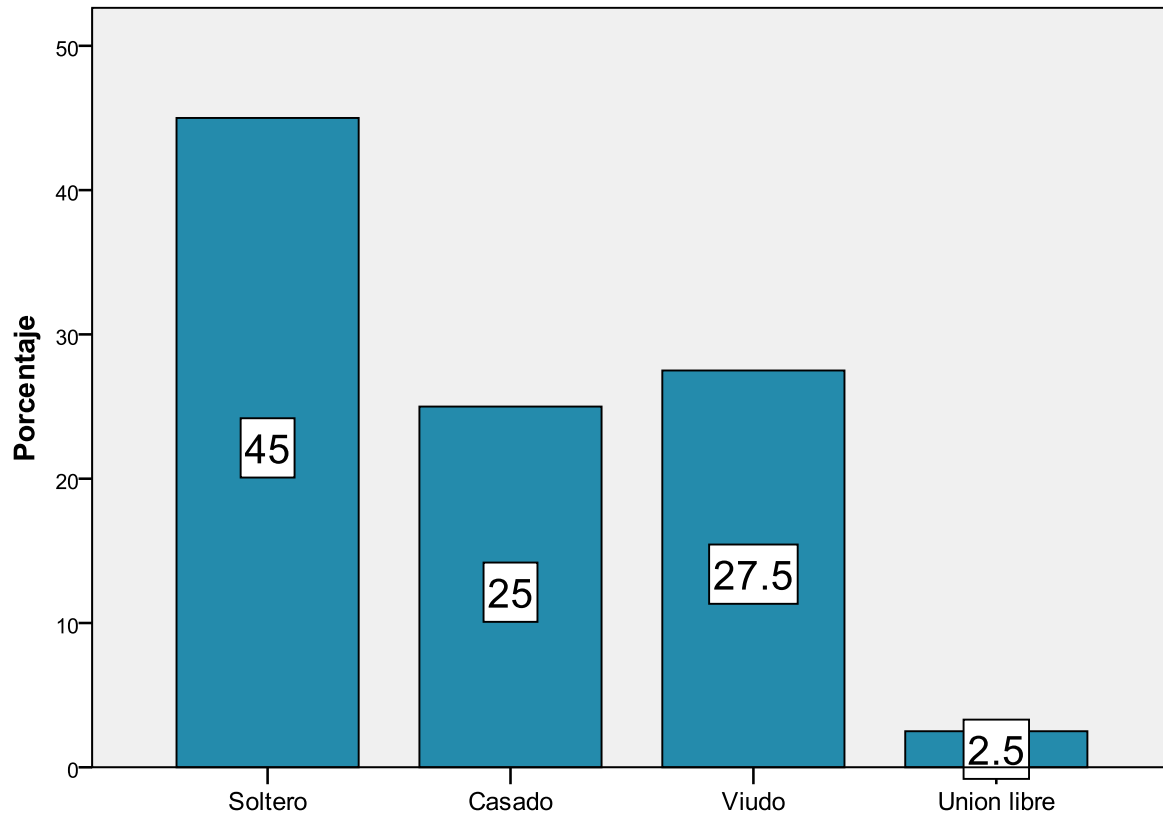
**Grafico# 1. Edad de los encuestados**

Fuente: tabla# 1



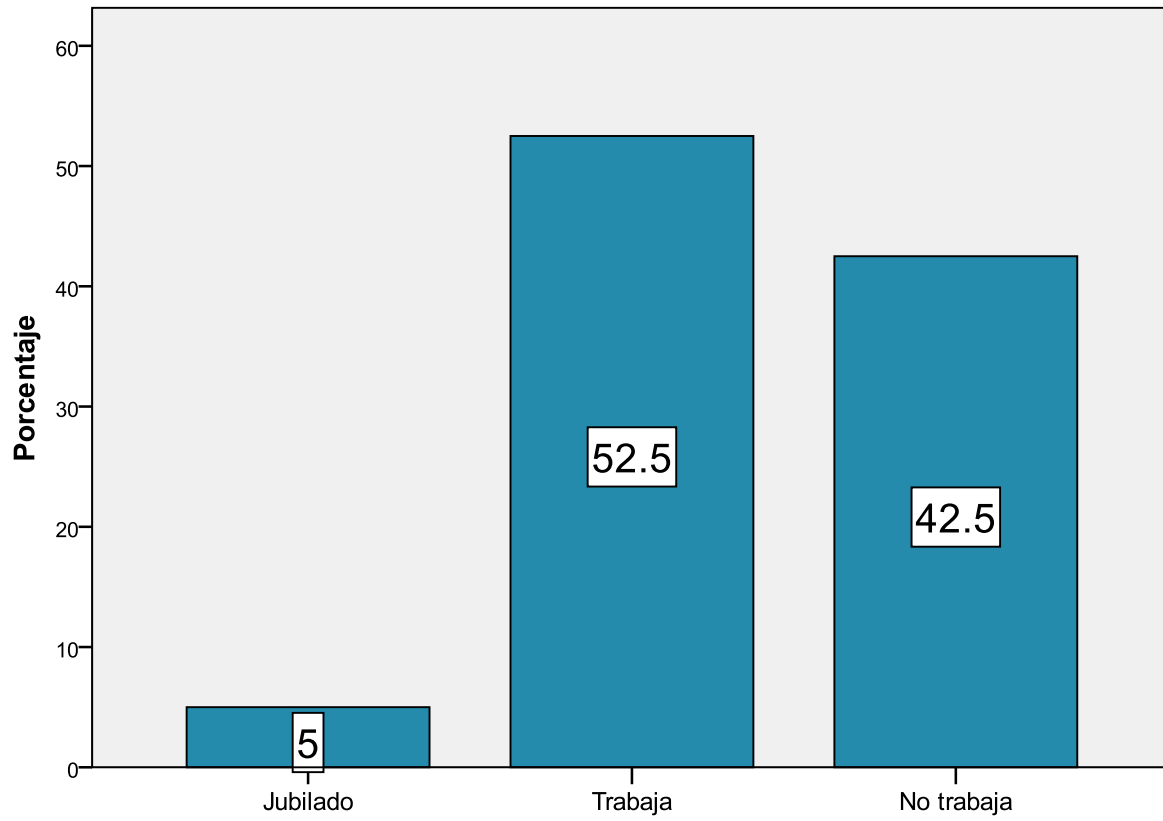
**Grafico# 2. Sexo de los encuestados**

Fuente: Tabla# 2



**Gráfico# 3. Estado civil**

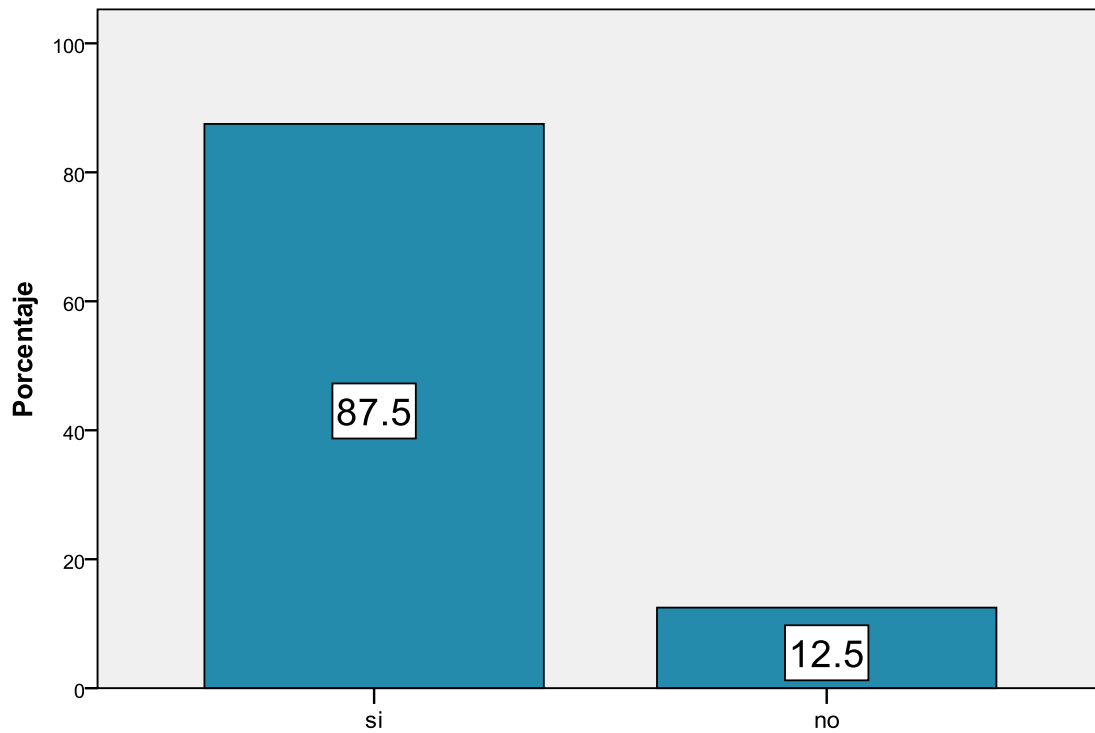
Fuente: Tabla# 3



**Grafico# 4. Ocupación**

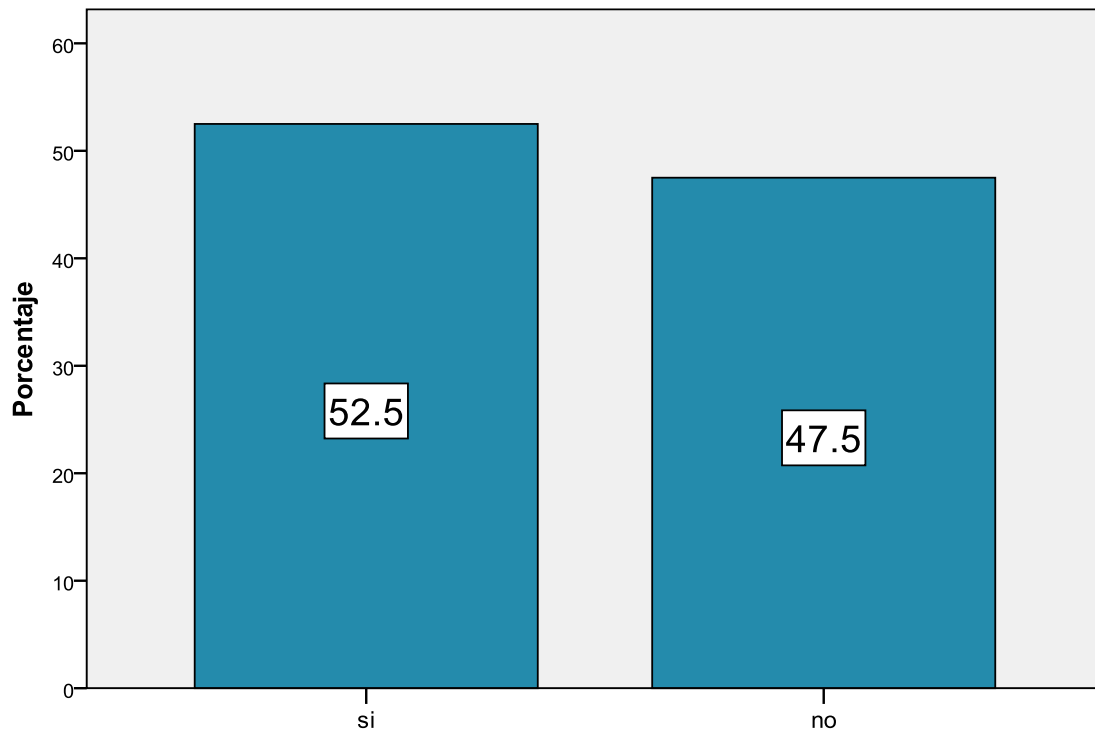
Fuente: Tabla# 4





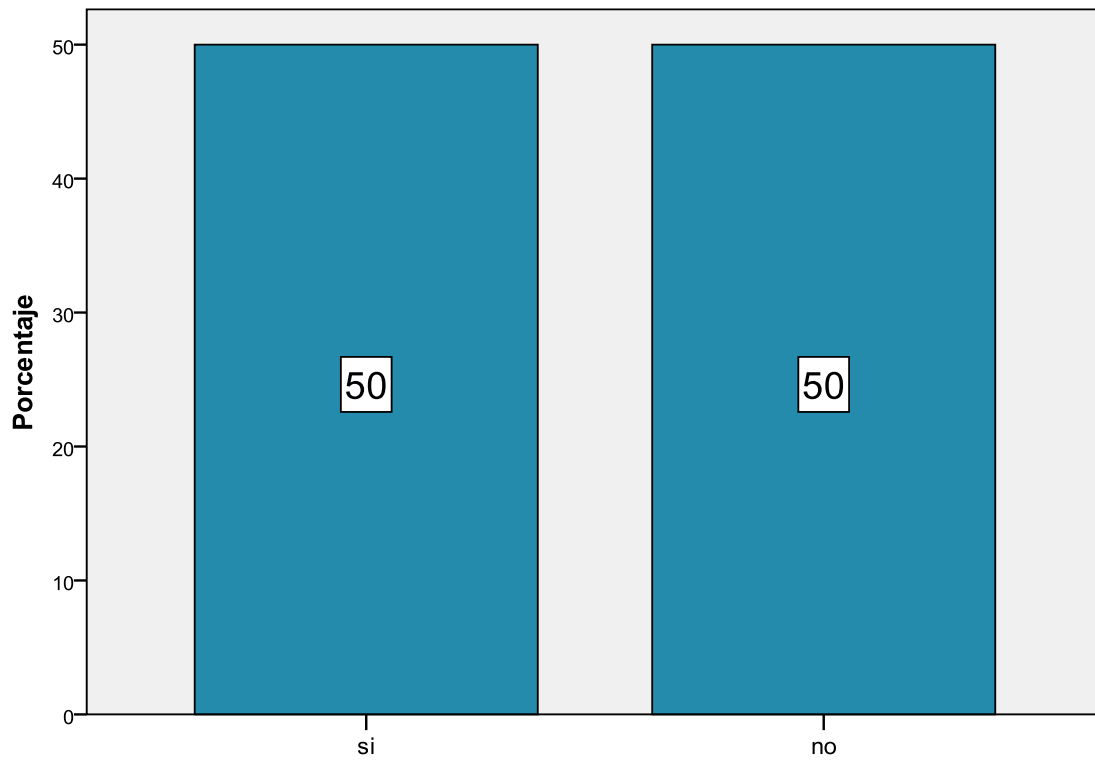
**Grafico# 5. ¿Con el uso de la protesis se le ha facilitado masticar los alimentos?**

Fuente: Tabla# 5



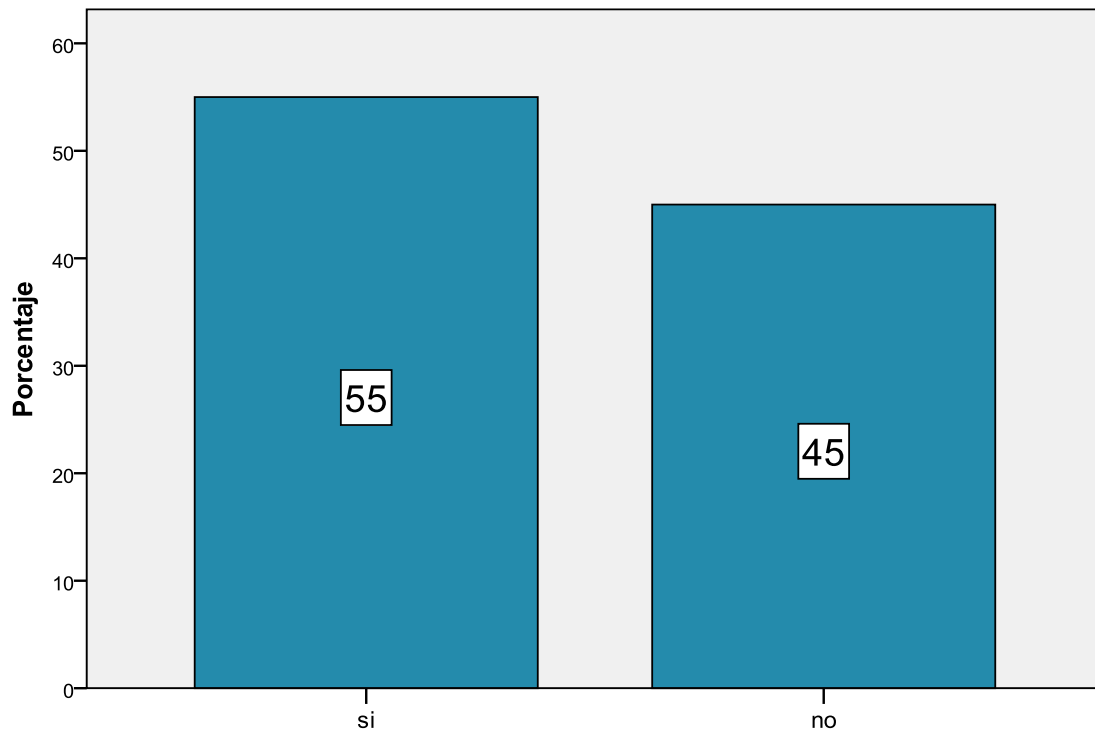
**Grafico# 6. ¿Ha cambiado el tiempo de masticacion con el uso de la protesis?**

Fuente: Tabla # 6



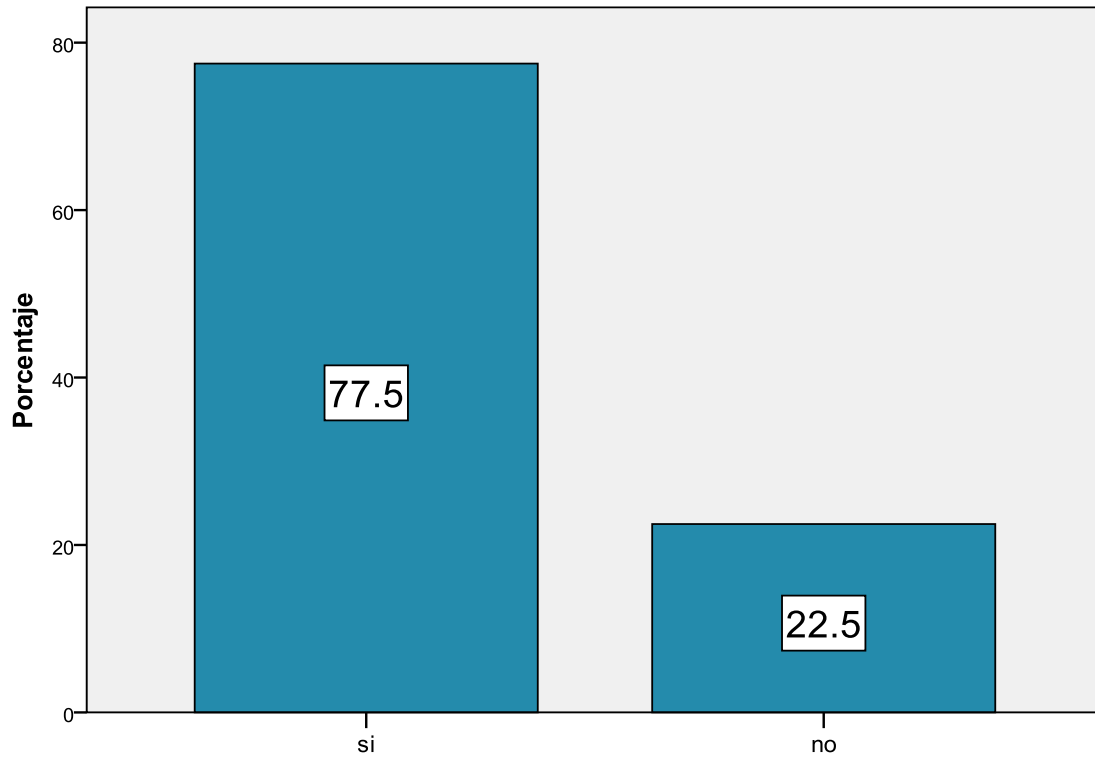
**Grafico# 7. ¿Siente el mismo sabor a los alimentos?**

Fuente: Tabla# 7



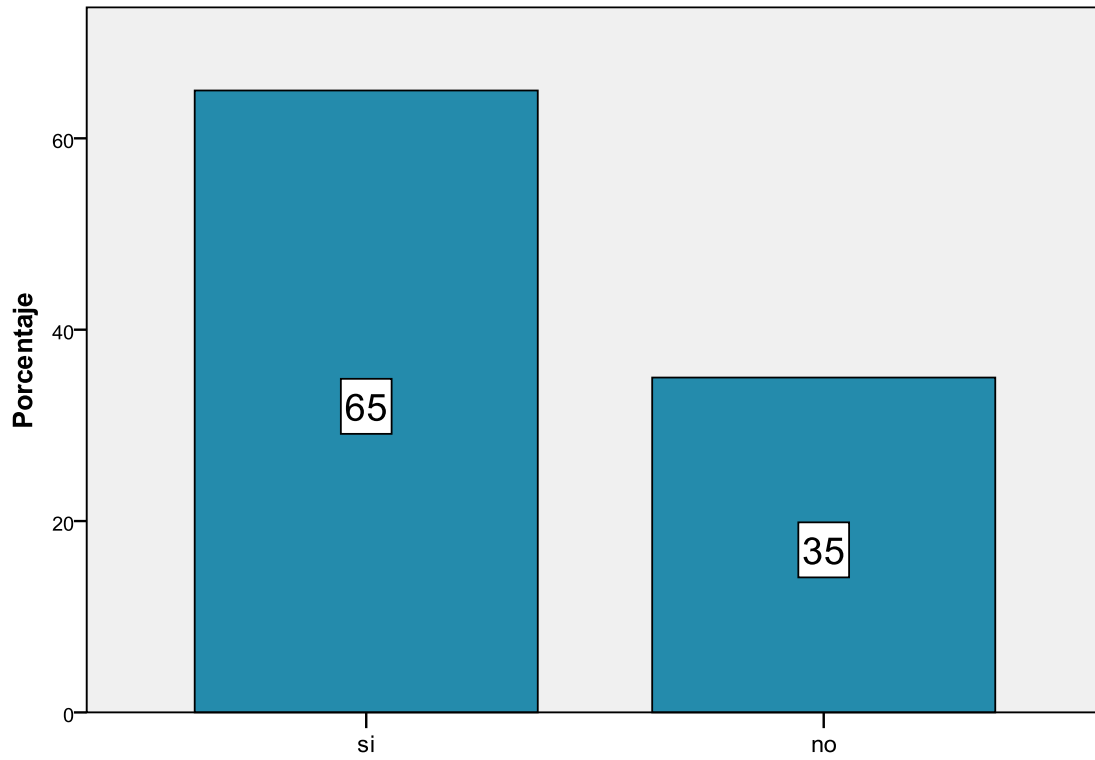
**Grafico# 8. ¿Nota alguna diferencia respecto a la distancia entre la nariz y la barbilla?**

Funte: Tabla# 8



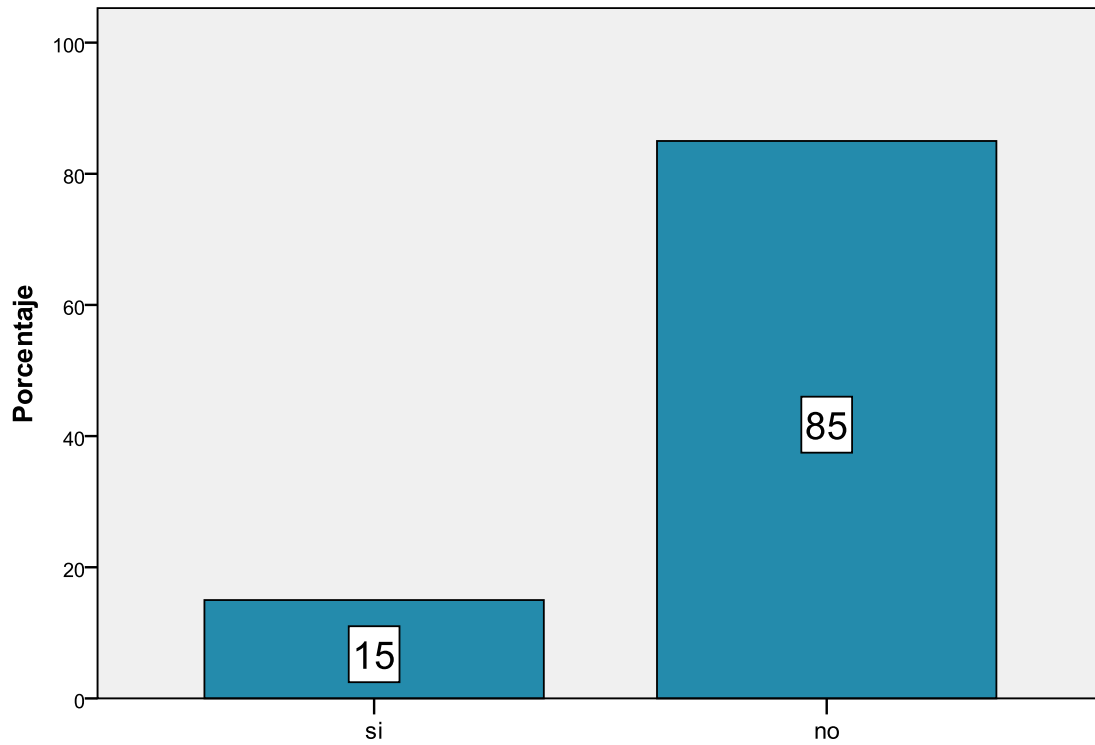
**Grafico# 9. ¿Se observa los labios diferentes?**

Fuente: Tabla# 9



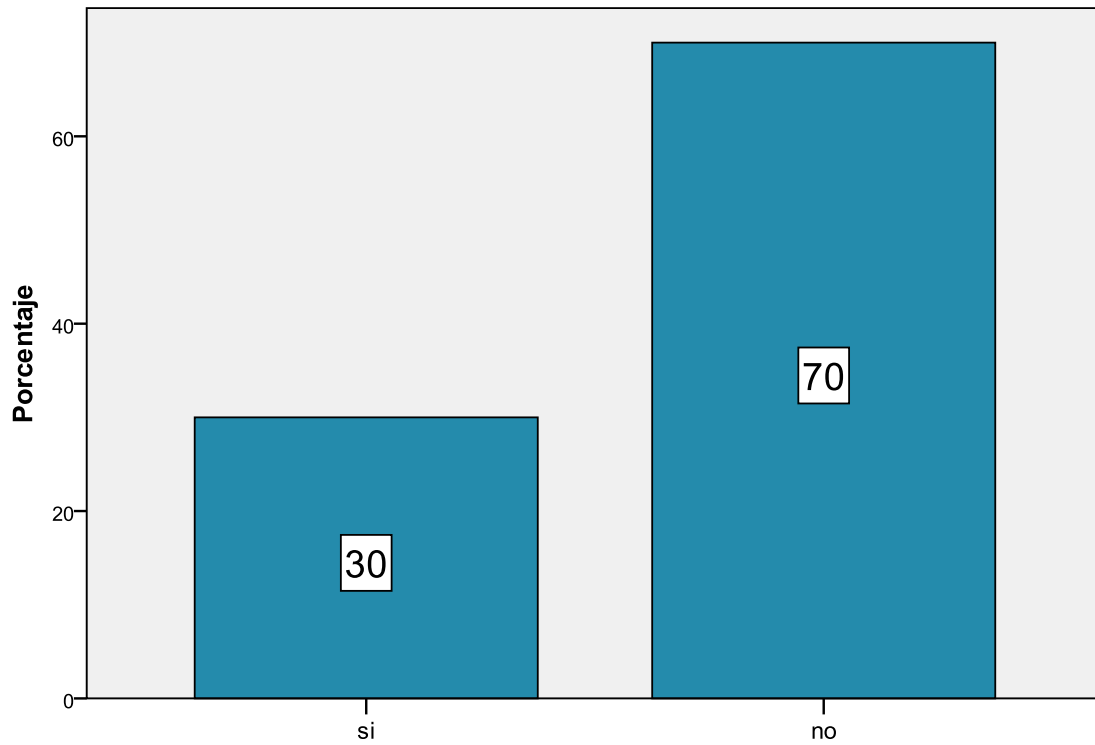
**Grafico# 10. ¿Observa alguna diferencia en la posicion de sus mejillas?**

Fuente: Tabla# 10



**Grafico# 11. ¿Después del uso de la prótesis se ha sentido con debilidad en el cuerpo?**

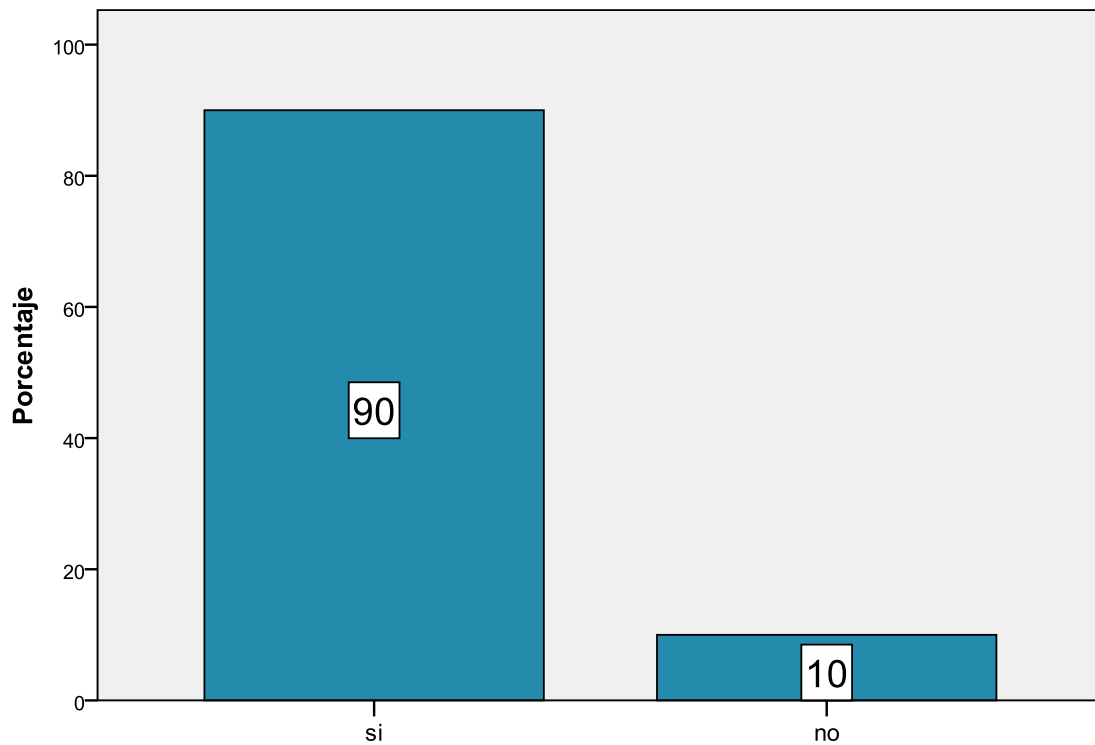
Fuente: Tabla# 11



**Grafico# 12. ¿Durante ha usado la protesis ha sentido mareos, dolores de cabeza?**

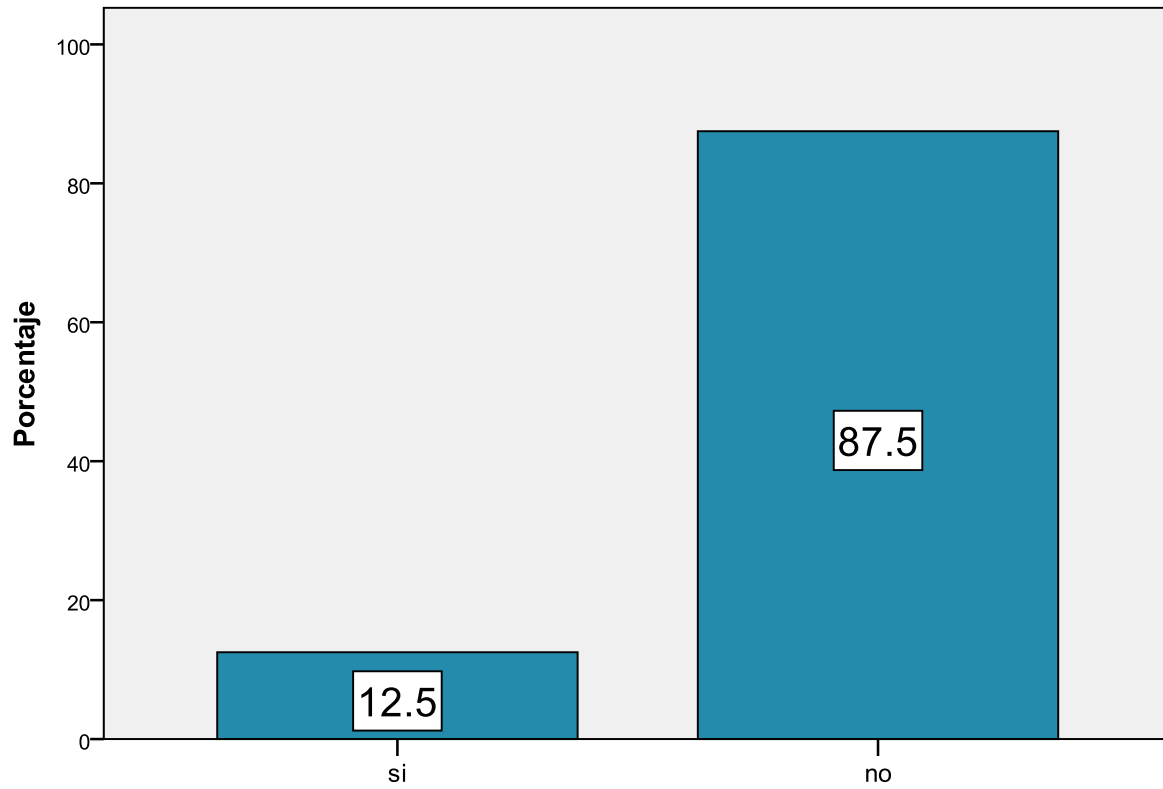
Fuente: Tabla# 12





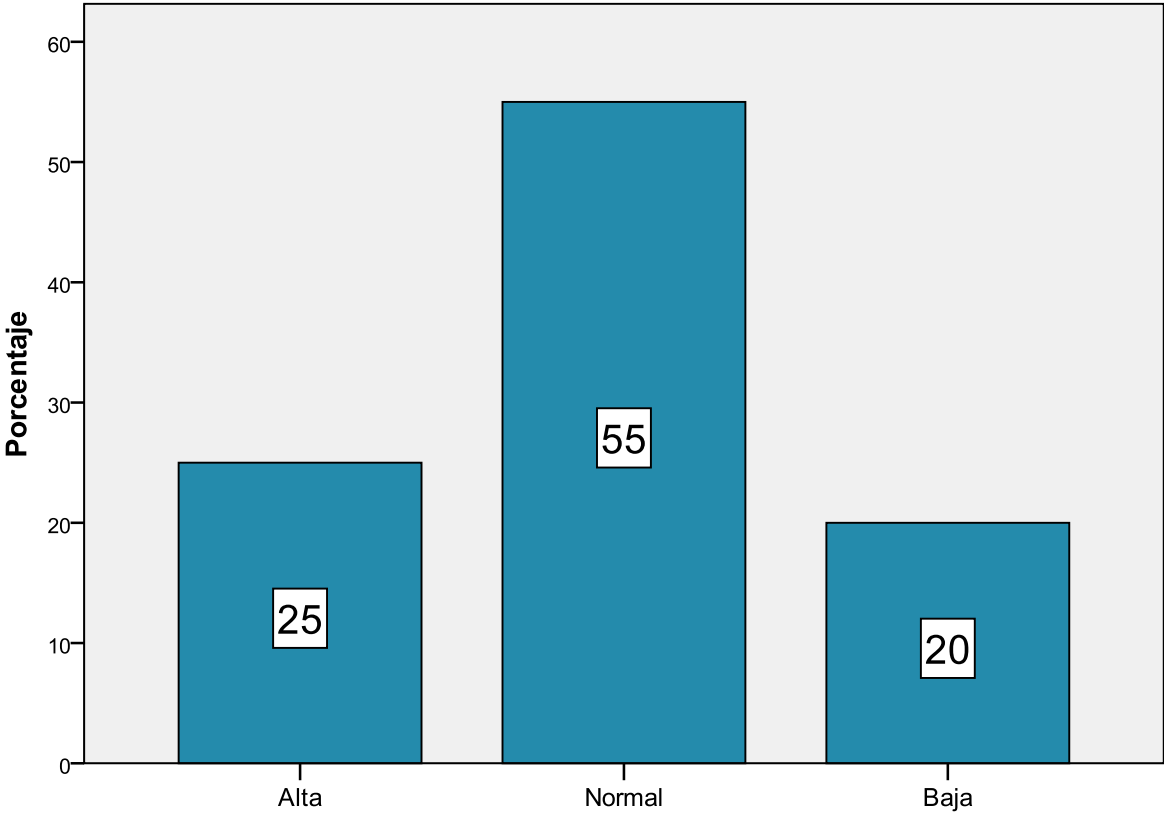
**Graffico# 13. ¿Siente que aprovecha mejor los alimentos ahora que usa protesis?**

Fuente: Tabla# 13



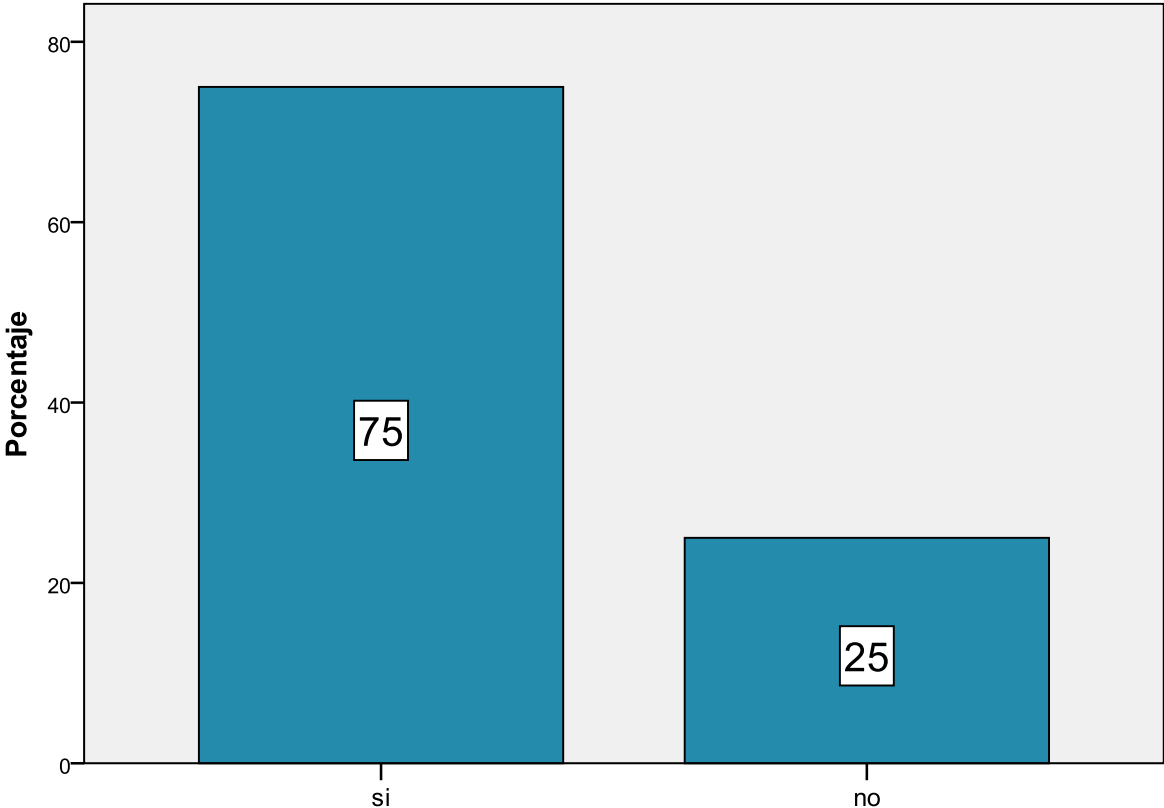
**Grafico# 14. ¿Despues del uso de la protesis padece de enfermedades estomacales?**

Fuente: Tabla# 14



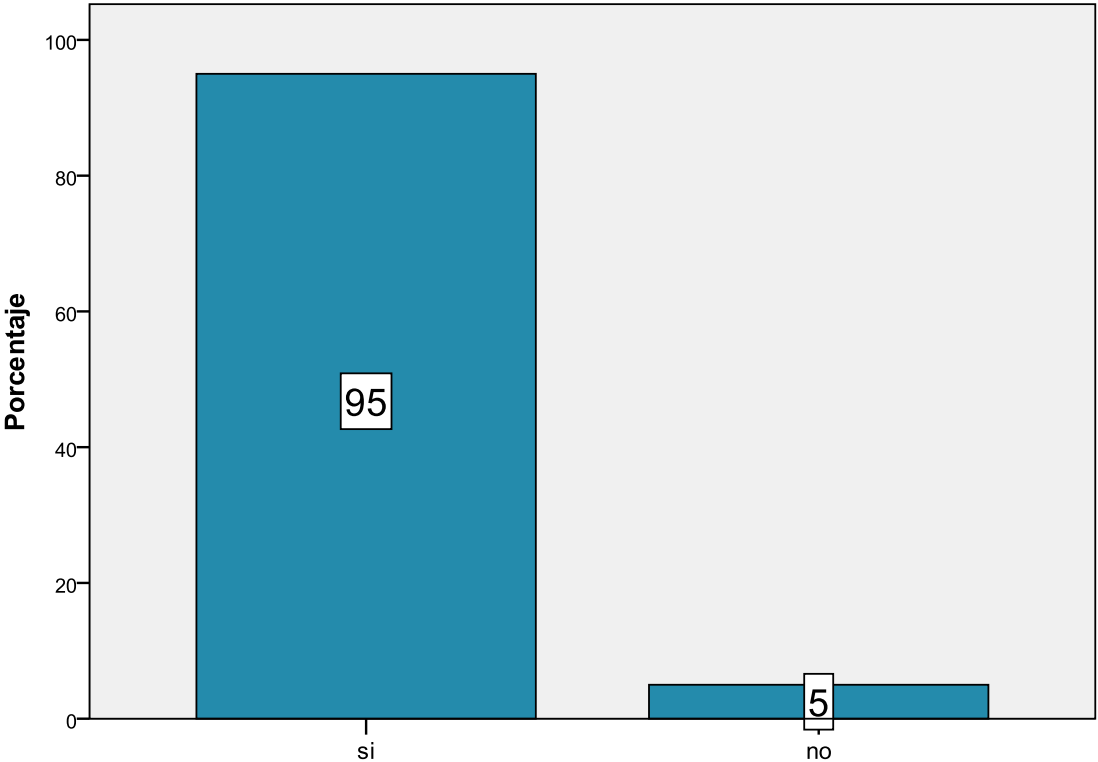
**Grafico# 15. Analisis de la autoestima**

Fuente: Tabla# 15



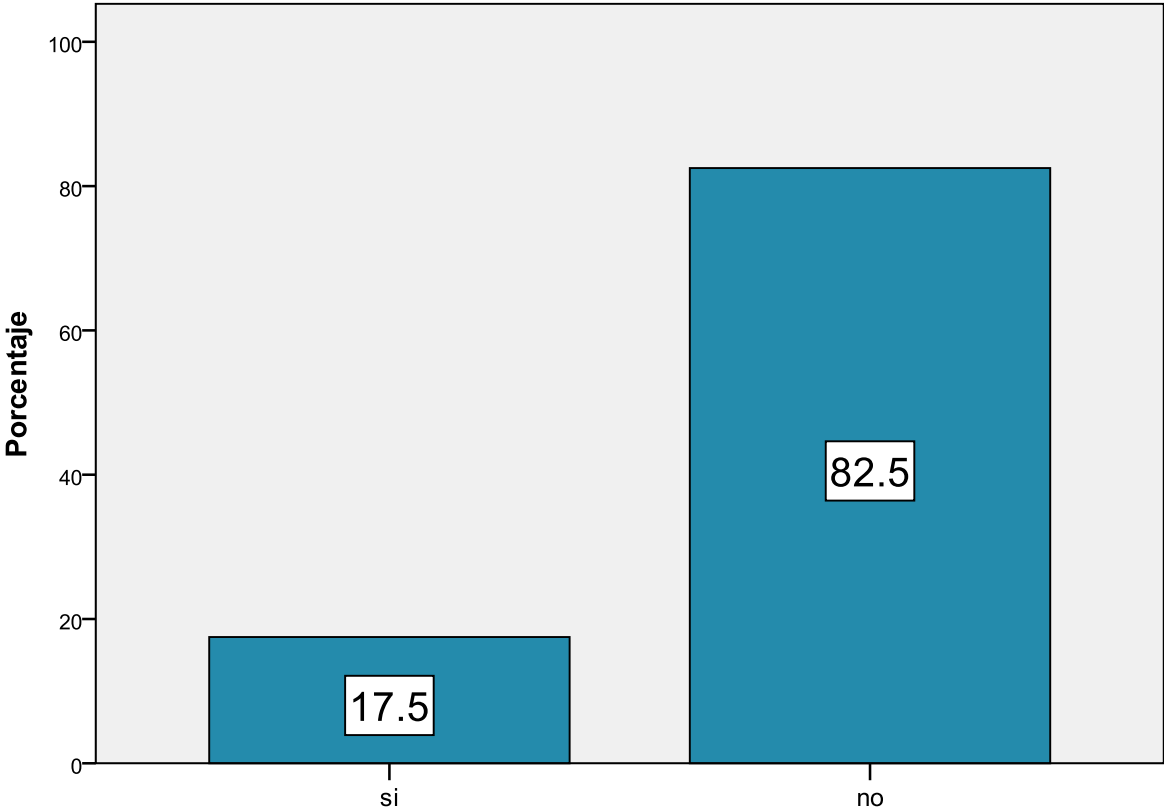
**Grafico# 16. ¿Asiste usualmente a reuniones sociales?**

Fuente: Tabla# 16



Grafico# 17. ¿Conversa frecuentemente con las demas personas?

Fuente: Tabla# 17



**Grafico# 19. ¿Con el uso de laprotesis se le dificulta hablar?**

Fuente: Tabla# 19