



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PAEZ**

**ESTUDIO DE LOS FACTORES CAUSANTES DE LA AUSENCIA  
DENTARIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS RECLUIDOS N HOGAR SAN  
JOSÉ MAÑONGO**

**Autoras:**

Gómez Oriana

Rivas Manuelys

**Tutor de Contenido:**

Od. Orlando Moreno

Urb. Yuma II, Calle N° 3, Municipio San Diego.  
Teléfono: (0241) 8714240 (Master) - Fax: (0241) 871239.



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA**  
**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



**ESTUDIO DE LOS FACTORES CAUSANTES DE LA AUSENCIA  
DENTARIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS RECLUIDOS EN HOGAR SAN  
JOSÉ MAÑONGO**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de  
ODONTOLÓGO

**Autoras:**

Gómez Oriana  
C.I.: 22.726.427  
Rivas Manuelys  
C.I.: 25.526.874

**Tutor de Contenido:**

Od. Orlando Moreno

**Tutor Metodológico**

Prof. José Gésime

San Diego, Julio del 2019



## ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Yo Osvaldo Arce, portador (a) de la Cedula de Identidad N° 8217078 en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por las ciudadanas Manuelys A, Rivas Gallardo portadora de la Cedula de Identidad N°25.526.874, y, Oriana V, Gómez Soto portadora de la Cedula de Identidad N°22.726.427, titulado **“ESTUDIO DE LOS FACTORES CAUSANTES DE LA AUSENCIA DENTARIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS RECLUIDOS EN HOGAR SAN JOSÉ MAÑONGO”**, presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los \_\_\_ días del mes de \_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

(Firma autógrafa)

Nombres y apellidos

C.I. 8217078



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



San Diego, \_\_\_\_\_

**ACTA DE REVISIÓN DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO**

Quienes suscriben esta Acta, dejan constancia que el Proyecto de Trabajo de Grado **ESTUDIO DE LOS FACTORES CAUSANTES DE LA AUSENCIA DENTARIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS RECLUIDOS EN HOGAR SAN JOSÉ MAÑONGO**;, ha sido revisado y, cumpliendo con los requisitos exigidos para su aprobación, recomiendan su tramitación ante el organismo académico correspondiente.

Firma

Fecha

**Tutora Contenido:**

Od. Orlando Moreno

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tutora Metodológica:**

José Gésime

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **RECONOCIMIENTO**

A nuestra Universidad José Antonio Páez, especialmente a la Escuela de Odontología, por permitirnos realizar esta investigación, guiarnos en cada uno de los pasos de nuestra carrera, por aportarnos todos los conocimientos necesarios desde el inicio hasta el final de nuestra trayectoria.

A nuestros tutores Orlando Moreno, quien con su apoyo y experiencia nos guio para realizar este trabajo con éxito, nuestro tutor metodológico José Gésimen otra persona llena de humildad y conocimiento que cada día nos guiaba para realizar este trabajo igual que su madre nuestra decano Melba Oviedo gracias porque sin su apoyo esto no sería posible.

A nuestros padres, por ser los principales motores de nuestras vidas, por ser los autores principales de hacer realidad este sueño para sus hijas y a nuestra familia quienes fueron guía fundamental de apoyo incondicional para cada una de nosotras.

**Manuelys Rivas**

**Oriana Gómez**

## **DEDICATORIA**

Primeramente le doy gracias a Dios, a San Miguel Arcángel y a la Divina Pastora por acompañarme, cuidarme, guiarme, por darme la fuerza y la fortaleza para salir adelante en los momentos más difíciles de esta trayectoria, por bendecirme en todo momento y por haberme dado la oportunidad de cumplir una de mis grandes metas como ha sido estudiar odontología.

A mi mamá Milagros Gallardo quien me brindó su apoyo incondicional, su cariño, por confiar y creer siempre en mí, porque aparte de ser mi madre ha sido mi amiga, mi confidente, mi hermana, mi compañera, mi pañito de lágrimas en los momentos que sentía que ya no podía continuar, siempre ha sido mi pilar, quien me decía si puedes eres fuerte sigue adelante mañana será un día mejor, la que ha sido la mejor madre del mundo entero la que me ha llenado de apoyo incondicional y de amor infinito muchísimas gracias mami por ayudarme a convertir este sueño en realidad, por tus valores y por tus consejos te amo. También con el mismo cariño y apoyo esta mi segunda madre Yamileth Mendoza quien me brindó su apoyo incondicional en todos los sentido, nunca me dejo caer, siempre fuiste mi pilar, te amo

A mi papá gracias porque esto sin ti no sería posible, fuiste uno de mis apoyos fundamentales en esta carrera no me cansaré de darte las gracias por confiar siempre en mí, siempre me sentiré orgullosa de ser tu hija, porque eres excelente padre gracias te quiero mucho. Por otra parte están mis tías Yare, Marlis, María y Marielena hermanos y primos siempre han sido lo más importante en mi vida y me siento orgullosa de pertenecer a esta familia tan unida. Siempre fueron mi apoyo en todo momento que no fue fácil.

A mi amiga Oriana Gómez gracias por acompañarme en esta travesía, por ser esa excelente amiga, compañera, con un corazón enorme, humilde, siempre ayudando

y apoyando a todo el que necesite. Gracias por ser esa persona tan especial, por brindarme ese apoyo incondicional, por esas palabras de aliento para seguir adelante, gracias por enseñarme a tomarme las cosas con más calma, a confiar y gracias por ayudarme a conocer la paciencia, que la amistad tiene más valor que una simple discusión y sabes que siempre contarás conmigo para todo, te quiero mucho mis mejores deseos para ti y el más grande éxito que puedas tener como madre, esposa y profesional..!.

A una persona muy especial que me acompañó en cada momento de esta carrera está persona es mi amiga Santodomingo, quien me enseñó que con un dulce todo pasa, me enseñó que somos profesionales donde nos paremos, que su familia es la mía, te quiero mucho. Por otra parte esta Elizabeth Martínez quien me brindó su cariño y su hogar para vivir gran parte de mi vida te quiero mucho.

A mis Profesores y a la UJAP, gracias a ustedes hoy soy una profesional, gracias por su formación académica, y digo orgullosamente yo soy odontóloga UJAP

**Manuelys Rivas**

## **DEDICATORIA**

Quiero agradecer primeramente a Dios y a la Virgen de Fátima por permitirme llegar aquí y darme la oportunidad de culminar mi carrera, porque sin ellos nada es posible, gracias por estar en cada momento y situación de mi vida.

A mis padres y hermanos, por estar ahí presente siempre que los necesite, por darme siempre apoyo y consejos para que nunca desistiera, todo lo que soy hoy se lo debo a ustedes, gracias a ustedes estoy aquí, esto es por y para ustedes, los amo.

A Erickson Istillarte, mi futuro esposo por ser mi apoyo incondicional durante todos estos años, por llenar mis días de alegrías y siempre guiarme de su mano para nunca caer.

A mi compañera de tesis, mi amiga Manuelys, quien ha sido fundamental e indispensable en este camino, gracias porque juntas logramos vencer este gran reto para poder tener nuestro título, por nunca dudar de mi capacidad y siempre comprenderme, amiga deseo para ti todo lo mejor, mucho éxito!!.

A la universidad por abrirme sus puertas para ser mejores personas y buenos profesionales.

**Oriana Gómez**

## ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO		pp.
RESUMEN INFORMATIVO.....		Xii
INTRODUCCIÓN		13
CAPITULO		
<b>I</b>	<b>EL PROBLEMA</b>	
	1.1 Planteamiento del Problema.....	15
	1.1.1 Formulación del Problema.....	17
	1.2 Objetivos de la Investigación.....	17
	1.2.1 Objetivo General.....	18
	1.2.2 Objetivo Específico.....	18
	1.3. Justificación de la investigación.....	18
<b>II</b>	<b>MARCO TEORICO</b>	
	2.1. Antecedentes de la investigación.....	20
	2.2. Bases Teóricas.....	23
	2.3. Definición de Términos.....	48
	2.4. Bases Legales.....	50
<b>III</b>	<b>MARCO METODOLÓGICO</b>	
	3.1. Tipo de Investigación.....	53
	3.2. Diseño de Investigación.....	53
	3.3. Población y Muestra.....	55
	3.4. Técnicas de Recolección de Datos.....	55
<b>IV</b>	<b>ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</b>	
	Presentación e interpretación de Resultados.....	58
<b>V</b>	<b>CONCLUSION Y RECOMENDACIONES</b>	
	5.1 Conclusiones y Recomendaciones.....	69
<b>REFERENCIAS.....</b>		<b>71</b>
<b>ANEXOS</b>		
	Anexo A	75
	Anexo B	77
	Anexo C	79
	Anexo D	82
	Anexo E	84



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA**  
**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



**ESTUDIO DE LOS FACTORES CAUSANTES DE LA AUSENCIA  
DENTARIA EN PACIENTE GERIÁTRICO RECLUIDO EN HOGAR SAN  
JOSÉ MAÑONGO**

**Autoras:**

Gómez Oriana  
Rivas Manuelys

**Tutor de Contenido:**

Od. Orlando Moreno

**Fecha:** Julio 2018

**RESUMEN INFORMATIVO**

El envejecimiento, es un proceso en el cual lo que es afectado en primer lugar no es la conducta cotidiana del organismo para con su medio, sino sus disponibilidades, sus facultades, sus posibilidades de enfrentarse con una situación insólita, ya sea de orden biológico, psicológico o social. La persona de edad avanzada es presa probable de las enfermedades agudas, que se agravan con facilidad, además, algunos padecimientos aceleran la involución. En tal sentido, la presente investigación tiene como objetivo general estudiar de los factores causantes de la ausencia dentaria en pacientes geriátricos que se encuentran reclusos en el Hogar San José Mañongo. El mismo se enmarcará a nivel metodológico en un diseño de campo documental, de tipo no experimental-transeccional, con un nivel descriptivo. Por otro lado, la población y muestra está conformada por los pacientes que cumplen con el criterio muestral de los pacientes geriátricos de la institución antes mencionada. En relación a las técnicas e instrumentos de recolección de datos se seleccionó como técnica la encuesta y la observación directa y como instrumento el cuestionario y el llenado de una ficha de observación. En cuanto los resultados pudimos notar que un 50 % de la población pierde sus unidades dentaria cuando es niño, un 30% cuando es adulto joven y un 20% cuando es anciano.

**Descriptor:** Factores, ausencia dentaria, pacientes geriátricos.

## INTRODUCCIÓN

La ausencia dentaria en las personas adultas es muy común pero a ciencia cierta no hay un estudio que nos indique cuáles son las principales causas por la cual los adultos mayores llegan a la mayoría de edad sin unidades dentarias, por tal motivo nos hemos tomado la tarea de investigar cuáles son las causas de la ausencia dentaria en adultos mayores ya que como sabemos puede ser a causa de enfermedades periodontales, enfermedades gingivales, enfermedades sistémicas que se relacionen con las enfermedades bucales o mala oclusión, pero no sabemos si hay un motivo más importante por la cual se causa el edentulismo.

Cabe destacar que es de gran importancia saber cuáles son las causas para así prevenirlas y disminuir la ausencia dentaria en las personas adultas, debido a que las prótesis dentales son la principal fuente de enfermedades a nivel de la cavidad bucal y estomacales, debido a que la mayoría de las personas que usan prótesis no le dan el cuidado y la limpieza necesaria. Otro de los principales factores por la cual nos tomamos la tarea para investigar este punto es por el nivel de depresión que causa la misma en las personas y por último y no menos importantes es la posibilidad de usar una prótesis para disimular las ausencias de las unidades extraídas.

Por otra parte se habla del conocimiento que se debe tener para la extracción de una unidad dentaria, cuáles son los pasos a seguir cuando un paciente llega a la consulta odontológica pidiendo la extracción de sus piezas dentales, también las enfermedades sistémicas causantes de la mismas ya que muchas veces las enfermedades bucales son producto del consumo de medicamentos o de enfermedades sistémicas que presenta la persona, cabe destacar que los adultos mayores están acompañados de múltiples enfermedades que pueden ser la causa de la ausencia.

Finalmente, la presente investigación se estructura de la siguiente manera: Capítulo I: planteamiento del problema, en donde sintetiza en términos reales la situación de la problemática, con su formulación del problema causado, el objetivo general y los específicos

donde se hace un plan de estudio hasta cumplir el objetivo que es resolver la problemática, la justificación del problema y operacionalización de variables. En el capítulo II marco teórico se sustenta la investigación, conformado por los antecedentes de la misma, se plasma la investigación de la problemática y las bases legales que son los artículos de la constitución que nos ayuda a fortalecer la investigación como profesionales. En el capítulo III: marco metodológico, se plasma el tipo y diseño metodológico, donde se constriñe en la investigación, población, muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos. El capítulo IV: presentación y análisis de resultados. Capítulo V: recomendaciones y conclusiones

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1. Planteamiento del Problema.**

El desarrollo de la dentición humana es un proceso biológico continuo y extraordinariamente complejo, con el tiempo se producen muchos cambios fisiológicos en la topografía y estructura de los dientes y maxilares; la mayoría de los cambios en la cavidad bucal ocurren a medida que la persona envejece aunque sean pequeños y menos obvios que los que ocurren en otros órganos, es difícil distinguir los verdaderos cambios fisiológicos normales del proceso de envejecimiento. Cabe destacar que los cambios drásticos por causa de las patologías o factores producen desbalances en el sistema estomatognático que afectan la salud oral y la salud general.

Con respecto a los cambios en el envejecimiento son frecuentes, por lo tanto se habla del cambio en color y forma con el avance de la edad. La atrición y el desgaste, pueden provocar una pérdida de la longitud del diente y el adelgazamiento del esmalte. También, puede estar presente la abrasión y erosión, procesos que alteran la apariencia y forma de estos. El grado de vascularización también se reduce de manera importante con la edad y contribuyen desfavorablemente a la recuperación del diente después que ha ocurrido una caries.

Del mismo modo muchos de los cambios que se expresan en la mucosa pueden estar relacionados con otros factores, como pueden ser las deficiencias dietéticas fundamentalmente de algunas vitaminas, reducción de los niveles de estrógenos, entre otros. Con la edad, es posible que se reduzca la homeostasis del desarrollo de las células epiteliales y que ocurra una mayor variación en los tejidos. La recesión gingival tiende a aumentar y aunque se invocan factores predisponentes como los traumatismos del cepillado, su mecanismo de producción no está claro.

De tal manera, la evaluación de los huesos de hombres y mujeres en edades comprendidas entre los 35 y 70 años, ha demostrado que estos se tornan más frágiles, ya que se han realizado estudios en mujeres mayores de 70 años que han demostrado una disminución en la altura del hueso alveolar en relación con el largo de la raíz. Esto pudiera estar relacionado con la pérdida de la inserción periodontal que es más prevalente en el anciano.

Según Barrancos & Barrancos (2006) establecen que existe una disminución en la producción de saliva relacionada con la edad, así como, alteraciones en las proteínas antimicrobianas presentes, debido a que existen otros factores, como el exceso de medicaciones y dietas ricas en carbohidratos fermentados, que pueden provocar una disminución del flujo salival. Del mismo modo se encuentran as enfermedades periodontales aunque ocurra una ligera pérdida de la inserción periodontal y del hueso alveolar en el anciano, el envejecimiento no conduce a una pérdida crítica del soporte periodontal.

Cabe destacar, que la masticación es el primer paso en la obtención de energía por un organismo superior y su óptimo funcionamiento ha sido y es primordial en el desarrollo del hombre, existen estudios que asocian la pérdida dentaria con la pérdida de peso, inclusive relacionan algunos autores la pérdida dentaria con el riesgo de mortalidad. La disfunción del sistema masticatorio puede producirse por tres factores: alteraciones de la oclusión dentaria, problemas neuromusculares y trastornos psicológicos. Dentro de los factores oclusales que causan disfunción masticatoria, se encuentra sin duda la pérdida de piezas dentarias.

Sin embargo, la patología dental puede ser de origen congénito y adquirido, la causa más frecuente es adquirida y según muchas investigaciones primero son por caries y en segundo lugar por enfermedad periodontal, muchas veces provocan problemas clínicos que requieren diagnóstico, vigilancia prolongada y tratamiento. Si es muy tarde, el tratamiento es la exodoncia.

En el medio odontológico, las personas comienzan a perder las piezas dentarias desde muy temprana edad, en esta pérdida dentaria tienen un rol importante los factores asociados como: problemas socioeconómicos, edad, sexo, nivel educativo, ocupación, hábitos, enfermedades sistémicas, entre otros, estos factores asociados muchas veces determinan la elección de un determinado tratamiento o determinan que no se puede realizar algún tratamiento de acuerdo a sus posibilidades económicas, la acción a tomar es considerada como un fenómeno complejo donde el resultado final es el producto de la decisión del paciente y del odontólogo.

Mayormente el paciente no puede acceder a tratamientos conservadores que son costosos y ante la desesperación por el dolor elige la exodoncía sin tener en cuenta en ese momento que esta pérdida terminará alterando diferentes funciones como la masticación, fonética, deglución, generando hábitos atípicos que traen consecuencia en otras estructuras y por supuesto afecta la estética causando problemas psicológicos.

Cada vez se toma más conciencia en la población que la salud oral, es un tema de salud general, pero no existen políticas de gobierno a través del Ministerio de salud que brinden medidas preventivas, de promoción y de rehabilitación adecuada de la salud oral. Es nuestra obligación dar a conocer la real dimensión del problema caracterizando a nuestros pacientes para conocerlos y mientras mejor se conozca las características de esta problemática será mejor la prevención y el tratamiento.

### **1.1.1 Formulación del Problema.**

¿Cuáles serán los factores que causan la ausencia dentaria en los pacientes geriátricos que se encuentran en el Hogar San José de Mañongo?

## **1.2. Objetivos de la Investigación.**

### **1.2.1. Objetivo General.**

Estudiar los factores causantes de la ausencia dentaria en pacientes geriátricos que se encuentran recluidos en el geriátrico Hogar San José de Mañongo.

### **1.2.2. Objetivos Específicos.**

1. Clasificar los factores causantes de la ausencia dentaria de los pacientes geriátricos.
2. Establecer las unidades dentarias perdidas en los pacientes geriátricos recluidos en el Hogar San José Mañongo.
3. Analizar los factores causantes de la ausencia dentaria en los pacientes geriátricos residentes en el Hogar San José Mañongo

### **1.3. Justificación de la Investigación.**

Dicha investigación trata de justificar y diagnosticar cuáles son los principales factores causantes de la ausencia dentaria que posee los adultos mayores que se encuentran recluidos en el geriátrico Hogar San José Mañongo, de la misma manera se quiere conocer desde qué edad comenzaron a perder sus unidades dentarias y cuáles fueron los motivos dado que se debe evaluar la situación socioeconómica y estado de salud general de los pacientes en el momento de descuidar su salud bucal hasta llegar al punto de perder sus unidades dentarias.

Cabe destacar, que para ellos es de gran importancia conocer cuáles son los cuidados que ellos deben de tener con respecto a la cavidad bucal y si todavía hay pacientes que posee unidades dentarias y las mismas necesiten tratamiento odontológico para poder permanecer en boca, es de suma importancia saber si estos pacientes están tomando medicamentos que puedan perjudicar su salud bucal ya que la mayoría de estas personas, no utilizan tratamiento conservadores como limpieza de caries, raspado y alisado radicular que puedan mejorar su salud bucal y conservar las unidades dentarias.

Con respecto, a la investigación se pretende beneficiar a la comunidad Hogar San José Mañongo y a la Universidad José Antonio Páez, ya que los estudiantes de odontología de dicha universidad visita a esta comunidad para brindarle un aporte de prevención, cuidado bucal y la atención que deben tener cada una de estas personas durante su estadío allí. Del mismo modo, lo que se busca con este trabajo es

disminuir los factores causantes de la ausencia dentaria, para que así los adultos mayores puedan llegar a su mayoría de edad con la mayor cantidad de dientes posibles, y no tengan que usar prótesis parciales, así mismo se busca un aporte epidemiológico que ayude a prevenir la pérdida dentaria por factores extrínsecos e intrínsecos que estimulan la ausencia dentaria en pacientes que asisten a la universidad José Antonio Páez.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEORICO**

Según Bavaresco (2006) “el Marco Teórico Referencial, brinda a la investigación un sistema coordinado y coherente de conceptos y proposiciones que permiten abordar el problema dentro de un ámbito dónde éste cobre sentido” (p.38). Considerando lo anteriormente expuesto, en este capítulo se muestran los aspectos teóricos importantes relacionados con la presente investigación los cuales son necesarios para el desarrollo del mismo. Se incluyen tópicos de mayor relevancia que orientaron teóricamente el proceso de la investigación, relacionado con determinar la prevalencia de los factores estimulantes de la ausencia dentaria en pacientes geriátricos que se encuentran recluidos en el geriátrico Hogar San José de Mañongo.

#### **2.1 Antecedentes de la Investigación.**

En este punto se tomaron referencias de autores internacionales, nacionales y regionales que han realizado investigaciones relacionadas con tópicos referentes a la investigación; el motivo de mencionarlos es sustentar teóricamente el estudio, como menciona Arias (2006) “debemos describir en qué estado está el conocimiento al respecto de nuestro problema de investigación, explicar qué se ha hecho hasta ahora, para luego, basándonos en esta situación de las cosas, fundamentar lo que nosotros vamos a hacer”(p.49).

Se basan en el desarrollo que incluye primeramente, las teorías que fortalecen este estudio en el cual se va a crear un análisis crítico de investigaciones previas para determinar su enfoque metodológico, especificando su relevancia y diferencias con el trabajo propuesto y las circunstancias que lo justifican para así obtener la información necesaria y precisa.

Para comenzar Palomeque, A. (2015), realizó una investigación titulada “Perfil epidemiológico de la salud oral en personas de la tercera edad que habitan en el asilo Cristo Rey de la ciudad de Cuenca” en la Universidad de Cuenca de Ecuador, para

optar al título de Odontóloga. El objetivo general de este estudio fue determinar el perfil epidemiológico de salud oral de las personas que habitan en el asilo Cristo Rey de la ciudad de Cuenca. En el cual se realizó un estudio de tipo descriptivo, donde las personas de la tercera edad, eran llevadas a un diagnóstico clínico odontológico y una revisión de la historia clínica de cada paciente.

Por tal motivo la muestra estuvo constituida por 71 personas, de 65 años en adelante, entre mujeres y hombres. El total de los pacientes examinados, 42 (59,2%) fueron del sexo femenino y 29 (40,8%) del sexo masculino. Llegando a la conclusión, que las patologías orales de mayor prevalencia fueron la caries dental, enfermedad periodontal y la estomatitis subprotésica. Las condiciones orales menos frecuentes fueron la candidiasis oral y la xerostomía. Este estudio sirvió como antecedente, debido a que sustenta la presente investigación por presentar datos estadísticos importantes sobre los factores epidemiológicos que pueden ocasionar ausencia dentaria en pacientes geriátricos que se encuentran recluidos en el Hogar San José Mañongo.

Castillo, Y. (2015), realizó una investigación titulada “Depresión y deterioro cognitivo del adulto mayor”, en la Universidad de Carabobo en Maracay, Edo-Aragua, para optar al título de Odontóloga. Tuvo como objetivo general relacionar la depresión y el deterioro cognitivo mediante la aplicación del test de MoCA y la escala de depresión geriátrica en los adultos mayores que acudieron a la consulta externa de medicina Interna del Hospital Central de Maracay.

Realizó un trabajo de ámbito epidemiológico, de tipo descriptivo, con cohorte transversal cuya muestra estuvo comprendida por los adultos mayores que acudieron a la consulta externa de medicina interna. Se apreció que la muestra estuvo constituida por 30 pacientes a los cuales les fue aplicada la escala de depresión geriátrica y el test de MoCA. La mayor frecuencia fue del sexo femenino en edades comprendidas entre 60 y 69 años, en un 40%, se evidenció presencia de signos depresivos en 46,70% y un 43,30% presentó signos de depresión leve, el 93,30%

presentó signos de deterioro cognitivo leve siendo los dominios más afectados la memoria y el recuerdo diferido, de los pacientes evaluados 42,9% cursaron con signos depresivos sumados al deterioro cognitivo leve.

Como conclusión, la autora establece que la salud psíquica y cognitiva de los adultos mayores puede presentar cambios relacionados con el envejecimiento. Con frecuencia la depresión conlleva deterioro cognitivo, estas condiciones deben identificarse para la detección y manejo oportuno, reducir riesgos y complicaciones. Por otro lado, la depresión y el deterioro cognitivo son patologías frecuentes en el adulto mayor. Por tal motivo el presente estudio guarda vinculación con la presente investigación por presentar información importante sobre patologías comunes en adultos mayores, aportando a nuestra investigación una de las causas principales a la ausencia dentaria en pacientes geriátricos.

Sánchez, A., González, M. (2015), realizaron una investigación titulada “Propuesta de un programa de orientación para mejorar la calidad de vida de un adulto mayor”, en la Universidad de Carabobo en Naguanagua, Edo- Carabobo, para optar al título de Odontólogos. La investigación tuvo como objetivo, proponer un programa de orientación para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en el albergue de ancianos “Santa Eduvigis” del Estado Carabobo utilizando como estrategia la orientación recreativa y social.

En relación a su metodología, fue de tipo cuantitativa, con un nivel descriptivo con un diseño de campo. La población fue conformada por 60 adultos mayores que residen en el albergue de ancianos “Santa Eduvigis” Estado Carabobo. Para la realización de esta investigación se tomaron una muestra representativa, del 15%. De tal manera que la muestra estuvo constituida por 25 adultos mayores. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento el cuestionario con 13 preguntas de tipo policotómico, con cinco alternativas de respuesta. Debido a que esta investigación aportó una información importante para el cuidado de los pacientes y el deterioro de

los pacientes mayores brinda un aporte fundamental para la investigación que se está realizando en el hogar San José Mañongo.

## **2.2 Bases Teóricas.**

Las bases teóricas para Arias, F. (2008) “Comprenden un conjunto de conceptos y proposiciones que constituyen un punto de vista o enfoque determinado, dirigido a explicar el fenómeno o problema planteado”(p.14); de aquí radica la importancia de indicar las bases teóricas, ya que permitirán a las investigadoras obtener los conocimientos necesarios para entender los tópicos tratados en la investigación, facilitando la lectura del estudio planteado.

### **2.2.1 Factores Sociodemográficos.**

Debido al artículo creado por Romo, J. y Tarango, J. (2006), en la Universidad Autónoma de Chihuahua, México. En la cual define los factores sociodemográficos como una característica del estado social de las personas, enfatiza en la diversidad de aspectos que permiten a la persona interactuar con otras personas, para lo que son esenciales la existencia de otros con conciencia de sí mismos, el lenguaje y la intención de comunicar. Es un componente esencial para la vida y el desarrollo humano al resultar imposible ser humano en solitario.

#### **2.2.1.1 Edad:**

Pérez, J, y Gardey, A (2012), refieren que la edad tiene origen en el latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. La noción de edad brinda la posibilidad, entonces, de segmentar la vida humana en diferentes periodos temporales: “La infancia es la edad indicada para comenzar a estudiar un nuevo idioma”, “La tercera edad debería ser un etapa de descanso y tranquilidad”. En este contexto, resulta interesante mencionar que la historiografía apela a dos grandes momentos históricos: la prehistoria y la historia. Las edades prehistóricas son aquellas que se iniciaron con la aparición del primer Homo sapiens y llegan hasta la invención de la escritura. Se trata, de acuerdo a los historiadores, de la Edad de Piedra, la Edad de Bronce y la Edad de Hierro.

### **2.2.1.2 Sexo:**

Girondella Mora, L (2012), define que en su definición estricta es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre. La diferencia entre ambos es fácilmente reconocible y se encuentra en los genitales, el aparato reproductor y otras diferencias corporales. Bajo esta perspectiva, sexo es una variable meramente física, producida biológicamente, que tiene un resultado predeterminado en una de dos categorías, el hombre o la mujer.

Es una dicotomía con rarísimas excepciones biológicas. Estas diferencias físicas tienen consecuencias más allá de lo únicamente biológico y se manifiesta en roles sociales, especialización de trabajo, actitudes, ideas y, en lo general, un complemento entre los dos sexos que va más allá de lo físico generalmente en un todo que se conoce como familia, donde la reproducción se realiza en el medio ambiente ideal.

### **2.2.1.3 Nivel Educativo:**

Según González, P, (2009), es el grado de aprendizaje que adquiere una persona a lo largo de su formación en una Institución educativa formalizada. Por otro lado, los cuestionamos que si ahora que se da el aprendizaje permanente, a este concepto se le pueden añadir otros matices para que encierre en sí algo más externo a una institución formal sino que por otras vías y a lo largo de la vida se vaya adquiriendo.

### **2.2.1.4 Nivel Socioeconómico:**

Según Jack, F. (2007), define que es la capacidad económica y social de un individuo, una familia o un país. De alguna manera todos tenemos una idea aproximada de los tres escalones o niveles socioeconómicos: el bajo, el medio y el alto. Sin embargo, desde un punto de vista sociológico es necesario establecer con precisión unos niveles basados en criterios objetivos. Para ello los sociólogos utilizan una serie de variables distintas (nivel de estudios, tipo de hogar, porcentaje de gasto en alimentos, agua y otros). Si estas variables se aplican a una familia es posible precisar su nivel socioeconómico. Para elaborar estos datos los sociólogos utilizan

algoritmos matemáticos y los resultados obtenidos resultan de gran utilidad (un estudio demoscópico con fines políticos).

### **2.2.2. Estado de Salud general.**

Según la Organización Mundial de la Salud (2000), refiere que el estado de salud se refiere a las condiciones médicas (salud física y mental), sus experiencias en cuanto a reclamaciones, obtención de cuidados de salud, historia clínica, información genética, elegibilidad e incapacidad. Por otra parte para la Real Academia Española, la salud es el “estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”. Si entendemos estas “funciones” como las funciones vitales propuestas por la biología, englobamos en ellas la nutrición, la interacción con otras personas y seres vivos y la reproducción.

#### **2.2.2.1 Enfermedades Sistémicas:**

Para Lara, M. (2013), las enfermedades más frecuentes en los adultos mayores son la consecuencia de un proceso biológico degenerativo que acompañan al envejecimiento. La aparición de muchas enfermedades en estas edades se hallan asociadas a la dieta, educación, ocupación, estilos de vida, modo, etc. Vista la tercera edad como el problema médico social. Aquellas enfermedades para las cuales aún no se conoce una solución definitiva y el éxito terapéutico se les conoce como enfermedades crónicas. Dichas enfermedades hoy son las causantes de la mayoría de muertes y discapacidades. En las personas ancianas la posibilidad de sufrir una o más enfermedades crónicas es alta. En especial la hipertensión arterial resulta elevada ambos sexos al aumentar la edad, así como de las enfermedades cardiovasculares.

**Las enfermedades crónicas más comunes en las personas adultas mayores son:**

#### **La Diabetes**

Según la Organización Mundial de la Salud (2014), define la diabetes como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no

controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

**Diabetes de tipo 1:** Se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Se desconoce aún la causa de la diabetes de tipo 1 y no se puede prevenir con el conocimiento actual. Sus síntomas consisten, entre otros, en excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita.

**Diabetes de tipo 2:** Se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa la mayoría de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física. Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse solo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones.

### **Hipertensión Arterial**

Según Eva Castells Bescós Médico Internista, define la hipertensión arterial (HTA) como un síndrome caracterizado por elevación de la presión arterial (PA) y sus consecuencias, son varios procesos aún no identificados, y con base genética, los que dan lugar a elevación de la PA. La HTA es un factor de riesgo muy importante para el desarrollo futuro de enfermedad vascular (cerebrovascular, cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca o renal). La relación entre las cifras de PA y el riesgo cardiovascular es continua, no existiendo una línea divisoria entre presión arterial normal o patológica.

Enfermedades metabólicas:

- Hipotiroidismo.
- Deshidratación.
- Dislipidemias (Hipercolesterolemia y Hipertrigliceridemia).

Enfermedades cardiovasculares

- Insuficiencia cardíaca.

Enfermedades autoinmunes y traumatológicas.

- Osteoporosis.
- Artritis reumatoide.

Enfermedades psiquiátricas.

- Depresión.
- Síndrome de confusión mental.

Enfermedades del sistema nervioso.

- Alzheimer.
- Parkinson.

Enfermedades respiratorias.

- Neumonías.
- Infecciones respiratorias por influenza.

#### **2.2.2.2 Medicación**

Según Berta Pérez Landín Responsable Técnico del CIM (2014) en su cuenta publicó un artículo donde define que medicación es toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos o que pueda usarse en seres humanos o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico.

#### **2.2.2.3 Factor Dietético**

Según López, M. (2009) creó un artículo donde aclara el papel nutricional en las enfermedades bucodentales, cabe destacar, que la expresión salud bucodental hace referencia a todos los aspectos de la salud y al funcionamiento de los dientes, encías y mucosa oral. En 1948 la Organización Mundial de la Salud amplió la definición de salud para significar “un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no

simplemente la ausencia de enfermedad”. Se desprende que la salud oral debe incluir el bienestar. Tal como hoy en día entendemos que naturaleza y nutrición están intrínsecamente relacionadas, y que cuerpo y mente son expresiones de nuestra biología humana, debemos también reconocer que la salud oral y la salud general son inseparables. El ignorar signos y síntomas de enfermedad y mal funcionamiento oral va en detrimento de la salud.

No se puede estar sano sin salud oral y la salud en general estas no deben ser interpretadas como entidades separadas. El significado ampliado de salud y salud oral de ninguna manera disminuye la relevancia e importancia de los principales afecciones dentales caries y enfermedad periodontales. Estas siguen siendo comunes y generalizadas, afectando a casi toda la población (98,5% de 65 a 74 años ha sufrido algunas lesiones de caries a lo largo de su vida y un 89,7% tiene algún problema en sus encías). Lo que podemos hacer al respecto y por tanto el control de su gravedad. Investigaciones recientes señalan la relación entre las infecciones orales crónica y las enfermedades cardíacas y pulmonares, el derrame cerebral y los nacimientos prematuros. La relación bidireccional entre las enfermedades periodontales y la diabetes ya hace mucho tiempo que ha sido establecida.

### **2.2.3 Factores Clínicos.**

Son los análisis uni y multivariado para tratar de identificar factores pronóstico sin dependientes, para diagnosticar una enfermedad la cual debe ser tratada por médicos, el cual debe regirse por un proceso que esté adscrito en una historia clínica.

#### **2.2.3.1 Hallazgo Clínico.**

Según Hugo von Habermann (1886).El hallazgo clínico requiere tener en cuenta los dos aspectos de la lógica, es decir, el análisis y la síntesis, utilizando diversas herramientas como la anamnesis, la historia clínica, exploración física y exploraciones complementarias. El diagnóstico médico establece a partir de síntomas, signos y los hallazgos clínicos. Generalmente una enfermedad no está relacionada de una forma biunívoca con un síntoma, es decir, un síntoma no es exclusivo de una

enfermedad. Cada síntoma o hallazgo en una exploración presenta una probabilidad de aparición en cada enfermedad.

El teorema de Bayes ayuda al diagnóstico de una enfermedad a partir de los síntomas y otros hallazgos que presenta el paciente si las enfermedades son mutuamente excluyentes, se conoce sus prevalencias y la frecuencia de aparición de cada síntoma en cada enfermedad. Según la prevalencia de cada enfermedad en cada población, un mismo conjunto de síntomas o síndrome puede producir un diagnóstico diferente en cada población, es decir, cada síndrome puede estar producido por una enfermedad diferente en cada población.

### **2.2.3.2 Anatomía de la Cavidad Bucal:**

La cavidad bucal es una cavidad recubierta por mucosa y sus fronteras son: los labios, las mejillas lateralmente, el paladar y la lengua. El orificio anterior se llama orificio oral, y posteriormente la boca es continua con la oro faringe. Las paredes de la boca deben resistir un considerable rozamiento con los alimentos y por ello su mucosa está formada por epitelio escamoso estratificado en lugar del típico epitelio simple columnar. En las encías (Periodonto), el paladar duro (la parte anterior del cielo de la boca), y la parte dorsal de la lengua el epitelio está reforzado con cierta cantidad de queratina a fin de proveer protección extra contra la abrasión. La mucosa de la boca produce las llamadas defensinas cuando recibe algún daño. Las defensinas son agentes antimicrobiales. (Anatomía humana, V 2 Latarjet, M, y Ruiz, A, 2005)

#### **Los labios:**

La estructura anatómica de los labios consiste principalmente en un núcleo de músculo esquelético (orbicular de los labios) recubierto de piel. Los labios son mucho más largos de lo que usted puede pensar y se extienden desde el margen inferior de la nariz hasta la frontera superior de la barbilla. No hay las características glándulas sebáceas y sudoríparas de la piel en el margen rojo, y deben humedecerse con saliva de vez en cuando para evitar su cuarteadura. Un pliegue en la zona media de los labios conocido como frenillo labial une la zona interna de cada labio con la encía.

**Las mejillas:**

Están formadas principalmente por músculo esquelético (músculo buccinador) recubierto por piel, y juegan un cierto papel en la pronunciación, al igual que los labios y los dientes. También participa, en conjunto con los labios, en el acto de mantener los alimentos entre los dientes cuando se mastica.

**Paladar duro:**

Ubicado anteriormente y fundado en los huesos palatinos y las apófisis palatinas del hueso maxilar subyacentes. Forma una superficie rígida contra la cual la lengua presiona para mover los alimentos al masticar. Tiene una sutura medial que forma un reborde, el rafe palatino, cuyos lados la mucosa es algo rugosa para aumentar el rozamiento.

**Paladar blando:**

Que es un pliegue formado principalmente por músculo esquelético con una proyección hacia abajo en el borde libre que recuerda un dedo conocida como úvula. El paladar blando se eleva como acto reflejo cuando se traga para cerrar el paso a la nasofaringe. Lateralmente, el paladar blando está anclado a la lengua por un par de arcos palatoglosales y más posterior lo hace a la oro faringe a través de los arcos palatofaríngeos. Entre ambos pares de arcos se encuentra la zona conocida como fauces que contiene las amígdalas palatinas.

**La lengua:**

Ocupa la mayor parte de la cavidad oral cuando se cierra la boca y está ubicada en el piso de esta. La superficie superior de la lengua muestra proyecciones de la mucosa subyacente conocidas como papilas. Las papilas pueden ser de tres formas:

- Filiformes: estas papilas con forma cónica proporcionan a la lengua, que aumenta el rozamiento con los alimentos para facilitar manipularlos.
- Fungiformes: que como el nombre indica tienen forma de hongo y están dispersas sobre la superficie de la lengua presentando un tono rojizo debido a su núcleo vascular.

- Calciformes cuentan solo entre 10 y 12 y se localizan en una fila con forma de V en el fondo de la lengua.

Inmediatamente posterior a las papilas circunvaladas está el surco terminal, una ranura que separa las primeras dos terceras partes anteriores de la lengua que yacen en la cavidad bucal, del último tercio posterior que reside en la orofaringe. En el último tercio, las papilas desaparecen pero la superficie es accidentada debido a los nódulos de la amígdala lingual que yacen justo profundos a la mucosa.

La musculatura de la lengua incluye fibras intrínsecas y extrínsecas. Las primeras están confinadas al interior de la lengua y no se anclan a huesos, mientras las segundas corren desde la lengua hasta los puntos de origen en los huesos del cráneo o del paladar duro. Los músculos intrínsecos se dirigen en varios planos diferentes lo que permite a la lengua cambiar de forma, hacerse más gruesa, o más delgada, más larga, o más corta, de acuerdo a la necesidad requerida para hablar o tragar. Por su parte los músculos extrínsecos sirven para alterar la posición de la lengua; la estiran y retractan, así como la mueven lateralmente.

### **Las glándulas salivales:**

Son varias glándulas, ubicadas lo mismo dentro que fuera de la cavidad bucal, segregan la saliva. La saliva tiene diversas utilidades dentro de la cavidad bucal desde el punto de vista de la alimentación, las más importantes son: limpia la boca, disuelve sustancias de los alimentos y con ello nos permite degustarlas, favorece a la formación del bolo, contiene enzimas que comienzan la digestión de los almidones. Algunas sustancias presentes en la saliva tienen importantes funciones fisiológicas entre las que están: mejorar la actividad de las enzimas, y proteger la cavidad oral. Cabe destacar que la mayor parte de la saliva se produce en tres pares de glándulas salivares situadas fuera de la cavidad bucal que drenan sus secreciones a ella a través de conductos.

### **Glándulas parótidas:**

Son las más grandes, y yacen anteriores a los oídos entre el músculo masetero y la piel. Sus conductos parótideos, corren paralelos a los arcos cigomáticos, perforan los músculos buccinadores y se abren en el vestíbulo cerca del segundo molar superior.

**Glándulas submandibulares:**

Estas glándulas yacen a lo largo de la zona medial del cuerpo mandibular. Sus conductos ruedan por debajo de la mucosa del piso de la cavidad bucal y desembocan en la base del frenillo lingual.

**Glándulas sublinguales:**

Están ubicadas anteriores a las glándulas submandibulares bajo la lengua. Tienen entre 10 y 12 conductos que vierten en el piso de la boca. Finalmente, a la producción de saliva de las glándulas mayores descritas, se suma una pequeña cantidad producida por diminutas glándulas bucales (intrínsecas) distribuidas de forma dispersa en la mucosa de la cavidad bucal.

**Los dientes:**

Son estructuras de soporte, son necesarios para la trituración adecuada de los alimentos, el habla y para la apariencia. Los primeros dientes comienzan a aparecer aproximadamente a los 6 meses de edad cuando los incisivos centrales de la mandíbula inferior brotan, y la dentadura estará completa cuando surgen los segundos molares superiores a la edad de 24 meses. Hay 20 dientes deciduos, 10 en cada arco. A la edad de 6 años comienza el proceso de reemplazar los dientes deciduos "de leche" por los dientes permanentes. Para los 14 años de edad se completa la sustitución de los dientes deciduos por los permanentes pero los terceros molares no irrumpen normalmente hasta los 17-21 años de edad para completar un total de 32 dientes.

Por otro lado, los dientes están conformados por dos partes la raíz y la corona. La raíz normalmente está por debajo del margen superior del periodonto, la que es esencial para fijar los dientes a los tejidos circundantes. La corona es la parte del

diente que está por encima del periodonto es responsable de la masticación. Cada diente tiene componentes básicos como lo son:

**Esmalte:**

Que está compuesto por una forma brillante, muy dura, y cristalina de sales de fosfato cálcico sin células. El grueso del esmalte es de 1.5 a 2 mm en la zona más gruesa y protege la estructura subyacente del diente. El esmalte recubre la corona del diente y termina alrededor de la línea de la encía. Es la sustancia más dura del cuerpo y las células que lo producen degeneran una vez que el diente ha irrumpido, de modo que no queda cantidad alguna de ellas para hacer reparaciones.

**Dentina:**

Con estructura de tipo ósea, yace debajo del esmalte, es más blanda que este y constituye la mayor parte de la estructura del diente. Está atravesada por túbulos dentinales que transportan los nutrientes desde la pulpa situada debajo de la dentina. La dentina protege la pulpa de daños mecánicos, térmicos o químicos. Las células que segregan y mantienen la dentina se llaman odontoblastos los que extienden alargadas proyecciones por dentro de los túbulos dentinales. Los odontoblastos son células de cuerpo esférico que yacen en la cavidad de la pulpa justo profunda a la dentina. La dentina se produce a lo largo de la vida del adulto y gradualmente invade la cavidad de la pulpa.

**Pulpa:**

Ocupa una cámara que corre cerca del eje central del diente. Cuando alcanza la raíz se conoce como conducto radicular y está conectado con los tejidos que rodean el diente por una abertura en el extremo inferior de la raíz llamada foramen apical. La pulpa es esencialmente tejido blando compuesto por vasos sanguíneos y fibras nerviosas, las terminales nerviosas de la pulpa interpretan todos los estímulos que reciben como dolor.

**Cemento:**

Con una naturaleza parecida a la del hueso, es más blando que la dentina y cubre la raíz del diente. Se extiende desde el contacto cemento-esmalte hasta el ápice. De esta forma el diente está suspendido en el hueso pero no tiene continuidad con él. La función primaria del cemento es anclar el diente al ligamento periodontal a través de fibras periodontales. Aunque el esmalte, la dentina y el cemento son todos calcificados y recuerdan al hueso, se diferencian de este en que son avasculares.

**El ligamento periodontal:**

Que es de tejido conectivo y fija el diente al hueso alveolar que lo rodea y a la encía, proporcionándole soporte, forma, nutrición y sensibilidad. Así mismo el hueso alveolar que lo abarca que forma la cuenca donde se aloja el diente. Este hueso es fino y poroso y se adhiere a las fibras principales del ligamento periodontal y a la encía.

**La encía:**

Es el tejido blando que rodea el diente. Normalmente de color rosado en contraste con el color más rojizo del resto de la superficie de la cavidad bucal. La encía está queratinizada y se aferra al cemento por un grupo de ligamentos fibrosos periodontales.

**2.2.3.3 Enfermedades Gingivales:**

Se incluye toda alteración patológica de cualquier origen, que ataque los tejidos periodontales, ella comprende las enfermedades gingivales y las manifestaciones periodontales de enfermedades sistémicas. Se llama enfermedad gingival a las alteraciones patológicas de la gingiva, en su enorme mayoría son de tipo inflamatorio y evolución hacia una enfermedad periodontal, la cual se caracteriza por inflamación con bolsas periodontales que llevan a la pérdida del hueso alveolar y eventualmente al diente. Del mismo modo la inflamación de la gingiva, forma más común de enfermedad gingival, produce una gingivitis crónica. Esta gingivitis puede permanecer estacionaria por periodos indefinidos o puede, a veces con rapidez,

evolucionar hacia una destrucción de los tejidos de soporte (periodontitis). Además incluye las siguientes condiciones:

- Gingivitis ulcero necrotizante aguda, asociada o no con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- Gingivostomatitis herpética.
- Gingivitis alérgica (granuloma plasmocitario).
- Lesiones gingivales asociadas con enfermedades dermatológicas como liquen plano, pénfigo y lesiones penfigoides, eritema multiforme y otros.
- Gingivitis de origen bacteriano pero modificado por factores sistémicos.
- Agrandamiento gingival, como resultado de la administración de fármacos como fenitoína, ciclosporina, nifedipina, verapamin y otros.

### **Gingivitis:**

Carranza, (2007). Un proceso inflamatorio microbiano localizado en el tejido gingival. La placa y el cálculo, que van acumulándose progresivamente en el margen gingival, provocan una irritación del tejido local con posterior inflamación. Los dos primeros síntomas de la inflamación gingival, que preceden al establecimiento de la gingivitis, son el aumento del fluido gingival y la hemorragia al sondaje. Por otra parte existen una serie de procesos sistémicos que pueden favorecer la aparición de gingivitis a lo largo de su evolución: inmunodeficiencias, neoplasias, alteraciones endocrinas como diabetes e hipotiroidismo, leucemias. La ingesta prolongada de determinados fármacos puede favorecer la inflamación gingival: anticonceptivos orales, antagonistas del calcio, antipiréticos, anticonvulsivos, antihipertensivos, etc.

### **2.2.3.4 Enfermedad Periodontal:**

Carranza, (2001). La enfermedad periodontal es la causa del 50% de la pérdida dental total después de los 15 años de edad. Después de los 35 años son más los dientes que se pierden por enfermedad periodontal que por caries. A pesar de ello, a diferencia de la caries y la enfermedad periodontal es la gran desconocida y es detectada por el paciente cuando se encuentra en estado avanzado. Es prioritario

reconocer sus primeros síntomas, que son inflamación y dolor de las encías o sangrado al cepillar los dientes, para derivar su tratamiento al odontólogo. Se trata de un proceso crónico, de origen inflamatorio, que afecta a las estructuras de soporte del diente (periodonto). Incluye un grupo de cuadros clínicos entre los que se encuentran la gingivitis y la periodontitis.

Entre sus factores etiológicos destacan:

- La placa, como factor primario. Existe una probada relación entre la mala higiene bucal y la aparición de la enfermedad gingival y periodontal.
- La nutrición, como factor secundario. La enfermedad se asocia con déficit de vitamina A, B, C, D, calcio y fósforo.
- Hábitos como el tabaco. Está ampliamente documentado el hecho de que la placa bacteriana es el agente etiológico en la mayoría de las formas de la enfermedad periodontal. Sin embargo, la naturaleza exacta de la flora bacteriana sulcular asociada con la salud y enfermedad periodontal no ha sido todavía determinada.

### **Periodontitis:**

Carranza, (2007). La periodontitis se produce por la extensión de la inflamación iniciada en la encía hacia los tejidos periodontales de soporte. Si en el borde gingival existe gran acumulación de cálculo, se forma la bolsa periodontal, que es una profundización patológica del surco gingival y la progresión de la bolsa conduce a la destrucción de los tejidos periodontales de soporte. Se produce una destrucción irreversible del hueso alveolar y del ligamento periodontal.

### **Periodontitis crónica:**

Los signos clínicos característicos de la periodontitis incluyen pérdida de inserción clínica, pérdida de hueso alveolar, formación de bolsas periodontales e inflamación gingival. A esto se puede asociar un sobre crecimiento o recesión gingival, sangrado al sondaje, movilidad dentaria aumentada, supuración, pudiendo

llegar a la pérdida dentaria. En los casos de periodontitis crónica la infección progresa de forma continua o en picos de actividad.

**Según su extensión puede clasificarse en:**

- Localizada, si están afectadas menos de un 30% de las localizaciones.
- Generalizada, si más del 30% de las localizaciones están afectadas.
- Según su severidad se define:
  - Periodontitis suave: cuando las pérdidas de inserción clínica son de 1 a 2 mm.
  - Periodontitis moderada: si las pérdidas de inserción se encuentran entre 3 y 4 mm.
  - Periodontitis severa: ante pérdidas de inserción clínica mayor o iguales a 5 mm.

**Periodontitis agresiva:**

La presencia de la infección periodontal son clínicamente sanos, rápida pérdida de inserción y destrucción ósea y antecedentes familiares. Otros rasgos que también se presentan de forma general pero no universal son: cantidad de depósitos microbianos inconsistentes con la severidad de destrucción tisular presente, proporciones elevadas de *Actinobacillus*, *Actinomycetemcomitans* o por *Phyromonasgingivalis*, anomalías en los fagocitos, fenotipo de macrófagos con hiperrespuesta con niveles elevados de prostaglandina e interleuquina-1 $\beta$ , la progresión de pérdida ósea y de inserción puede ser llamativa.

Existen dos formas de periodontitis agresivas: Localizada, de inicio circumpuberal y con una respuesta elevada de anticuerpos frente a los agentes infecciosos, clínicamente se caracterizan por pérdidas de inserción interproximal en primeros molares e incisivos o al menos en dos dientes permanentes, uno de los cuales es un primer molar y no incluye más de dos dientes que no sean primeros molares e incisivos. Generalizada. Se suele presentar en pacientes menores de 30 años, pero puede aparecer en edades superiores. La respuesta de anticuerpos es pobre

Existen episodios de pérdida de inserción, que afecta a tres dientes permanentes diferentes de primeros molares e incisivos.

#### **Enfermedades periodontales necrotizantes:**

La gingivitis ulcerativa necrotizante (GUN) se diferencia del resto de las enfermedades gingivales por presentar necrosis interdental gingival, con papilas ulceradas, sangrado gingival y dolor. Este dolor es la principal característica de esta entidad y su elevada intensidad lleva al paciente a buscar tratamiento. Otros signos y síntomas también asociados a la GUN, aunque no patognomónicos, son la presencia de linfadenopatías, fiebre, halitosis y malestar general. Los episodios se resuelven en unos días tras recibir el tratamiento adecuado.

Existen una serie de factores que predisponen la aparición de esta infección tales como el estrés, la inmunosupresión, la malnutrición, el tabaco, traumatismo, o la existencia de una gingivitis previa. Por otra parte la periodontitis ulcerativa necrotizante (PUN) es una infección caracterizada por una necrosis del tejido gingival, del ligamento periodontal y del hueso alveolar. Suele presentarse en sujetos con condiciones sistémicas que conduzcan a un estado de inmunosupresión. Puede ser que la GUN y la PUN sean dos estados diferentes de la misma infección y aún no existen suficientes datos para separar ambas entidades en dos categorías diferentes. La única diferencia entre ambas se basa en que la GUN se limita a la encía, mientras que la PUN incluye todo el aparato de inserción.

#### **Abscesos periodontales:**

Es una infección purulenta localizada en los tejidos periodontales que puede ser una manifestación clínica en pacientes con periodontitis moderada o severa. Se caracterizan por inflamación, supuración, enrojecimiento, extrusión del diente implicado y diente sensible a la percusión. A veces aparece una ligera elevación de la temperatura. Los abscesos pueden ser clasificados en:

- **Absceso gingival:** Lesión localizada, dolorosa, rápidamente expansiva que afecta al margen gingival o a la papila interdental. Suele ser una respuesta inflamatoria aguda de la encía a un cuerpo extraño introducido en la encía.
- **Absceso periodontal:** Acumulación localizada de pus en la pared gingival de una bolsa periodontal que origina la destrucción de la inserción de fibras colágenas y la pérdida del hueso alveolar adyacente. Suele estar asociado a la existencia de bolsas periodontales tortuosas, furcas afectadas o defectos infra óseos.
- **Absceso peri coronal:** Acumulación localizada de pus sobre el tejido gingival que rodea la corona de un diente que no ha erupcionado completamente, generalmente en la zona del tercer molar inferior. El tejido gingival aparece rojo e inflamado y los pacientes pueden encontrar dificultades para tragar.

#### **Lesiones periodontales endodónticas:**

Las infecciones de origen periodontal o endodóntico pueden cursar con un incremento en la profundidad de sondaje de los dientes adyacentes, inflamación, sangrado al sondaje, supuración, formación de fístula, sensibilidad a la percusión, incremento en la movilidad del diente, pérdidas óseas angulares y dolor. Estos signos y síntomas suelen aparecer en periodontitis asociadas a placa que comienzan en el margen gingival y progresan apicalmente. Sin embargo, también pueden estar causadas por infecciones endodónticas que alcanzan al ligamento periodontal a través del foramen apical o a través de los canales laterales o accesorios y avanzan coronalmente. Existe una serie de factores relacionados con el diente que pueden predisponer a la aparición de enfermedades periodontales.

#### **2.2.3.5 Restauraciones en Mal Estado:**

Según el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Alicante (COEA) las restauraciones es una reconstrucción de una porción de diente, destruida, fracturada, desgastada o afectada irreversiblemente por patología, previa terapéutica de la misma y preparación dentaria apropiada. Tienen como objetivo detener la progresión de la

enfermedad cariosa y evitar que siga la destrucción del diente hasta su definitiva pérdida y devolverle al diente su forma natural (anatómica), su función y, si es posible, su estética, mediante el reemplazamiento de los tejidos perdidos o enfermos e irrecuperables, por materiales adecuados.

Estos materiales pueden ser metálicos (amalgama dental o el oro) o de coloración similar a los dientes (como las resinas compuestas o composites, los ionómeros o la porcelana): son las llamadas restauraciones dentocoloreadas y en ocasiones, la finalidad es estética. Cabe destacar que si esta restauración con estos materiales no posee la anatomía necesaria o no cubre las superficies adecuada esta presentará filtraciones o fracturas que afectara la unidad dentaria.

#### **2.2.3.6 Caries Dental:**

Zárate, R., (2007), define la caries dental como la pérdida de estructura del diente debida a una desmineralización de las estructuras duras que lo componen. La caries dental, es por lo tanto una enfermedad infecciosa, ya que es producida por microorganismos, multifactorial, debido a que deben coincidir varios elementos para que se produzca y en función de esta última característica, también es prevenible pues existen varios niveles dentro de su curso, en los cuales se puede intervenir. Cabe destacar que la caries es la primera causa de pérdida dentaria y que en el caso de los pacientes adultos mayores su ubicación es predominantemente a nivel radicular.

#### **2.2.4 Unidad Dentaria.**

##### **2.2.4.1 Traumatismo Dental:**

Según Vieira, (2014) define que los traumatismos dentales son las lesiones de los dientes y los tejidos blandos que se producen por una acción violenta en la cavidad bucal. Esta puede ser consecuencia de una infinidad de situaciones como golpes, caídas o la práctica de deporte y supone, igualmente, una infinidad de lesiones que pueden ir desde la fractura hasta la pérdida de uno o más dientes. Cabe destacar, que pueden afectar a todo tipo de personas, persiste más en los niños pequeños y jóvenes debido a la mayor actividad que tienen en sus vidas. Diversos estudios en

todo el mundo demuestran que la incidencia del trauma dental se ha incrementado en los últimos años debido a que en la época moderna han aumentado las actividades de los niños fuera de casa, dónde aparentemente hay más riesgo de sufrir traumas.

En la década de los 1970 Andreas concluyó que la mitad de los niños había sufrido un trauma dental antes de terminar la secundaria. Otras investigaciones más recientes disminuyen esta incidencia a un 10%, de entre los cuales están más afectados los hombres. Como hemos dicho, las causas de los traumatismos son muy variables y pueden ir desde la biología humana (patologías), actividades de todo tipo y accidentes de cualquier naturaleza.

#### **2.2.4.2 Ausencias Congénitas:**

Correa y García (2000), definen: es una anomalía caracterizada por la ausencia de dientes temporales y/o permanentes. Se ha designado con otros términos como oligodoncia e hipodoncia. La agenesia dental es una patología congénita que provoca la ausencia de uno o más dientes y que padece entre el 1% y el 3% de la población, por ello cada vez son más las personas que padecen este problema y que necesitan una solución. La agenesia dental no se debe a un mal cuidado dental. Aunque no se conoce la causa específica que provoca la aparición de la agenesia dental, se cree que puede estar relacionado con disturbios en la formación dentaria que da comienzo en el quinto mes de embarazo y durante el nacimiento. Se estudia la posibilidad de que este problema pueda ser hereditario, ya que en ocasiones se produce en diferentes miembros de una familia.

#### **2.2.4.3 Mal oclusión:**

González, (2018), plantea que son variaciones morfológicas dentofaciales capaces de afectar al estado de salud óptimo del aparato estomatognático en sus vertientes morfológica, funcional o estética, y que en función de su grado de desarrollo podrán o no estar asociadas a condiciones patológicas, la importancia de estas mal oclusiones radica en su prevalencia.

#### **2.2.5 Paciente Geriátrico:**

Según la OMS define que es una persona mayor de 65 años, presencia de pluripatología, tendencia a la cronicidad o incapacidad, Condicionantes mentales, Condicionantes sociales, Mayor necesidad de rehabilitación.

#### **2.2.5.1 Proceso de Envejecimiento:**

El envejecimiento es un proceso en el cual lo que es afectado en primer lugar no es la conducta cotidiana del organismo para con su medio, sino sus disponibilidades, sus facultades, sus posibilidades de enfrentarse con una situación insólita, ya sea de orden biológico, psicológico o social. La persona de edad avanzada es presa probable de las enfermedades agudas, que se agravan con facilidad, además, algunos padecimientos aceleran la involución. Al respecto, según Brian R. (2000), define el proceso del envejecimiento como aquel que:

Empieza desde el mismo momento de nacer y se inicia con un proceso continuo denominado senescencia que presenta una serie de modificaciones orgánicas y funcionales. Estas se manifiestan gradualmente a lo largo de la vida y con variaciones en su aparición según el medio ambiente en el que se desarrolle el individuo, sus condiciones y calidad de vida hasta terminar en la muerte.

Según este autor, el envejecimiento o senescencia es un conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes externos que inciden en el individuo. El envejecimiento de los organismos y particularmente el nuestro como especie humana, ha sido motivo de preocupación desde hace años.

Así mismo, el envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y del desarrollo socioeconómico aunque también es un reto para toda sociedad ya que debe adaptarse a esta nueva realidad. Por otra parte,

los caracteres externos del envejecimiento varían de una raza a otra, y de una persona a otra, con el envejecimiento, comienza una serie de procesos de deterioro progresivos de órganos y sus funciones asociadas. Muchas enfermedades, como ciertos tipos de demencia, enfermedades articulares, cardíacas y algunos tipos de cáncer han sido asociados al proceso de envejecimiento.

#### **2.2.5.2 Cambios a nivel bucal en Paciente Geriátrico:**

Según Koller y Hunt (2007) afirman que el tratamiento de los problemas bucales de los ancianos no depende del desarrollo de nuevas técnicas, sino del conocimiento de aspectos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vejez. Los cambios morfológicos y funcionales que tienen lugar en la cavidad bucal con la edad, forman parte del envejecimiento general del organismo, conociéndose que un número importante de ancianos presenta enfermedades en los tejidos de sostén y en el aparato estomatognático en general.

Por otra parte el investigador Ortega, (2000), afirma que los primeros signos de envejecimiento del aparato digestivo se observan en la cavidad bucal. Es importante indicar que algunos cambios bucales que ocurren en la edad son naturales, como cierto grado de oscurecimiento y desgaste de los dientes. En cambio otros, son resultado de la acción de enfermedades (periodontitis), de medicamentos (xerostomía) y efectos de factores socioculturales y económicos. En este sentido, los cambios bucales relacionados con la edad pueden tener 2 orígenes: como expresión del envejecimiento propiamente dicho o como consecuencia de factores internos fisiológicos que no provocan enfermedad, pero inducen a cambios bioquímicos funcionales y estructurales de la cavidad bucal.

Algunos de los más complejos y sofisticados de los movimientos humanos son realizados en la esfera oral. Los labios y la lengua realizan movimientos muy específicos que son modulados por un mecanismo de control neuromuscular. Los músculos masticatorios y de la piel pierden el 20 % de su eficacia al pasar de los 30 años a los 65 años. La musculatura facial pierde elasticidad y resistencia debido a la

deshidratación y a un aumento del tejido fibroso. La debilidad muscular es un aspecto reconocido en el envejecimiento fisiológico. El tejido muscular se atrofia lentamente y dicha involución se manifiesta por una fragilidad en aumento y por la dificultad progresiva para la ejecución del menor esfuerzo, con un descenso de la capacidad del trabajo muscular.

Se describen varios cambios como una prolongación del tiempo de contracción y la pérdida isométrica y dinámica de la tensión muscular. Estudios realizados han demostrado la pérdida de algunos elementos contráctiles y su desplazamiento por el tejido adiposo, resultando en una menor fuerza masticatoria en los adultos mayores. Quizás el cambio motor oral más frecuentemente reflejado en el anciano es el relacionado con la masticación. Los ancianos completamente desdentados tienen menor habilidad para adecuar los alimentos para su deglución, comparados con individuos más jóvenes, ya que tienden a dejar los alimentos triturados distribuidos en partículas de mayor tamaño

La deglución se caracteriza frecuentemente por mostrar una mayor duración en el tiempo de deglución de los alimentos, y en la realización de los movimientos innecesarios e inusuales. El habla es la función motora que parece resistir más la influencia del envejecimiento, se afecta casi imperceptiblemente, la xerostomía puede impedir también la pronunciación de palabras. Del mismo modo en la lengua podemos encontrar reducción del epitelio, atrofia de papilas con mayor afectación de las filiformes, menos en las gustativas en las papilas calciformes, agrandamiento varicoso nodular de venas en la superficie ventral de la lengua. Se produce con frecuencia una hipertrofia relacionada generalmente con el grado de desdentamiento en el paciente. Esto es el resultado de la transferencia de parte de la función masticatoria y fonética a la lengua.

En cuanto a la función salival, en las mujeres se nota más el cambio de la reducción de la velocidad del flujo salival después de la menopausia. La disminución del flujo salival afecta fonéticamente y puede hacer difícil la deglución de grandes

porciones de alimentos. Para algunos investigadores, es producto de el envejecimiento o por medicamentos (antihipertensivos, anticolinérgicos, antiparkinsonianos, psicotrópicos y sedantes).

Otros autores como Scott, (2001) han descrito la existencia de cambios morfológicos glandulares, cuyo tejido es remplazado por tejido adiposo o conectivo. En conclusión, si el flujo salival se reduce con la edad, esto puede ser escaso y de insignificancia clínica, por lo que cuando un paciente geriátrico presenta síntomas de xerostomía, no debe considerarse consecuencia del proceso de envejecimiento, sino que es necesario valorar su estado general, oral y farmacológico para diagnosticar la causa de la hipofunción salival.

Del mismo modo los dientes cambian de tamaño, posición, forma y color por modificación de los propios tejidos dentarios (por aumento o disminución de sustancias inorgánicas y orgánicas, esclerosamiento, neoformación tisular, etc.) y por acción del medio bucal (atrición, erosión, caries, pérdida de dientes, enfermedad periodontal y otros). También debido al tipo de dieta, hábitos, dureza y posición que presentan, lo que conlleva a una pérdida en numerosas ocasiones de la dimensión vertical y determina una protrusión mandibular. Los túbulos dentinarios se mineralizan, en la pulpa es afectada la calidad de los vasos sanguíneos por el proceso de envejecimiento, disminuyendo de volumen y tamaño. El depósito de cemento continúa toda la vida y es menor cerca de la unión amelodentinaria y mayor en apical, aunque más grueso, tiene mayor susceptibilidad a las lesiones cariosas.

Por el cual en el hueso alveolar se presenta remodelación constante en relación a las fuerzas oclusales. Al reducirse las fuerzas oclusales, el hueso alveolar es reabsorbido disminuyendo su altura y grosor de las trabéculas, también podemos encontrar un adelgazamiento de la cortical con incremento de la porosidad, produciéndose esclerosis ósea, consecuencia de una mayor mineralización de la estructura ósea, que incrementa la dureza y disminuye la elasticidad, con probabilidad

de fractura. Esto explica el relativo aumento de la densidad radiográfica en los pacientes de edad avanzada

Por tal motivo el periodonto puede reaccionar al proceso de envejecimiento de 2 formas: si existe poca higiene bucal el acúmulo de placa dentobacteriana provoca gingivitis y con el tiempo, en los pacientes susceptibles, retracción gingival a nivel de cuello del diente, descubriendo el cemento, y por lo tanto, disminuye la resistencia a la caries. En las encías ocurre la pérdida del punteado, aspecto fibroso, delgadez o falta de la capa queratinizada.

Por otra parte en la mucosa bucal existe atrofia de epitelio, disminución de la queratinización, disminución de la cantidad de células en tejido conectivo, aumento de sustancias intercelular y descenso del consumo de oxígeno; la falta de elasticidad con resequedad y atrofia, tiende a la hiperqueratosis. Experimenta cambios relacionados con factores locales adquiridos a lo largo de la vida como la dieta, el hábito de fumar, el alcoholismo y la prótesis, volviéndose más delgada, lisa y seca, tornándose permeable a sustancias nocivas y más propensas a daños mecánicos. Así mismo se puede hablar de los labios en donde es muy común la queilitis comisura relacionada por deficiencias de vitaminas del complejo B y mordedura cerrada a causa de deshidratación.

### **2.2.5.3 Factores bucales que afecta al Paciente Geriátrico:**

Según Alfonso, Ríos, y Urania, (1998), describen lo importante que es recordar que cada persona es un individuo con sus propias circunstancias particulares. Los cambios bucales descritos pueden estar presentes o no durante el envejecimiento, lo que depende de diversos factores genéticos: hereditarios, orgánicos y ambientales, nutricionales, económicos y sociales. Entre las enfermedades sistémicas se encuentran las enfermedades cerebrovasculares que producen disfagia, atrofia muscular y sangramientos. La diabetes mellitus predispone a las infecciones, al favorecer los cambios de la glucosa la proliferación bacteriana, siendo frecuentes los abscesos periodontales y xerostomía.

Los malos hábitos alimenticios no solo son causantes de patologías orgánicas, sistémicas, endocrinas o metabólicas, sino que también producen alteraciones en la cavidad bucal. Una dieta equilibrada que contenga los nutrientes esenciales para el buen funcionamiento del organismo, es importante para el mantenimiento de la salud bucal. Es necesario conocer que no es solo lo que comemos, el tipo de alimentos que ingerimos, sino también cómo lo hacemos, ya que malos hábitos masticatorios también pueden ser causantes de alteraciones bucales.

Los factores socioeconómicos y sociales también presentan gran influencia en la salud bucal. Nuestro país se ha caracterizado por contar con un sistema de salud pública que cubre todas las necesidades en materia de salud de nuestra población, ha tenido que enfrentar serias dificultades económicas desde el derrumbe del campo socialista, lo que inevitablemente repercutió y aún lo hace, en menor medida, en las posibilidades de brindar servicio especializado a nuestra población, la escasez de algunos medicamentos y materiales estomatológicos, la prioridad que se le brindó a los servicios de urgencias y el desconocimiento por parte de la población de la importancia de la permanencia de los dientes, que son algunos de los factores que han incidido en la pérdida de las piezas dentales, lo que trae como resultados cambios en la estructura esquelética con el consecuente deterioro facial.

#### **2.2.5.4 Atención y Prevención Odontológica:**

El ser humano pasa por distintas etapas durante su desarrollo y dentro de los cuales sufre muchos cambios tanto a nivel físico como psicológico. Los adultos mayores tienen características propias, sistémicas, farmacológicas, nutricionales, psicológicas, económicas, sociales, odontológicas, etc. Que complican su evaluación. Según Hazel, (2014), la cavidad oral es la ventana de la salud del cuerpo que refleja indicios y síntomas de salud y/o enfermedad, incluso algunas enfermedades que afectan el organismo en su conjunto pueden tener su primera manifestación en la cavidad oral. La atención primaria en el paciente adulto mayor debe ser enfocada hacia la educación del cuidador y del paciente con respecto a:

- Técnicas de cepillado dental.
- Diferentes técnicas de control de la placa bacteriana.
- Cuidado y uso correcto de prótesis dentales.
- Aplicación de flúor y prevención de caries radicular, prevención y detección de cáncer oro facial.
- Prevención de afecciones de la articulación temporomandibular.
- Programación de citas de acuerdo a la patología sistémica (los pacientes con cardiopatías deben citarse más frecuentemente).

### **.Definición de Términos.**

En relación a la definición de Términos Básicos, Arias (2008), sostiene que “Consiste en dar el significado preciso y según el contexto a los conceptos principales, expresiones o variables involucrados en el problema y en los objetivos formulados” (p.96). Entre los principales términos básicos que se emplearon en la presente investigación se pueden mencionar:

**Adulto mayor:** Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), define el adulto mayor como toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y 60 para los países subdesarrollados, entonces decimos que el adulto mayor se considera después de los 60 años, esto va ligado con los cambios morfológicos y fisiológicos del organismo y también el deterioro de la productividad laboral. Otro concepto clave es el que da la OMS, organización mundial de salud, que dice que toda persona se considera sana siempre y cuando estén en óptimas condiciones, físicas, morfologías y psicologías.

**Abrasión:** El término “abrasión dental” se conoce como el desgaste de las piezas dentales, el cual es producido por el roce con materiales ajenos al aparato estomatognático, los cuales son denominados abrasivos, que no constituyen parte de la dieta. La localización de dichos desgastes suele ser variada, ya que es en función de los distintos agentes abrasivos que lo hayan podido causar. La magnitud de las abrasiones así como la rapidez de instaurarse dependerá asimismo de la repetición en

el uso del abrasivo, de la fuerza con la que es aplicado y de la dureza de los mismos. Vieira, D, (2015).

**Atrición:** La atrición dental es una alteración que cursa con pérdida en la estructura dentaria, es decir, un desgaste dental causada por un proceso que no es cariogénico. Aragüeña (2013).

**Ausencia:** Según Pérez, y Merino (2012), ausencia es la acción y efecto de ausentarse o de estar ausente. El verbo ausentar, por su parte, refiere a hacer que alguien se aleje de un lugar, hacer desaparecer algo o separarse de un sitio. La ausencia implica falta, carencia, y puede ser definitiva para siempre o temporaria.

**Caries Dental:** es una enfermedad multifactorial, que comprende la interacción de factores del huésped, la dieta, el tiempo y la placa dental.

**Edad Dental:** está basada en los estados del desarrollo de la dentición y los fenómenos que suceden después de su madurez. La edad dental puede determinarse por los cambios que ocurren a través de toda la vida.

**Maloclusión dentaria:** Señala Luzón (2011), que malposición de los dientes consiste en una desviación de la correcta oclusión (o cierre) dental. Una de las funciones más importantes de la boca es la masticación, para la cual es muy importante que exista un adecuado contacto entre las arcadas dentarias superior e inferior.

**Necrosis pulpar:** es la muerte pulpar de los dientes permanentes con pérdida de su estructura como consecuencia final de un proceso patológico en el cual la pulpa no puede reintegrarse a la normalidad por no tener capacidad de reacción. Luzón (2011).

**Oclusión dental:** es la relación entre las superficies masticatorias de los dientes de la arcada superior con la inferior al hacer contacto en el momento del cierre. Luzón (2011).

**Prevención:** La prevención, por la tanto, es la disposición que se hace de forma anticipada para minimizar un riesgo. El objetivo de prevenir es lograr que un perjuicio eventual no se concrete. Esto se puede apreciar en los dichos populares “más vale prevenir que curar” y “mejor prevenir que curar”. Puesto en otras palabras,

si una persona toma prevenciones para evitar enfermedades, minimizará las probabilidades de tener problemas de salud. Por lo tanto, es mejor invertir en prevención que en un tratamiento paliativo. Pérez y Gardey. Publicado: 2010.

## **2.4 BASES LEGALES**

La odontología en Venezuela se encuentra apoyada por un conjunto de leyes, para la presente investigación tiene como fundamentación legal la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, El Código de Deontología Odontológica y la Ley del Ejercicio de la Odontología.

### **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela**

**Artículo 83:** La salud es un derecho social fundamental, obligación del estado, que lo garantizara como parte del derecho de la vida. El estado promoverá y desarrollara políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la república.

**Artículo 84:** Para garantizar el derecho a la salud el estado creara, ejercerá la rectoría y gestionara un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integro al sistema de seguridad social, regidos por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público

nacional de salud dará prioridad a la promoción de salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son prioridad del estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la forma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

### **Código de Deontología Odontológica**

#### **CAPITULO I Del Ejercicio de la Odontología:**

**Artículo 2.** Se entiende por ejercicio de la odontología la prestación de servicios encaminados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, deformaciones y accidentes traumáticos de la boca y de los órganos o regiones anatómicas que la limitan o comprenden. Tales intervenciones constituyen actos propios de los profesionales legalmente autorizados, quienes podrán delegar en sus auxiliares aquellas intervenciones claramente determinadas en esta Ley su Reglamento.

#### **Capitulo Primero, De los deberes generales de los odontólogos**

**Artículo 1:** El respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud, como componentes del desarrollo y bienestar social y su proyección efectiva a la comunidad, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del Odontólogo.

**Artículo 2:** El Profesional de la Odontología está en la obligación de mantenerse informado y actualizado en los avances del conocimiento científico. La actitud contraria no es ética, ya que limita en alto grado su capacidad para suministrar la atención en salud integral requerida.

### **Capítulo Segundo, De los Deberes hacia los Pacientes**

**Artículo 17:** El Profesional de la Odontología debe prestar debida atención a la elaboración del diagnóstico, recurriendo a los procedimientos científicos a su alcance y debe asimismo procurar por todos los medios que sus indicaciones terapéuticas se cumplan.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

Este capítulo está compuesto, por el agregado de todos los pasos a seguir durante el proceso de la investigación, referente a la investigación determinar la prevalencia de los factores estimulantes de la ausencia dentaria en pacientes geriátricos que se encuentran reclusos en el geriátrico Hogar San José de Mañongo. El marco metodológico es definido por Balestrini (2006) como:

El conjunto de procedimientos lógicos, tecno-operacionales implícitos en todo proceso de investigación, con el objeto de ponerlos de manifiesto y sistematizarlos; a propósito de permitir descubrir y analizar los supuestos del estudio y de reconstruir los datos, a partir de los conceptos teóricos convencionalmente operacionalizados. (p.125).

Por las consideraciones anteriores, se puede decir que es el cómo se realizará el estudio para responder al problema planteado, de modo que el marco metodológico, se refiere al plan básico que debe seguirse para realizar la investigación, en él se contempla el tipo de investigación, el diseño de la misma y las técnicas e instrumentos de recolección de datos, población y muestra, así como también la técnica de análisis de datos. Según lo anterior expuesto, no es más que la orientación sobre la clase de estudio que se ha escogido realizar y así se determinarán las formas y particularidades con las cuales debe recolectarse la información para llevarlo a cabo y de igual forma también la manera de recolectar y presentar datos.

#### **3.1 Diseño y Tipo de la Investigación.**

##### **3.1.1. Diseño de la Investigación:**

En relación al diseño en esta investigación será de campo, en tal sentido, este tipo de diseño, es más que la recolección de datos por parte de las investigadoras, justamente en el área donde se desenvuelve o desarrolla el estudio; es decir, interactúa con el

contexto donde se ha establecido y a su vez, cabe destacar, que no se debe en ningún momento manipular la información obtenida, para la presente los datos e información se recolectaron de los pacientes en geriátricos que se encuentran recluidos en el geriátrico Hogar San José de Mañongo. Tal como lo refiere diseño de campo y documental, en este sentido, por su parte Arias (2006), que la describe como:

Aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurran los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna, es decir, el investigador obtiene la información pero no altera las condiciones existentes. (p.31).

Por otro lado, se apoyará en un diseño documental ya que se recolectan datos de fuentes primarias como libros, revistas e investigaciones anteriores, al respecto Arias (2006) señala que el diseño documental “es aquella que se basa en la obtención y análisis de datos provenientes de materiales impresos u otros tipos de documentos” (p.47).

### **3.1.2. Tipo de Investigación:**

Según Palella y Martins (2010), el tipo de investigación se refiere a “la clase de estudio que se va a realizar. Orienta sobre la finalidad general del estudio y sobre la manera de recoger las informaciones o datos necesarios”(p.97). La presente investigación tuvo como propósito determinar la prevalencia de los factores estimulantes de la ausencia dentaria en pacientes geriátricos que se encuentran recluidos en el geriátrico Hogar San José de Mañongo. En este sentido, el presente trabajo de investigación es de tipo no experimental transeccional según McLaren (2014), señala que “se describirán la relación entre varios conceptos en momentos determinados” (p.14)

### **3.2. Nivel de la Investigación.**

Se considerará conveniente enfocarlo desde el punto de vista de nivel descriptivo, ya que de esta manera se podrá medir de forma independiente aspectos o

componentes con el fin de establecer su prevalencia. Tal como lo expresan Hernández, Fernández y Baptista (2010), los estudios descriptivos “miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar” (p.60). Es decir, que este tipo de investigación indaga minuciosamente e interpreta la realidad. Mediante este estudio, se tomarán en cuenta una serie de argumentos, los cuales serán evaluados cada uno de manera independiente, con la finalidad de describir lo que se pretende investigar.

### **3.3. Población y Muestra.**

#### **3.3.1. Población:**

Luego de haber precisado claramente el problema y los objetivos de investigación se procedió a delimitar la población a ser estudiada y sobre la cual se van a generalizar los resultados. Así, una población, según Palella y Martins (2010) “es el conjunto de todas las cosas que concuerdan con una serie de especificaciones” (p.96), es decir, que la población está determinada por la totalidad de los pacientes geriátricos que se encuentran en el Hogar San José de Mañongo.

#### **3.3.2. Muestra:**

Parafraseando a Tamayo y Tamayo (2009), es un conjunto representativo de la población, refleja las características que definen la población de la cual fue extraída, lo cual indica que es representativa. De igual forma, Hernández, Fernández y Baptista (2010), la define como “un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en características al que llamamos población”. (p. 207). Por lo tanto, la muestra está compuesta por los pacientes que cumplen el criterio muestral para su selección, los pacientes geriátricos que se encuentran en el geriátrico Hogar San José de Mañongo.

### **3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información.**

#### **3.4.1. Técnicas:**

Para cumplir a cabalidad con los objetivos de la investigación, fue necesario acudir a la utilización de técnicas e instrumentos metodológicos, que permitirán

recopilar la información y analizar la misma correctamente. En tal sentido, Balestrini (2006), establece que la técnica de recolección de datos:

Trata de introducir en primer término, aquellas técnicas relacionadas con el análisis documental de las fuentes bibliográficas, que al mismo tiempo facilitarán la redacción del trabajo escrito. Que estamos haciendo referencia a investigaciones que introducen un diseño de campo, necesariamente se debe situar, aquellas técnicas denominadas vivas o de relaciones individuales o grupo y que se dedican a la observación de la realidad, exigen respuestas directa de los sujetos estudiados, donde a partir de una muestra de individuos; representativa de un colectivo mucho más grande empleando procedimientos estandarizados, se interrogan a las personas en entrevistas orales o por escrito con el uso de encuestas, entrevistas, cuestionario o las medidas de actitudes. (p. 89)

Las técnicas de recolección de datos son los procedimientos que se utilizarán durante el proceso de la investigación, con la finalidad de conseguir la información necesaria de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación, en referencia a las técnicas se utilizará: la encuesta y la observación directa.

#### **3.4.2. Instrumentos:**

Por su parte Palella y Martins (2010), se refieren al instrumento de recolección de datos como, “el recurso del cual pueda valerse el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información, mediante una serie de ítems que no son otra cosa que los indicadores expresados en forma de pregunta” (p.137). A fin de analizar la recolección de información para dar respuesta a los objetivos planteados se seleccionó el cuestionario, al cual Balestrini (2005), acota lo siguiente:

Es considerado un medio de comunicación escrito y básico entre el encuestador y el encuestado, facilita traducir los

objetivos y las variables de la investigación a través de una serie de preguntas muy particulares previamente preparadas de una forma cuidadosa, susceptibles de analizarse en relación con el problema estudiado. (p.45).

En el caso específico de esta investigación, se utilizó como instrumento el cuestionario estructurado con preguntas de respuestas dicotómicas, este tipo de instrumento es señalado por Hernández, Fernández y Baptista (2008) de la siguiente forma: “este tipo de cuestionario, los encuestados contestaron en forma afirmativa y negativa, según el criterio de la persona encuestada”. (p. 341).

Para realizar la presente investigación se obtuvieron los datos directo mediante una encuesta y una guía de observación, específicamente de los adultos mayores que se encuentra recluidos en el Hogar San Jose Mañongo del estado Carabobo en el cual se pudieron obtener datos importantes que nos den un buen aporte para los objetivos, variables y dimensiones de estudio.

## CAPITULO IV

### ANÁLISIS Y RESULTADOS

Según Hurtado J. (2000) “El propósito del análisis es aplicar un conjunto de estrategias y técnicas que le permiten al investigador obtener el conocimiento que estaba buscando, a partir del adecuado tratamiento de los datos recogidos.” (Pág. 181).

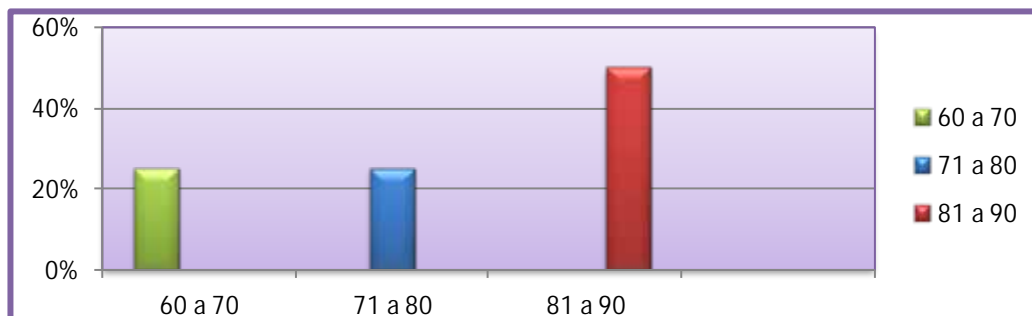
Una vez recolectados los datos mediante la encuesta tipo abierta que se le realizó a los pacientes geriátricos que se encuentran recluidos en el Hogar San José Mañongo, se procedió a realizar mediante la estadística descriptiva, técnica en la cual los datos son clasificados y distribuidos de acuerdo a los objetivos y variables de estudio para luego describir a través de la interpretación y el análisis de cada una de las graficas que arrojan los resultados que se obtuvieron de dicha encuesta.

#### 4.1 Tablas de los resultados

**Tabla N°1. Frecuencia relativa de las edades de los pacientes recluidos en el geriátrico Hogar San José Mañongo**

Edades	N°	%
60 a 70	15	25%
71 a 80	15	25%
81 a 90	30	50%

**Gráfico N° 1. Distribución porcentual por edades de los pacientes geriátricos residentes en el Hogar san José Mañongo .**



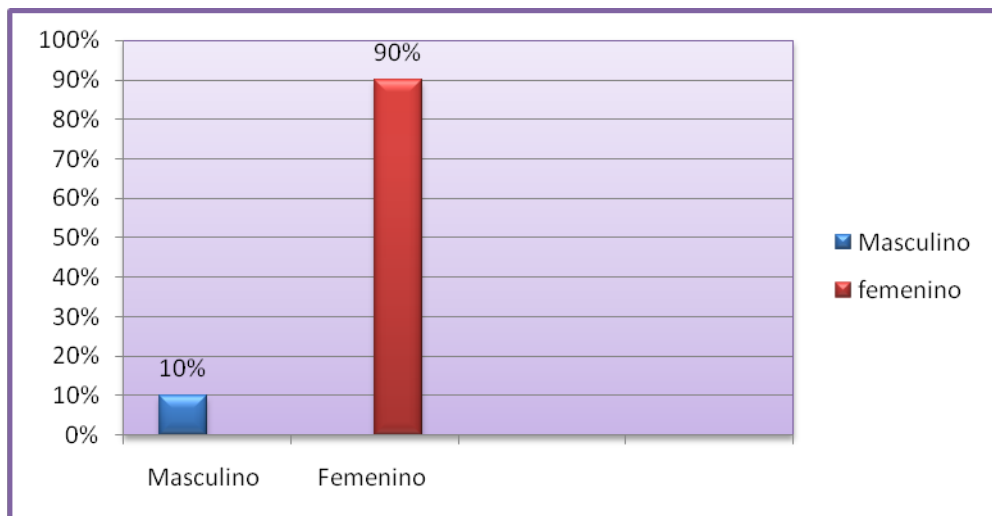
**Fuentes:** Rivas y Gómez 2018

Según la OMS define que es una persona mayor de 65 años, por tal motivos nos enfocamos en las personas mayores de 60 años donde los resultados de estas gráficas demuestran que los pacientes geriátricos recluidos en el Hogar San José Mañongo oscilan en edades de un 25% 60 a 70 años, otro 25% de 71 a 80 y un 50 % de 81 a 90 años

**Tabla N°2. Frecuencia relativa por sexo de los pacientes geriátricos que se encuentran recluidos en el hogar san José Mañongo**

Sexo	N°	%
Femenino	55	90%
Masculino	5	10%

**Gráfico N° 2. Distribución porcentual por sexo de los pacientes que se encuentra recluidos en el Hogar San José Mañongo**



**Fuentes:** Rivas y Gómez

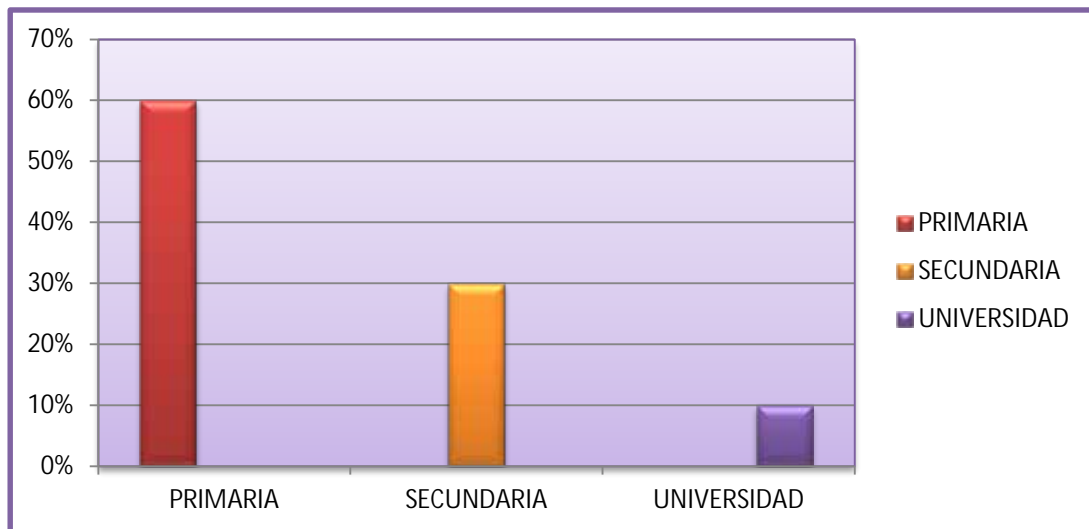
Los resultados indican que la mayor cantidad de residentes geriátricos que se encuentra recluidos en el Hogar San José Mañongo son de sexo femenino ya que en

la encuesta a dicha población arrojó un porcentaje de 90 % indicado al sexo femenino y un 10% al sexo masculino por ende la predominación es de sexo femenino.

**Tabla N°3. Nivel educativo de los pacientes geriátricos recluidos en el Hogar San José Mañongo.**

Nivel Educativo	N°	%
Primaria	35	60%
Secundaria	20	25%
Universidad	5	10%

**Gráfico N° 3. Nivel educativo de los pacientes geriátricos recluidos en el Hogar San José Mañongo.**



**Fuentes:** Rivas y Gómez 2018

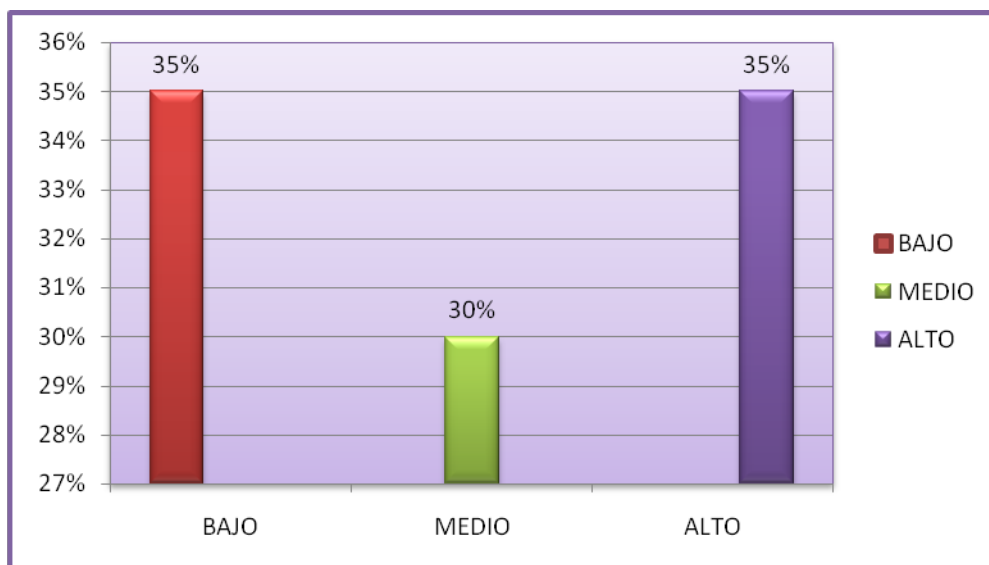
El análisis de los resultados indica que un 60 % de los pacientes geriátricos recluidos en el Hogar San José Mañongo posee estudios de primaria, un 30% indicó que llegó a secundaria ya que este nivel de estudio era como un estudio universitario en los años 60, 70 y 80 y un 10 % de población indicó que tenía estudios

universitarios, cabe destacar que los que indicaron que tenían estudios universitarios eran los más jóvenes.

**Tabla N°4. Frecuencia relativa del nivel socioeconómico de los pacientes geriátricos.**

Nivel Socioeconómico	N°	%
Bajo	21	35%
Medio	18	30%
Alto	21	35%

**Gráfico N° 4. Distribución porcentual del nivel socioeconómico de los pacientes geriátricos.**



**Fuentes: Rivas y Gómez 2018**

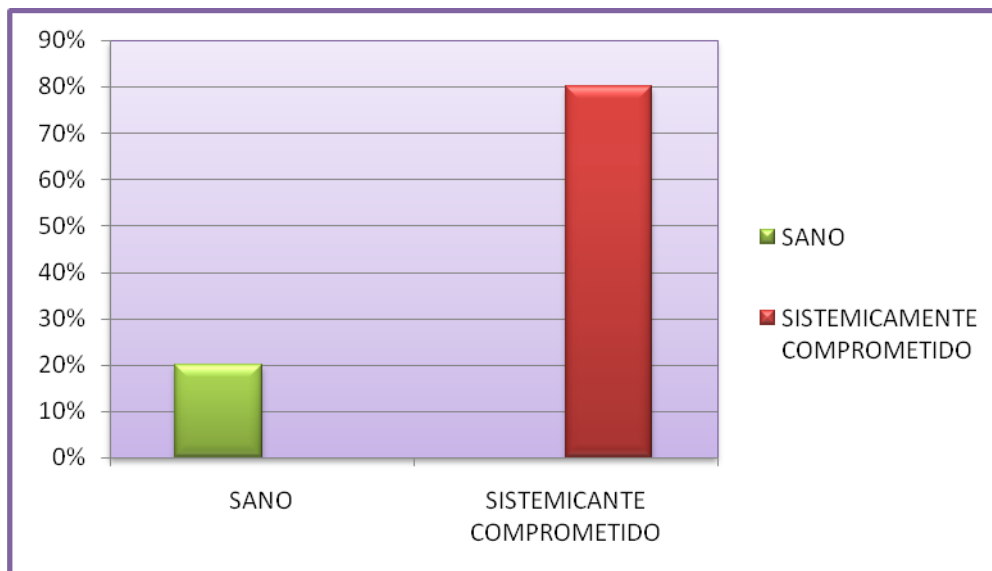
El análisis de la gráfica de la distribución porcentual del nivel socioeconómico de los pacientes geriátricos que se encuentran recluidos en el Hogar San José Mañongo arrojó un resultado de 35% de bajo nivel económico, un 30% de nivel económico medio y otro 35% de nivel alto estos resultados son casi exactos ya que

en esta entidad pública los pacientes están divididos en sectores según su nivel económico o estatus económico.

**Tabla N°5. Frecuencia porcentual del estado de salud, si se encuentra comprometido sistémicamente con alguna enfermedad.**

Estado de salud	N°	%
Sano	12	20%
Comprometido sistémicamente	48	80%

**Grafica N°5. Distribución porcentual del estado de salud, si se encuentra comprometido sistémicamente con alguna enfermedad.**



**Fuentes:** Rivas y Gómez 2018

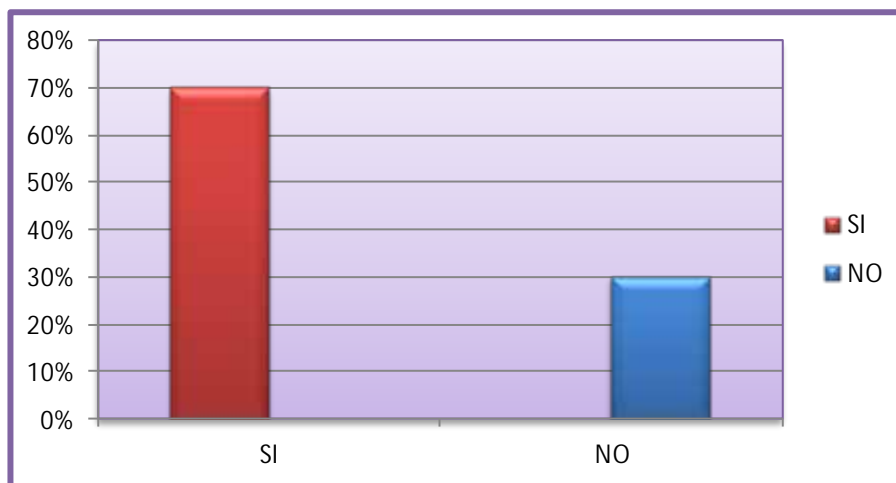
Según la distribución porcentual del estado de salud de los pacientes geriátricos que se encuentran recluidos en el Hogar San José Mañongo, los resultados arrojaron un 20% de los pacientes geriátricos se encuentra sano sistémicamente y el 80% de los pacientes geriátricos se encuentra comprometidos sistémicamente los que

nos indica que hay más prevalencia de enfermedades sistémicas en los pacientes geriátricos.

**Tabla N°6. Distribución porcentual de los pacientes geriátricos que se encuentran comprometidos sistémicamente y toma medicamentos.**

Toma medicamento	N°	%
Sí	20	30%
No	40	70%

**Gráfica N°6. Distribución porcentual de los pacientes geriátricos que se encuentran comprometidos sistémicamente y toman medicamentos.**



**Fuentes: Rivas y Gómez 2018**

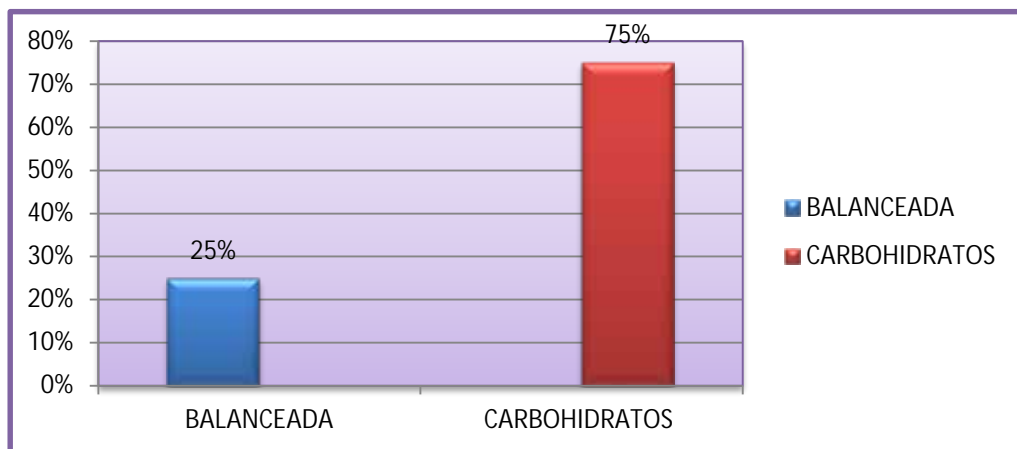
Según los resultados arrojados en las gráficas de la distribución porcentual de los pacientes geriátricos que se encuentran comprometidos sistémicamente y toman medicamentos se puede notar que el 70 % de la población que se encuentra comprometido sistémicamente toma medicamentos pero el 30 % de los pacientes no

toma medicamentos; esos nos indica que alguno de los pacientes que se encuentra comprometido sistémicamente no está tomando medicamentos.

**Tabla N° 7. Dieta de los pacientes geriátricos que se encuentran recluidos en el Hogar San José Mañongo.**

Dieta	N°	%
Balanceada	15	25%
Rica en Carbohidratos	45	75%

**Gráfica N°7. Dieta que adquieren los pacientes geriátricos que se encuentra recluidos en el Hogar San José Mañongo**



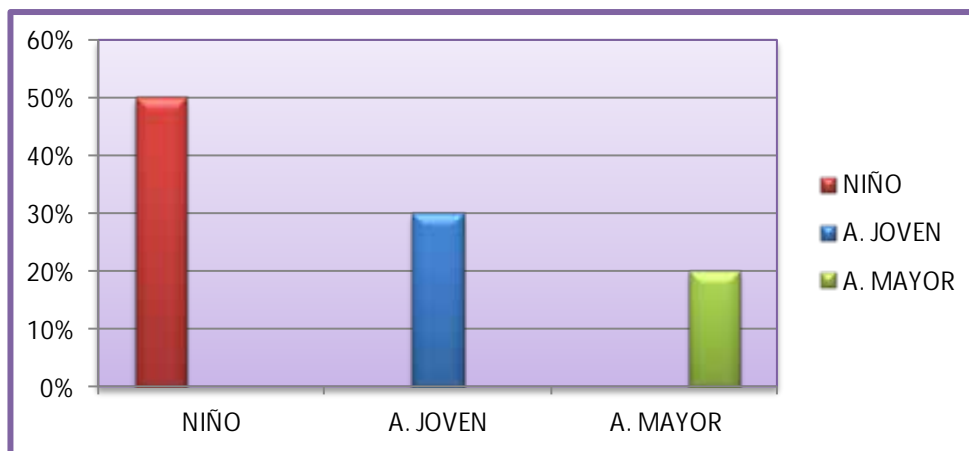
**Fuentes:** Rivas y Gómez 2018

Según la encuesta realizada en el geriátrico Hogar San José Mañongo se pudo notar que el 25 % de los pacientes geriátricos recluidos en la misma entidad pública tiene una dieta balanceada debido a que sus familiares le llevan sus alimentos a la hora de la comida y el otro 75% que recibe los alimentos realizados en la entidad pública posee una dieta rica en carbohidratos.

**Tabla N°8. Distribución porcentual de las pérdidas dentarias de los pacientes geriátricos que se encuentran recluidos en el Hogar San José Mañongo.**

<b>Perdida Dentaria</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Niños</b>	<b>30</b>	<b>50%</b>
<b>Medio</b>	<b>18</b>	<b>30%</b>
<b>Alto</b>	<b>12</b>	<b>20%</b>

**Gráfica N°8. Distribución porcentual de las pérdidas dentarias de los pacientes geriátricos que se encuentran recluidos en el Hogar San José Mañongo.**



**Fuentes:** Rivas y Gómez 2018

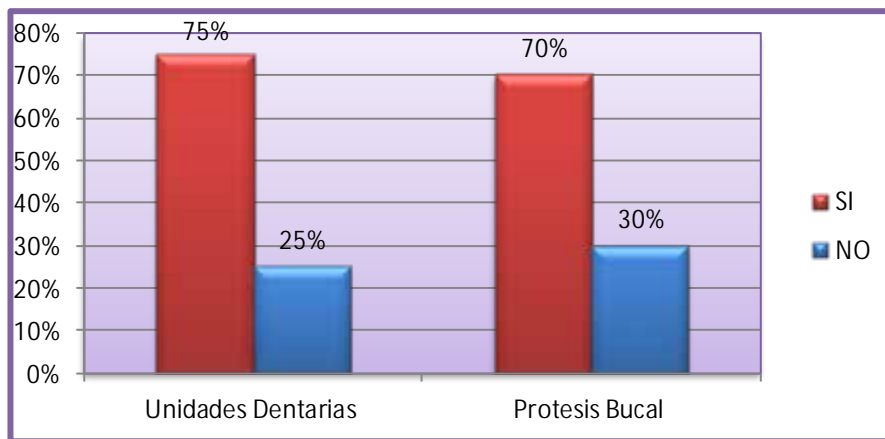
Según los resultados de las pérdidas dentarias de los pacientes geriátricos que se encuentran recluidos en el Hogar San José Mañongo, un 50 % de la población indicó que se habían extraído sus unidades dentarias cuando eran niños o cuando eran adolescentes por falta de conocimientos ya que en su época solo se iba al odontólogo cuando se tenía un dolor, esto lo indicaron las personas más avanzadas de edad, un 30 % de la población indicó que se había extraído sus unidades dentarias cuando era adulto joven ya que trataba de cuidarse sus dientes porque tenían miedo a quedarse

edéntulos, porque eran personas que habían cursado la secundaria y trabajan con público y un 20% indicó que perdieron sus unidades dentarias cuando eran adulto mayor, esto lo indicaron los pacientes más jóvenes, cabe destacar que la mayor prevalencia de pérdida dentaria era para los pacientes que eran de nivel económico alto.

**Tabla N° 9. Distribución porcentual de los pacientes geriátricos que se encuentran recluidos en el Hogar San José Mañongo si posee unidad dentaria en boca y si posee prótesis bucal.**

	Si	%	No	%	Total
<b>Unidades dentarias en boca</b>	<b>45</b>	<b>75%</b>	<b>15</b>	<b>25%</b>	100%
<b>Prótesis bucal</b>	<b>40</b>	<b>70%</b>	<b>20</b>	<b>30%</b>	100%

**Grafica N°9. Distribución porcentual de los pacientes geriátricos que se encuentran recluidos en el Hogar San José Mañongo si posee unidad dentaria en boca y si posee prótesis bucal.**



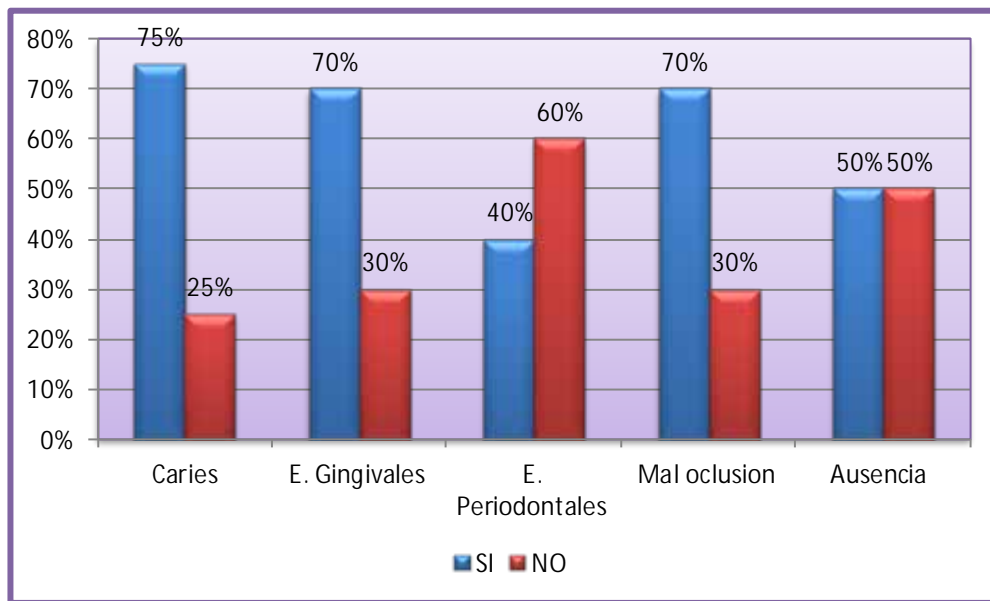
**Fuentes:** Rivas y Gómez 2018

Según la distribución porcentual de los pacientes geriátricos que se encuentran recluidos en el Hogar San José Mañongo, el 75 % de los resultados arroja que los pacientes todavía poseen unidades dentarias en bocas y el otro 25% de la población no posee unidades dentarias en bocas. Del mismo modo se pudo notar en la encuesta que un 70 % de la población si posee prótesis bucal y un 30% de la población no posee prótesis bucal, algunas personas no necesitan y porque está en mal estado y le ocasiona daño a su cavidad bucal

**Tabla N°10. Enfermedades bucales como caries, enfermedades gingivales, periodontales y mal oclusión de los pacientes geriátricos que se encuentran recluidos en el Hogar San José Mañongo.**

<b>Enfermedades bucales</b>	<b>Si</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>
<b>Caries</b>	<b>45</b>	<b>75%</b>	<b>15</b>	<b>25%</b>	<b>100%</b>
<b>Enfermedades gingivales</b>	<b>40</b>	<b>70%</b>	<b>20</b>	<b>30%</b>	<b>100%</b>
<b>Enfermedades Periodontales</b>	<b>25</b>	<b>40%</b>	<b>45</b>	<b>60%</b>	<b>100%</b>
<b>Mal oclusión</b>	<b>40</b>	<b>70%</b>	<b>20</b>	<b>30%</b>	<b>100%</b>
<b>Ausencia Dentaria</b>	<b>30</b>	<b>50%</b>	<b>30</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>

**Grafica N°10. Enfermedades bucales como son caries, enfermedades gingivales, periodontales y mal oclusión de los pacientes geriátricos que se encuentran recluidos en el Hogar San José Mañongo.**



**Fuentes:** Rivas y Gómez 2018

Según la guía de observación que se le realizó a los pacientes geriátricos, se pudo notar que el 75% de la población posee caries dentales y un 25% no posee, del mismo modo se observó si presentan enfermedades gingivales y un 70% indicó que sí presenta enfermedades gingivales ya que no tienen buena técnica de cepillado por la pérdida de motricidad, el otro 30% no presenta enfermedades gingivales, cabe destacar que solo 40% de la población presenta enfermedades periodontales y un 60% no presenta enfermedades periodontales. Asimismo se pudo notar que el 70% de la población presenta mal oclusión por la pérdida de unidades dentarias y un 30% no puede observarse con exactitud por usar prótesis totales. Finalmente se observó la ausencia dentaria y el 75% presenta pérdida de unidades dentarias y edentulismo y un 25% todavía posee todas las unidades en boca.

## **CAPÍTULO V**

### **Conclusión y recomendaciones**

#### **5.1 Conclusión**

Los problemas de salud bucal en los adultos mayores son de gran importancia, ya que en esta etapa de la vida, su calidad y su forma de vivir es diferente, por tal motivo tienden a tener mayor riesgo a sufrir múltiples enfermedades bucales, con consecuencias más severas y complejas que requieren de tratamiento especializado, las enfermedades bucales de dichas personas son por múltiples factores, ya sea por enfermedades sistémicas, enfermedades neurológicas, la ingesta excesiva de medicamentos, la dieta, por la disminución de su ritmo metabólico, pérdida de motricidad, etc.

La ausencia dentaria en las personas adultas es un sinónimo de depresión, ya que se dan cuenta del daño causado cuando es muy tarde, es de gran importancia conocer cuáles son los factores causantes de la misma, para así prevenir la ausencia dentaria, cabe destacar que para llegar a conocer cuáles son las causas se realizó un estudio de campo en el cual se le realizó una encuesta cerrada más una guía de observación a los pacientes que se encuentran recluidos en el Hogar San José Mañongo para conocer los motivos de cada uno ya que cada uno de los pacientes es diferente.

La misma se hizo de forma rápida y precisa, ya que los pacientes se encuentran separados por clase social o estatus económico, alta, medio y bajo, la mayoría se encuentra comprometido sistémicamente y toman medicamentos, que son uno de los factores predisponentes de la pérdida dentaria, también estas personas poseen una dieta rica en carbohidratos, no posee una buena motricidad para su técnica de cepillado, más del 50% posee mal oclusión y por último son portadores de prótesis en mal estado. Lo que nos indica que no están satisfechos con la pérdida dentaria.

También muchas de las causas de la ausencia es que en su época no conocían los tratamientos restauradores y por tal motivo se extraían sus unidades dentarias, cabe destacar que muchas de las personas tenían mal oclusión y le indicaban la extracción para la colocación de una prótesis total y mejorar su sonrisa.

## **5.2. Recomendaciones**

Los enfoques de atención al adulto mayor no sólo deben limitarse al tratamiento de las enfermedades y manifestaciones patológicas producto de cambios biológicos sistémicos y bucales inherentes al envejecimiento, sino también a los aspectos psicosociales que acompañan al proceso de envejecimiento, se debe tener en cuenta que antes de realizar cualquier procedimiento odontológico se debe de estar autorizado por su médico tratante o estar seguro de que está siendo controlado si padece de alguna enfermedad.

Por otra parte en el Hogar San José Mañongo existen diferentes casos de los cuales los pacientes como seres humanos necesitan atención odontológica, ya que se tiene la necesidad como persona. Por tal motivo es de gran importancia crear un programa de ayuda a los adultos mayores para disminuir su pérdida dentaria y mejorar su salud bucal, también es necesario que se diseñe e implemente programas preventivos eficaces dirigidos a diferentes grupos de personas, de tal manera que se pueda disminuir la pérdida de unidades dentarias en adultos mayores y disminución del uso de las prótesis totales, prevenir los daños que pueda ocasionar la salud general a la salud bucal , restauración de la salud bucal desde muy temprana edad, para así tener una mejor visión a futuro de la odontología geriátrica.

Por último y no menos importante brindar odontología conservadora a todos los pacientes niños, jóvenes, adultos y mayores. No olvidar que todos en algún momento podemos ser pacientes o nuestros familiares pueden sufrir esas ausencias sin necesidad. Tratar al paciente como si fuera tu madre y no olvidar darle afecto y cariño a cada uno de tus pacientes.

## REFERENCIAS

- Arias, F. (2006). El Proyecto de Investigación, Introducción a la Metodología Científica. Editorial Espítome, Caracas.
- Balestrini, M. (2008). Cómo se Elabora el Proyecto de Investigación. Editorial Consultores Asociados. Caracas Venezuela.´
- Bizquerra, R. (1990). *Definición de las técnicas*. Tesis. Universidad Nacional Experimental Romulo Gallegos  
[https://www.coflugo.org/docs/Medicamentos\\_que\\_debemos\\_saber.pdf](https://www.coflugo.org/docs/Medicamentos_que_debemos_saber.pdf)
- Castellanos, Díaz y Gay. (2002) Medicina en Odontología. Manual dental de pacientes con enfermedades sistémicas. Manual Moderno.
- E. Castells Bescós, R. Boscá Crespo, C. García Arias, M. Sánchez Chaparro Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. Disponible: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003475072007000400011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072007000400011)
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill.
- Hugo von Habermann (1886). Hallazgo clínico disponible: [https://es.wikipedia.org/wiki/Diagn%C3%B3stico\\_m%C3%A9dico](https://es.wikipedia.org/wiki/Diagn%C3%B3stico_m%C3%A9dico).
- Luzón L. Prevalencia de los mantenedores de espacio colocados en pacientes que asistieron a la Clínica de Odontopediatría de la Universidad Central del Ecuador en el Período 2008-2009. Tesis para optar el Título de Cirujano - Ecuador 2011.
- Castillo, Y. (2015). Depresión y deterioro cognitivo del adulto mayor. En la Universidad de Carabobo en Maracay, Edo- Aragua, para optar al título de Odontóloga.
- Colegio Oficial de Odontólogo y Estomatólogo de Alicante (COEA) disponible: <http://www.coea.es/web/index.php?menu=633>

- Organización Mundial de la Salud (2014) define diabetes disponible:  
<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
- OMS. (1948). *La salud*. Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, No. 2, p. 100
- OMS. (2012). *Salud y enfermedad*. Nota descriptiva.
- Palella, S. y Martins, F. (2010). *Metodología de la Investigación Cuantitativa*. Caracas: Fondo Editorial de la Universidad Experimental Libertador.
- Palomeque, A. (2015). Perfil epidemiológico de la salud oral en personas de la tercera edad que habitan en el asilo Cristo Rey de la ciudad de Cuenca. En la Universidad de Cuenca de Ecuador, para optar al título de Odontóloga.
- Pérez Landín, Berta (2014) Responsable Técnico del CIM definición de medicamento disponible en:
- Sánchez, A., González, M. (2015). Propuesta de un programa de orientación para mejorar la calidad de vida de un adulto mayor. En la Universidad de Carabobo en Naguanagua, Edo- Carabobo, para optar al título de Odontólogos
- Rojas E, Molina R, Rodríguez C. (2012) Definición, Clasificación y Diagnóstico de la Diabetes Mellitus. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*; 10(1): p. 7-12.
- Sampieri, Collado y Baptista. (2010). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill. Quinta Edición.
- Schoenbach (2000) *Epidemiology and public health*. Disponible en: [www.epidemiolog.net](http://www.epidemiolog.net)
- Sierra B. Restituto (2005) *Técnicas de investigación Social. Teorías y ejercicios*. Decimocuarta edición. Tercera reimpresión. Thomson editores. Spain Paraninfo S.A. España.
- Tamayo y Tamayo, Mario. (2009). *El proceso de investigación científica*. Editorial Limusa, Ciudad de México.
- Universidad José Antonio Páez (2018), Proyecto de Investigación. Disponible: <http://investigacionujap.blogspot.com/p/proyecto-de-investigacion.html>.

Universidad Nacional abierta y Distancia- UNAD, Escuela de Ciencias Administrativas, Contables, Económicas y de Negocios. (2014). Disponible en: <https://stadium.unad.edu.co/preview/UNAD.php?url=/bitstream/10596/2811/1/1047390747.pdf> [Consulta: 2018, Julio 15]

Universidad Pedagógica Experimental Libertador UPEL (2006). *Manual De Trabajos De Grado, De Especialización Y Maestrías Y Tesis Doctorales*. (4ª Ed). Venezuela: Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador

## **ANEXO**

## Anexo A

### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**Cuadro 1.**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
Clasificar los factores causantes de la ausencia dentaria de los pacientes geriátricos.	Factores Sociodemográficos	Son características de estado social, nivel de educación, estado civil, ingresos, trabajo, religión, la edad y el sexo.
	Salud general	La Organización Mundial de la Salud dice que la salud general es un estado en que un ser u organismo vivo no tiene ninguna lesión ni padece ninguna enfermedad y ejerce con normalidad todas sus funciones
	Factores Clínicos	Son los análisis uní y multivariado para tratar de identificar factores pronóstico sin dependientes, para diagnosticar una enfermedad
Establecer las unidades dentarias perdidas en los pacientes geriátricos recluidos en el Hogar San José Mañongo.	Unidades dentarias	Unidad masticatoria que consiste en un solo diente y sus partes
Analizar los factores causantes de la ausencia dentaria en los pacientes geriátricos residentes en el Hogar San José Mañongo	Ausencia dentaria	Un conjunto de circunstancias y canales que afectan al órgano dental. Es perder una o varias piezas del maxilar y la mandíbula por diferentes causas.
	Paciente geriátricos	Se define en esencia como aquel que cumple las siguientes condiciones: Generalmente mayor de 75 años, pluripatología relevante, alto riesgo de dependencia y presencia de patología.

Fuente: Rivas y Gómez (2018).

**Cuadro 2.**

<b>VARIABLE</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ÍTEMS</b>
Factores Sociodemográficos	Factores	- Edad. - Sexo. - Nivel educativo. - Nivel socioeconómico.	Encuesta
Salud general		- Estado de salud general - Enfermedades sistémicas. - Medicación. - Factor dietético.	
Factores Clínicos	Clínico	- Hallazgo clínico. - Anatomía de la cavidad bucal - Enfermedades gingivales. - Enfermedades periodontales. - Restauración en mal estado. - Caries.	Guía de observación
Unidades dentaria		- Traumatismo dental. - Ausencia congénita. - Mal oclusión	
Pacientes geriátricos	Clínica	- Proceso de envejecimiento. - Cambios a nivel bucal en paciente geriátrico. - Ausencia dentaria en paciente geriátrico. - Atención y prevención odontológica.	Guía de observación

Fuente: Rivas y Gómez (2018).

**Anexo B**



































**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**Encuesta que realizan estudiantes del último semestre de odontología de la  
universidad José Antonio Páez:**

**Marcar con una X la respuesta de su preferencia.**

1. Edad\_\_\_\_\_
2. Sexo\_\_\_\_\_
3. Nivel educativo.  
Primaria\_\_\_\_\_ Secundaria\_\_\_\_\_ Estudio Universitario\_\_\_\_\_
4. Nivel socioeconómico.  
Bajo\_\_\_\_\_ Medio\_\_\_\_\_ Alto\_\_\_\_\_
5. Estado de salud:  
Sano\_\_\_\_\_ Sistémicamente comprometido\_\_\_\_\_
6. Presenta usted alguna enfermedad sistémica (diabetes, hipertenso, cardiovascular, hipotiroidismo, enfermedades respiratoria o neurológica).  
SI\_\_\_ NO\_\_\_
7. Toma medicamentos:  
SI \_\_\_ NO\_\_\_
8. DIETA: Balanceda\_\_\_\_\_ Rica en carbohidratos \_\_\_\_\_
9. Perdió su primera unidad dentaria permanente o de hueso cuando era.  
Niño o adolescente\_\_\_ Adulto joven \_\_\_ Adulto mayor\_\_\_
10. Posee unidades dentaria en boca:  
SI\_\_\_ NO\_\_\_
11. Posee prótesis Bucal: SI\_\_\_NO\_\_\_

**12. Observaciones del estudiante del último semestre de odontología**

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
															
															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Enfermedades gingivales\_\_\_ Enfermedades periodontales\_\_\_ Mal oclusión \_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Anexo C.**



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE  
EXPERTOS**

A continuación, se le presenta una serie de categorías para validar los ítemes que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta.

**ESTUDIO DE LOS FACTORES CAUSANTES DE LA AUSENCIA DENTARIA EN  
PACIENTES GERIÁTRICOS RECLUIDOS EN HOGAR SAN JOSÉ MAÑONGO**

AUTORES: Rivas Manuelys y Gómez Oriana

CRITERIOS	PERTINENCIA (Oportunidad Convención)		CLARIDAD (redacción)		COHERENCIA (Correspondencia)		DECISION		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	dejar	modificar	quitar
1	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
2	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
3	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
4	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
5	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
6	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
7	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
8	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
9	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
10	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
11	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
12	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:

APLICABLE:  NO APLICABLE: \_\_\_\_\_

APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I	Firma
Flavien Camacho	7064708	
Profesión	Nivel Académico	Fecha
Odontólogo	4to	02/11/18

esp Salud Pública.



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA**  
**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS**

A continuación, se le presenta una serie de categorías para validar los ítemes que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta.

**ESTUDIO DE LOS FACTORES CAUSANTE DE LA AUSENCIA DENTARIA EN PACIENTE GERIÁTRICO RECLUIDO EN HOGAR SAN JOSÉ MAÑONGO**

AUTORES: Rivas Manuelys y Gómez Oriana

CRITERIOS Ítem	PERTINENCIA (Oportunidad/Conveniencia)		CLARIDAD (redacción)		COHERENCIA (Correspondencia)		DECISION		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	dejar	modificar	quitar
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		✓		
12	✓		✓		✓		✓		

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:

APLICABLE:  NO APLICABLE: \_\_\_\_\_

APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I	Firma
Melba Oviedo de G.	5385110	<i>Melba Oviedo de G.</i>
Profesión	Nivel Académico	Fecha
Odontólogo	Doctorado	02-11-18