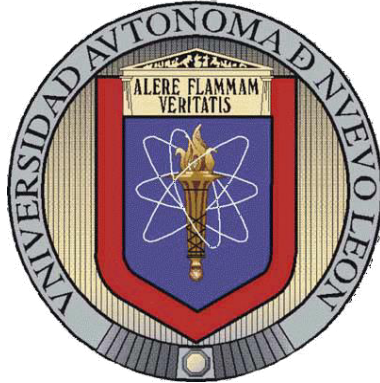


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN**



**RELACIÓN ENTRE LAS NECESIDADES REALES Y PERCIBIDAS DE
SALUD ORAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS QUE ACUDEN A LA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, U.A.N.L.**

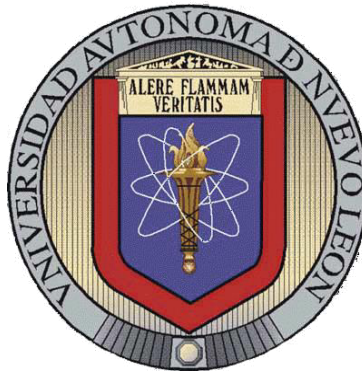
POR

CD. SARA GABRIELA SANDOVAL AYALA

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA**

JUNIO, 2015

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN**



**RELACIÓN ENTRE LAS NECESIDADES REALES Y PERCIBIDAS DE
SALUD ORAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS QUE ACUDEN A LA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, U.A.N.L.**

POR

CD. SARA GABRIELA SANDOVAL AYALA

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA**

DIRECTOR DE TESIS

DR. MIGUEL ÁNGEL QUIROGA GARCÍA

CODIRECTORA DE TESIS

DRA. BLANCA IDALIA MONTOYA FLORES

JUNIO, 2015

**“RELACIÓN ENTRE LAS NECESIDADES REALES Y PERCIBIDAS DE
SALUD ORAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS QUE ACUDEN A LA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, U.A.N.L.”**

APROBACIÓN DE TESIS

Dr. Miguel Ángel Quiroga García
DIRECTOR DE TESIS

Dra. Blanca Idalia Montoya Flores
CO-DIRECTORA DE TESIS

Dra. Laura Elena Villarreal García
ASESOR

Monterrey N.L. a _____ de 2015

COMITÉ DE EVALUACIÓN DE TESIS

El comité de Evaluación de Tesis **APROBÓ** la tesis Titulada: “**RELACIÓN ENTRE LAS NECESIDADES REALES Y PERCIBIDAS DE SALUD ORAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS QUE ACUDEN A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, U.A.N.L.**” presenta por la **CD. Sara Gabriela Sandoval Ayala** con la finalidad de obtener el Grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Dr. Miguel Ángel Quiroga García
PRESIDENTE

Dra. Blanca Idalia Montoya Flores
SECRETARIO

Dra. Laura Elena Villarreal García
VOCAL



Dr. en C.S. ESTEBAN GILBERTO RAMOS PEÑA
SUBDIRECTOR DE INVESTIGACIÓN INNOVACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN DE LA U.A.N.L.
P R E S E N T E:

Nos permitimos comunicar a usted que hemos concluido la Dirección y codirección de la tesis titulada: **“RELACIÓN ENTRE LAS NECESIDADES REALES Y PERCIBIDAS DE SALUD ORAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS QUE ACUDEN A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, U.A.N.L.”** presentada por la **CD. Sara Gabriela Sandoval Ayala**. Con la finalidad de obtener su grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Sin otro asunto en particular, les envié un cordial saludo.

Atentamente
“Alere Flammam Veritatis”

Dr. Miguel Ángel Quiroga García
Director de Tesis

Dra. Blanca Idalia Montoya Flores
Co-Director de Tesis

Agradecimientos

Agradezco a Dios por la vida, por las oportunidades que me ha puesto en el camino y por la fortaleza para sacar adelante este proyecto llamado Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Quiero agradecer al Dr. Miguel Angel Quiroga García por la oportunidad, empuje y entusiasmo que siempre me ha brindado, por su incansable ayuda académica pero sobre todo por su gran amistad.

Doctor Gracias por siempre estar ahí para mí, por haber coincidido conmigo y por brindarme sus atenciones.

Dra. Ana María Salinas Martínez gracias por siempre querer compartir conmigo su sabiduría, por su ayuda para que este proyecto saliera lo mejor posible.

Dra. Georgina Mayela Núñez Rocha porque siempre y en todo momento me brindo su ayuda, y preocupación por mí en lo personal, así como en lo profesional. ¡Gracias!

A la Dra. Liliana Tijerina y al Dr. Jaime Adrián Mendoza Tijerina por sus enseñanzas y amistad.

A mi familia porque sin su apoyo no hubiera podido concluir este proyecto, gracias por su valiosa ayuda y comprensión.

A mi esposo por siempre compartir conmigo mis ideales, por comprender los compromisos que esto implica y por supuesto por todo el apoyo brindado para seguir adelante en los momentos de más debilidad.

Y por supuesto a mis grandes amigos Lauro, Aracely, Juan Miguel, Alejandro y Karina por siempre estar presentes en todo momento.

DEDICATORIA

Este proyecto lo dedico a Dios y a mi Virgen María por siempre guiarme en el camino del bien y por darme la fortaleza necesaria para sacarlo adelante.

A ti mama por ser siempre mi más bello ejemplo a seguir, por estar a mi lado para compartir conmigo mis triunfos y fracasos, por ser siempre una guerrera incansable y por siempre con el mayor de tus esfuerzos sacarme adelante....

Te amo

A ti papa por sacarme adelante y brindarme la mejor de las herencias... El estudio...Te amo papa

A ti Mechita: Gracias por una piedra angular en este proyecto, ya que sin la ayuda que tú me brindaste para con mi hijo este proyecto muy probablemente ni siquiera lo hubiera emprendido..... ¡Gracias por ser una como una Madre para mí y por empujarme a seguir adelante!

Daniel Gracias por nunca truncar mis sueños, por el contrario compartirlos y brindarme apoyo incondicional.... Te amo

Dany y Mirelle este trabajo está dedicado con todo mi amor para ustedes, espero y el día que tengan la sabiduría suficiente para leer estas líneas, sientan orgullo de mí y recuerden siempre que todo el esfuerzo que he realizado en este proyecto es para ustedes..... Espero servirles de ejemplo..... los amo!!!

RESUMEN

C.D. Sara Gabriela Sandoval Ayala

Fecha de Graduación: Junio 2015

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Odontología

Título del Estudio: RELACIÓN ENTRE LAS NECESIDADES REALES Y PERCIBIDAS DE SALUD ORAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS QUE ACUDEN A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, U.A.N.L.

Candidato para obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Número de Páginas: 29

Propósito y Método del Estudio: Determinar la relación que existe entre las necesidades reales y percibidas de salud oral en pacientes geriátricos que acuden a la FO, UANL. El diseño del estudio fue transversal. La población de estudio fueron 273 pacientes geriátricos de la FO de la U.A.N.L. Durante el periodo de Agosto- Diciembre 2014. Para la recolección de datos se utilizaron cuestionarios e historias clínicas de los sujetos de estudio que cumplieron con los requisitos de inclusión: ser pacientes geriátricos de 60 años o más de ambos géneros usuarios del servicio en la FO de la UANL, estar ubicados en tiempo y espacio y que acepten su participación en el proyecto, incluyendo el examen oral y la encuesta directa en donde se valoraron tres dimensiones: la psicosocial, la función y el dolor. Finalmente se analizaron los datos mediante la correlación de Pearson para la necesidad de salud oral real y la percibida.

Contribuciones y Conclusiones: El estudio permitió conocer la relación que existe entre las necesidades reales y percibidas de salud oral en pacientes geriátricos que acuden a la FO, UANL. No se encontró correlación entre la necesidad de salud oral y la percibida. (Coeficiente de correlación de .093)

FIRMA DEL DIRECTOR DE

TESIS _____

Dr. Miguel Angel Quiroga García.

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO 1	1
ANTECEDENTES	1
1.1 Introducción.....	1
1.2 Transición demográfica y epidemiológica.....	2
1.3 Marco teórico.....	3
1.3.1 Percepción de salud	3
1.3.2 Percepción de salud oral.....	4
1.3.3 Necesidad de salud oral observada o real.....	7
1.3.4 Necesidad de salud oral percibida	7
1.4 Estudios relacionados.....	7
1.5 Planteamiento del problema	8
1.6 Justificación	9
CAPÍTULO 2	10
HIPÓTESIS	10
CAPÍTULO 3	11
OBJETIVOS	11
3.1 Objetivo general.....	11
3.2 Objetivos específicos	11
CAPÍTULO 4	12
MATERIAL Y MÉTODOS	12
4.1 Diseño del estudio	12
4.2 Temporalidad.	12
4.3 Ubicación espacial.	12
4.4 Población blanco	12
4.5 Unidad de observación.....	12
4.6 Población estudio	12
4.7 Técnica muestral	13
4.8 Cálculo de tamaño de muestra	13
4.9 Variables	14
4.10 Procedimientos	16
4.11 Instrumentos de medición.....	17
4.12 Plan de análisis.....	17

4.13 Consideraciones éticas	18
CAPÍTULO 5	19
RESULTADOS	19
5.1 Perfil sociodemográfico	19
5.3 Necesidad de salud oral real	21
5.4 Resultado de la correlación o comprobación de la hipótesis	21
CAPÍTULO 6	22
DISCUSIÓN	22
6.1 Limitaciones del estudio	22
6.2 Futuras líneas de investigación.....	23
CAPÍTULO 7	24
CONCLUSIONES	24
REFERENCIAS	25
ANEXOS	27
Anexo A. Cuestionario/Cedula de colección de datos	27
Anexo B. Carta de consentimiento informado	29

LISTA DE TABLAS Y GRÁFICAS

- Tabla I.- Población geriátrica según perfil sociodemográfico.....19
- Tabla II.- Pacientes geriátricos según necesidad de salud oral real.....21
- Tabla III.- Correlación de Pearson entre las necesidades reales y percibidas de la salud oral en pacientes geriátricos que acuden a la FO de la UANL.....21
- Gráfica 1. Flujograma de procedimientos.....17
- Gráfica II.- Pacientes geriátricos según necesidad de salud oral percibida.....20

ABREVIATURAS

- OMS: Organización Mundial de la Salud
- OPS: Organización Panamericana de Salud
- RAND: Dental Health Index
- GOHAI: Geriatric Oral Health Assessment Index
- OHIP-49: Oral Health Impact Profile
- DIDL: Dental Impact Living
- CPOD: Diente Cariado, Perdido u obturado
- Indep.: independiente
- Dep.: Dependiente
- Cuest.: cuestionario
- VS.: versus
- IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social
- ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- Ver.: versión
- FO: Facultad de odontología
- UANL: Universidad Autónoma de Nuevo León

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES

1.1 Introducción

México se encuentra entre los países de alto grado de prevalencia de enfermedades bucales entre las cuales se encuentran la caries dental y las periodontopatías, esta situación desencadena la pérdida de piezas dentales en pacientes de cualquier rango de edad. Por otra parte, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) hoy en día la proporción de personas mayores de 60 años está en aumento debido a la disminución de la tasa de fecundidad y el alcance que ahora tiene la esperanza de vida (OMS, 2014). Asimismo, se ha incrementado la pérdida temprana de piezas dentales, lo que ha provocado que la población se encuentre total o parcialmente desdentada, conllevando a la utilización de diversos tratamientos de rehabilitación dental (prótesis fija, removible, parcial), limitando la capacidad de comunicación, alimentación y afectación en la dimensión psicosocial del individuo.

Hoy en día el concepto de salud rechaza la idea que es solo la ausencia de enfermedades físicas, pues es necesario considerar además aspectos psicológicos y el bienestar del individuo (Silva Porto, et al. 2011). En la salud oral es sencillo obtener un diagnóstico clínico mediante diferentes tipos de estudios, sin embargo, no sucede lo mismo con las medidas de subjetividad sobre las condiciones de los individuos para comer, hablar y socializar cómodamente (Silva Porto, Tijerina González & Ramos Peña. 2011). Por lo

tanto, se puede decir que es de suma importancia conocer ambos tipos de necesidad de salud, la real y la sentida o percibida, para identificar la relación que tienen entre sí.

1.2 Transición demográfica y epidemiológica

Según la OMS, la sociedad en general y los profesionales de la salud tienen en común la percepción del envejecimiento como el deterioro físico y mental. Una persona es considerada mayor cuando tiene la edad de 60 años o más (OMS, 2014). El envejecimiento es el resultado de una serie de interacciones entre las condiciones de vida en donde se incluyen la etnia, el género, la familia y los ingresos económicos entre otros factores (OMS, 2014). El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo social y económico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud integral y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. Debido a este cambio demográfico habrá repercusiones para el campo de la salud pública, por lo cual es importante prestar atención de prevención primaria en la población geriátrica con la finalidad de disminuir al máximo el mayor número de enfermedades (OMS, 2011).

Para 2050, en los países desarrollados habrá el doble de personas de edad avanzada que de niños, y en los países en desarrollo está previsto que se duplique el número total de personas de ese grupo de edad. Esta tendencia

tendrá consecuencias trascendentales tanto para los países como para los individuos (Ki Moon, 2013). Debido a que el 10% de la población mexicana es adulto mayor, su atención debe ser una prioridad en las políticas públicas, debido a que dicho sector de la población va en aumento y las necesidades de salud y sociales que este crecimiento poblacional significa se deben enfrentar de manera conjunta a la protección social, las pensiones y el aseguramiento de buena calidad de vida, además de atender los problemas de discapacidad, aislamiento, abandono y maltrato que son frecuentes en este grupo de edad (Instituto Nacional de Salud Pública, 2013)

En ese sentido, la OMS y la Organización Panamericana de Salud (OPS) en su Plan de Acción 2009, trabajan con cuatro áreas estratégicas que son: incorporar la salud del adulto mayor en políticas públicas, adecuación de los sistemas a los retos del envejecimiento, formación de recursos humanos y fomentar redes para fortalecer los programas de capacitación de adultos mayores, así como a sus cuidadores y finalmente el desarrollo de la capacidad para generar conocimiento y así diseñar y evaluar acciones de respuesta (Instituto Nacional de Salud Pública, 2013).

1.3 Marco teórico

1.3.1 Percepción de salud

La percepción es un proceso cognitivo (nervioso superior), a través del cual los sujetos, mediante los sentidos reciben, elaboran e interpretan la información proveniente de su entorno para formar una representación de la realidad (Merleau-Ponty, 1985).

Una de las cuestiones más características y distintivas del ser humano es su capacidad para valorar su calidad de vida. En este sentido, se señala que la evaluación que las personas hacen de su vida (autopercepción), incluye una dimensión cognitiva (referida a la satisfacción con la vida en su totalidad o la satisfacción por áreas específicas como la matrimonial y laboral) y otra afectiva (relacionada con la frecuencia e intensidad de las emociones positivas y negativas), cuya interacción abarca un amplio espectro de vivencias. Esta autoevaluación del hombre claramente ha estado presente desde siempre; sin embargo, tradicionalmente la psicología se ha orientado hacia el estudio y comprensión de las patologías y las enfermedades mentales.

1.3.2 Percepción de salud oral

La percepción de la salud oral es un término que se usa para describir diferentes formas de mediciones por ejemplo: como indicador de calidad de vida y su satisfacción, como limitación para el habla debido a problemas dentales o de sus prótesis, además de su estética y de la satisfacción de su apariencia, esto representa la dimensión de la percepción de la salud oral, en la que se enfatiza la importancia que representa la salud de su propia persona, es decir su autoimagen (Silva Porto et al. 2011)

La OPS hace mención sobre las enfermedades bucales como un problema general de salud pública en la mayor parte del mundo, entre dichas enfermedades la de mayor importancia por su magnitud es la caries dental

(Estupiñan-Day & Sosa 2009). Las enfermedades orales influyen en la calidad de vida afectando diversos aspectos de la vida diaria como: la función masticatoria y fono articular, la apariencia física y las relaciones interpersonales (Silva Porto et al. 2011).

Las medidas o índices de percepción de la salud oral son una representación subjetiva individual de las perspectivas de como el individuo observa su propia salud oral. En las últimas tres décadas se han desarrollado numerosos instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral. Estos instrumentos varían en el número de preguntas que va de 3 a 49, otra diferencia está dada por el valor que se le otorga a las preguntas que constituyen las dimensiones específicas. A continuación se hará mención de algunos de ellos que sirven para dicho fin.

Descripción de instrumentos:

- RAND (Dental Health Index), contiene 3 preguntas en las cuales mide el dolor, la preocupación y la conversación.
- Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), cuestionario de 12 preguntas en las cuales se aborda el aspecto psicosocial del individuo así como el aspecto físico. Cabe señalar que este instrumento es de uso exclusivo para población geriátrica (Ikebe Kazunori et al. 2012)
- Oral Health Impact Profile (OHIP-49), contiene 49 preguntas y evalúa la función, el dolor, incapacidad física, psíquica o social del individuo.
- Dental Impact Living (DIDL), mide por medio de 36 preguntas apariencia, alimentación dolor y actividades diarias del individuo.

Instrumentos tales como OHIP-14, OHIP-49 y GOHAI se utilizan para estimar el impacto social y funcional de las patologías bucales y también, se emplean para elaborar una relación entre las medidas clínicas objetivas y para evaluar la efectividad de los tratamientos odontológicos. En particular, se ha comparado el OHIP-14 con el GOHAI demostrándose una asociación significativa entre el nivel de salud oral y la satisfacción con el estado de salud oral. Probablemente el más conocido de los instrumentos para evaluar calidad de vida relacionada a salud oral es el “Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP-49) (OMS, 1997).

1.3.3 Necesidad de salud oral observada o real

Según la OMS la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El anterior concepto está vigente desde el día 7 de abril de 1948 y desde entonces no ha sido modificado. (OMS, 1948). Mientras que la salud bucodental puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, así como otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y las estructuras anexas (OMS, 2007).

1.3.4 Necesidad de salud oral percibida

Diversos autores reconocen que existen también las "necesidades sentidas" que son las percibidas por las personas y como son subjetivas, están relacionadas con experiencias previas, aspectos sociales y culturales y no necesariamente corresponden con las necesidades normativas (Bradshaw & Finch, 2001).

1.4 Estudios relacionados

En el año 2010, se realizó un estudio transversal en una población mexicana de la tercera edad, a dicho estudio le dieron por nombre: "Propiedades psicométricas del GOHAI y el estado dental de una población mexicana de edad avanzada", en el cual se demostró que el instrumento GOHAI tiene propiedades psicométricas aceptables, discrimina entre la auto- percepción de

salud bucal y la auto- percepción de la salud en general (Sánchez García et al. 2010).

En el 2012, se realizó un estudio similar en Brasil para evaluar 587 adultos mayores institucionalizados, también con el instrumento GOHAI; y se mostró que el 75% tenía auto-percepción positiva del estado de salud oral, esto a pesar de las malas condiciones orales que fueron registradas mediante el índice CPOD (Piuvezam & Lima 2012). En ese mismo año, se realizó un estudio transversal en adultos mayores no institucionalizados en la ciudad de Piracicaba, Brasil, con 371 individuos. Los principales resultados fueron CPOD promedio de 28.5 y una puntuación positiva del GOHAI, es decir mayor de 30. Los autores mencionan que los aspectos emocionales y educativos son factores que influyen en la autopercepción positiva de la salud bucodental de los ancianos (Esmeriz, Meneghim & Ambrosano 2012).

1.5 Planteamiento del problema

Se desconoce la relación existente entre la necesidad real y sentida de atención odontológica en pacientes geriátricos que acuden a consulta a la Facultad de Odontología (FO) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Es importante identificar la relación entre las necesidades de salud oral, tanto reales como percibidas, teniendo como objetivo la mejora de esta; ya que si no se percibe la necesidad, no se busca la atención de un profesional del área. A lo anterior se suma que en la vejez generalmente se presentan pérdidas importantes de piezas dentales y con ello, el mal desempeño de funciones orales como comer o hablar. Sin embargo, pese a esto las personas no

perciben como necesaria la atención dental. Los individuos no perciben la necesidad de atención odontológica principalmente por desconocimiento o bien por otros factores como cultura para la salud. Determinando esta situación se podría orientar de manera dirigida al paciente geriátrico hacia la atención de profesionales del área de la salud oral, por lo cual se llega a la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué relación existe entre las necesidades de salud oral percibida y real de los pacientes geriátricos usuarios del servicio dental de la FO de la UANL?

1.6 Justificación

El enfoque de la psicología clásica, ha hecho descuidar los aspectos positivos, y no patológicos tales como el bienestar, el contento, la satisfacción, la esperanza, el optimismo, el flujo y la felicidad, ignorándose los beneficios que éstos presentan para las personas.

Esta situación ha cambiado en los últimos treinta años ya que se ha incrementado considerablemente el número de investigaciones relacionadas con los diferentes aspectos del bienestar subjetivo (Ramírez Pérez & Lee Maturana, 2012).

Por lo anterior en este trabajo se pretende concientizar al paciente sobre la importancia de su salud oral y hacerle entender y comprender que recibiendo la atención adecuada, esta mejorara notablemente.

CAPÍTULO 2

HIPÓTESIS

Ha: La correlación entre la necesidad de salud oral real y percibida es de 0.15 o menos.

CAPÍTULO 3

OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar la correlación que existe entre las necesidades reales y percibidas de salud oral en pacientes geriátricos que acuden a la FO, UANL

3.2 Objetivos específicos

- Identificar la necesidad de salud oral real de pacientes geriátricos
- Identificar la necesidad de salud oral sentida o percibida de pacientes geriátricos

CAPÍTULO 4

MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Diseño del estudio

Transversal, analítico y descriptivo.

4.2 Temporalidad.

Periodo 2013- 2014

4.3 Ubicación espacial.

Facultad de Odontología (FO) de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

4.4 Población blanco

Adultos mayores de 60 años pacientes de la FO de la UANL.

4.5 Unidad de observación

Adulto mayor de 60 años usuario de la FO de la UANL.

4.6 Población estudio

Criterios de inclusión

- Pacientes geriátricos de 60 años o más de ambos géneros usuarios del servicio en la FO de la UANL.
- Pacientes ubicados en tiempo y espacio.
- Pacientes que acepten su participación en el proyecto, incluyendo el examen oral y la encuesta directa.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no cuentan con expediente clínico correspondiente al formato de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Criterios de eliminación

- Llenado incompleto de encuesta y/o examen oral.

4.7 Técnica muestral

No probabilística

4.8 Cálculo de tamaño de muestra

El tamaño mínimo de muestra es de 273 pacientes, calculado mediante el programa Epidat Ver.3.1 con un 95% de confiabilidad, una potencia de 80% y un coeficiente de correlación a detectar de 0.15.

4.9 Variables

Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala	Fuente
Necesidad de salud oral real	Indep.	Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados.	Resultado del CPOD en escala numérica. Puntaje de 0 a 28 Categorías según la OMS 1= muy bajo, 0.0 a 1.1 2=bajo, 1.2 a 2.6 3= moderado, 2.7 a 4.4 4= alto, 4.5 a 6.5	Ordinal	Hoja de colección de datos
Necesidad de salud oral percibida	Dep	La percepción de la salud oral es un término que se usa para describir diferentes formas de mediciones por ejemplo: como indicador de calidad de vida y su satisfacción, como limitación para la conversación debido a problemas dentales o de sus prótesis, de su estética y de la satisfacción de su apariencia,	Resultado de Índice geriátrico de salud oral en escala numérica. 12 ítems donde el puntaje va de 12 a 60 1=siempre 2=frecuentemente 3=a veces 4= rara vez 5= nunca Categorías 1=baja, < 50 2= media, entre 51-56 3=alta, >57	Continua	Cuest.

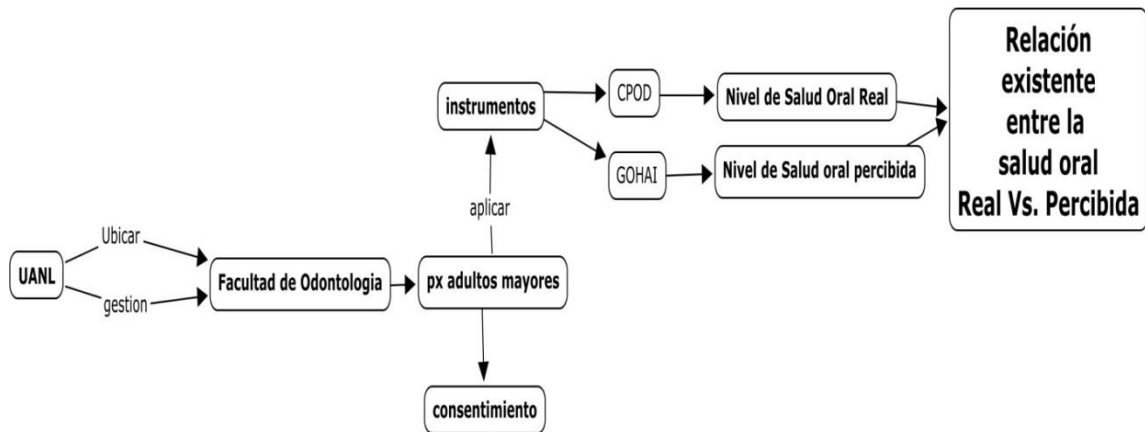
Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala	Fuente
		representa la dimensión de la percepción de la salud oral, en la que se enfatiza la importancia que representa la salud de su propia persona (autoimagen).			
Edad	Control	El envejecimiento es el resultado de una serie de interacciones entre las condiciones de vida entre las que se incluyen la etnia, el género, la familia, los ingresos y otros factores.	Edad en años cumplidos	Discreta	Hoja de colección de datos
Género	Control	Se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.	1= Masculino 2= Femenino	Nominal	Hoja de colección de datos
Estado civil	Control		1=soltero 2=casado 3=viudo	Nominal	Hoja de colección de datos

Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala	Fuente
			4=divorciado 5=unión libre		
Ocupación	Control		1= empleado 2=auto-empleado 3=jubilado/ pensionado 4=Ama de casa 5=No trabaja	Nominal	Hoja de colección de datos
Servicio de salud con el que cuenta	Control		1=IMSS 2=ISSSTE 3=Seguro Popular 4=Privado 5=Otros	Nominal	Hoja de colección de datos

4.10 Procedimientos

La muestra se tomó en la FO de la UANL, una vez ubicada dicha facultad, se gestionaron permisos para ingresar a las clínicas de la misma donde se localizaron a los pacientes pertenecientes al grupo de edad correspondiente a la investigación, mismos a los que se les explicó el proyecto, posteriormente se les hizo leer y firmar el consentimiento informado. Mediante encuesta directa, se colectaron datos del instrumento de medición GOHAI (necesidad de salud percibida), al término de la misma, se realizó exploración clínica con abate lenguas y guantes de látex y material de apoyo, y se identificó el índice CPOD (necesidad de salud real) (Gráfica 1).

Gráfica 1. Flujograma de procedimientos



4.11 Instrumentos de medición

La medición de la necesidad de salud oral real se realizó con base en el índice epidemiológico CPOD (Anexo A), el cual contiene el registro de total de piezas cariadas, perdidas, obturadas y sanas. La necesidad de salud oral percibida se midió con GOHAI) que consta de tres dimensiones física/funcional, psicosocial/psicológica y dolor/incomodidad en total son 12 ítems con respuestas en escala de Likert; a mayor puntaje mayor necesidad de salud percibida. El alfa de Cronbach resultó en 0.56.

4.12 Plan de análisis

Correlación de Pearson para la necesidad de salud oral real y la percibida.

4.13 Consideraciones éticas

Con fundamento en la Ley General de Salud, en los artículos del Título Quinto de esta ley y el artículo 41 bis y en cumplimiento al Reglamento en Materia de Investigación en Salud esta investigación se clasifica en la categoría de Investigación con riesgo mínimo (Mexicanos, Ley General de Salud, 2013) (Bioética, 2002) (Mexicanos, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, 2013)

Con base en este reglamento, el consentimiento informado constó de los siguientes aspectos:

- Justificación y objetivo de la investigación
- Procedimientos y su propósito.
- Que es una investigación con riesgo mínimo.
- Los beneficios que pueden observarse.
- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta acerca de asuntos relacionados con la investigación
- La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento del estudio.
- La seguridad que se conservará su confidencialidad.
- Compromiso de proporcionarle información obtenida durante el estudio.
- La disponibilidad de tratamiento médico en caso de daños directamente causados por la investigación.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

5.1 Perfil sociodemográfico

La media de la población de estudio fue de 70 ± 7.1 años, la mayor parte fueron mujeres, con estado civil casado. Predominó la ocupación de jubilados y/o pensionados, seguido por amas de casa; un poco más de la mitad contaba con IMSS como servicio de seguridad social (Tabla I).

**Tabla I.- Población geriátrica según perfil sociodemográfico,
Septiembre- Diciembre 2014 (n=273)**

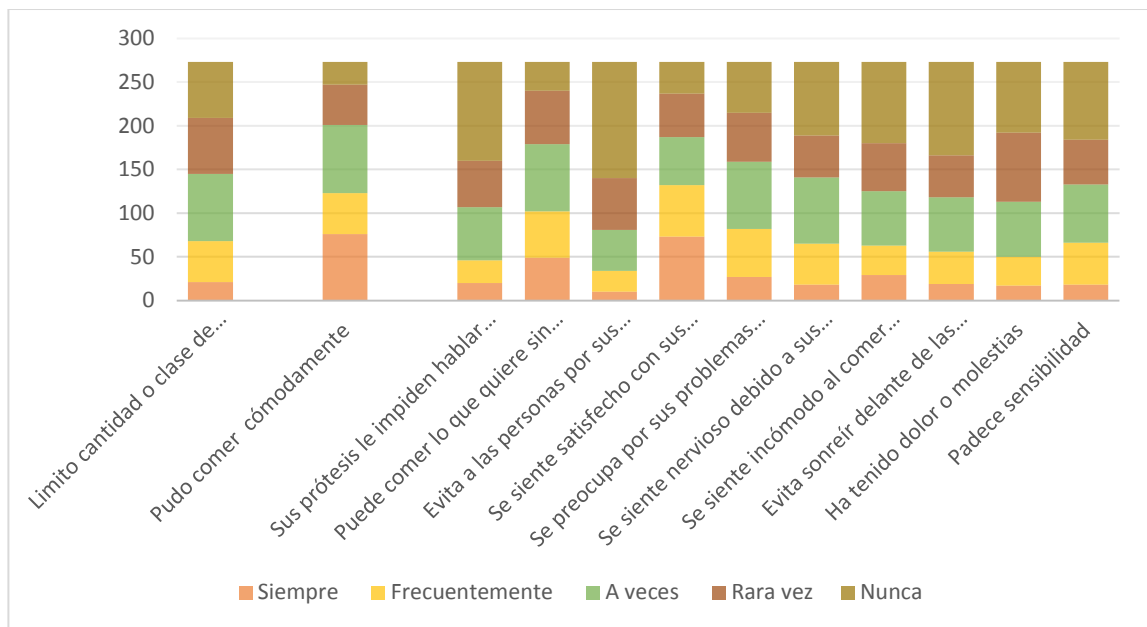
Característica	Frecuencia	%
Género		
Femenino	146	53
Masculino	127	47
Estado civil		
Soltero	10	3.7
Casado	140	51.3
Viudo	97	35.5
Divorciado	22	8.1
Unión libre	4	1.5
Ocupación		
Empleado	31	11.4
Autoempleado	27	9.9
Jubilado/pensionado	106	38.8
Ama de Casa	95	34.8
No Trabaja	14	5.1
Servicio de salud con el que cuenta		
IMSS	152	55.7
ISSSTE	46	16.8
Seguro Popular	36	13.2
Privado	23	8.4
Otros	16	5.9

Fuente: Encuesta directa

5.2 Necesidad de salud oral percibida

El 97% de los pacientes encuestados obtuvo puntaje para ser calificado con baja percepción de necesidad de salud oral, el 2.6% se percibe con necesidad de salud oral regular y solo el .4%, con alta necesidad de salud oral. En la Gráfica II, se muestra a detalla el perfil de necesidad de salud oral.

Gráfica II.- Pacientes geriátricos según necesidad de salud oral percibida. Septiembre- Diciembre 2014 (n=273)



Fuente: encuesta directa (GOHAI)

5.3 Necesidad de salud oral real

La mayoría de la población registró categoría de índice CPOD muy alto, ningún paciente obtuvo puntaje moderado, bajo y muy bajo (Tabla II).

**Tabla II.- Pacientes geriátricos según necesidad de salud oral real
Septiembre- Diciembre 2014 (n=273)**

Índice CPOD	Frecuencia	%
Alto (4.5 a 6.5)	1	0.4
Muy alto (6.6 o más)	272	99.6

Fuente: Exploración clínica, hoja de colección de datos.

5.4 Resultado de la correlación o comprobación de la hipótesis

No se observó correlación entre la necesidad de salud oral real y sentida ($r=.09$); lo cual está congruente con la hipótesis “La correlación entre la necesidad de salud oral real y percibida es de 0.15 o menos”.

**Tabla III.- Correlación de Pearson entre las necesidades reales y
percibidas de la salud oral en pacientes geriátricos que acuden a la FO de
la UANL**

Correlación de Pearson	.093
Valor p	.124
N	273

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN

En el estudio realizado durante el año 2012 se encontró que en la salud oral percibida, la autopercepción positiva era considerada como la de mayor prevalencia entre los adultos mayores, pese a las malas condiciones orales observadas mediante el índice CPOD, esto presente en un 75% de la población. (Piuvezam & Lima 2012). Lo anterior concordando con la presente investigación, la cual arrojó 97% de la población con autopercepción positiva.

Por otra parte en cuanto a la salud oral se refiere, en la presente investigación se encontró que el 99.6% de la población en estudio registró un resultado de CPOD en categoría muy alta (mayor que 6.6 piezas afectadas), concordando con el CPOD promedio de 28.5 encontrado en el estudio transversal realizado en adultos mayores en Piracicaba, Brazil en el año 2012. (Esmeriz, Meneghim & Ambrosano 2012).

6.1 Limitaciones del estudio

1. Sesgo de memoria, algunos pacientes geriátricos entrevistados pudieran o podrían no recordar con exactitud su historia dental.
2. La población de estudio estuvo limitada a los pacientes usuarios de la FO de la UANL, si se expande la investigación ya sea a nivel municipal o estatal podrían variar los resultados.

6.2 Futuras líneas de investigación

- a) Tratamiento dental oportuno en el adulto para la prevención de uso de prótesis dental en la vejez.
- b) El adulto mayor y su necesidad de prótesis dental.
- c) Percepción de calidad de vida en el adulto mayor relacionado a su salud oral.

CAPÍTULO 7

CONCLUSIONES

- La necesidad de salud oral real es alta, casi lo totalidad de los pacientes examinados obtuvo puntaje de categoría muy alta necesidad de salud.
- La necesidad de salud oral percibida, casi la totalidad resultó en baja necesidad de salud (buena autopercepción)
- No se observó correlación entre la necesidad de salud oral real y sentida, por lo que se acepta la hipótesis planteada en este trabajo en donde se explica que la correlación era de .15 o menos. Por lo cual se puede decir que el adulto mayor no siente la necesidad de buscar ayuda de un profesional de la salud oral, debido a las complicaciones sistémicas propias de la edad, por lo tanto al cabo del tiempo se ve perjudicada su salud oral, trayendo serias consecuencias en su calidad de vida.

CAPÍTULO 8

REFERENCIAS

Esmeriz, C., Meneghim, M., Ambrosano, G. (2012) Self-perception of oral health in non-institutionalised elderly of Piracicaba city, Brazil. *Gerodontology* (2): e281-9

Estupiñan-Day, S., Sosa, M. (2009). *Un llamado a la Acción para lograr comunidades libres de caries en las poblaciones más vulnerables de la Región de las Américas* (taller de salud oral para las Américas México Organización Panamericana de la salud OMS)

Ikebe, K., Hazeyama, T., Enoki, K., Murai, S., Okada, T., Kagawa, R., Matsuda, K., Maeda, Y., (2012) Comparison of GOHAI and OHIP-14 measures in relation to objective values of oral function in elderly Japanese. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 406-414

Ki Moon, B., (2013) *Mensaje del secretario general de Naciones Unidas del día Internacional de las personas de edad*. Recuperado el 25 de abril 2014 de <http://www.un.org/es/events/olderpersonsday/2013/sgmessage.shtml>

Lara, N., Delgadillo, H., Morales, S., Garduño, M., Pulido, M. (2011) Necesidades insatisfechas de atención odontológica en trabajadores de la costura en México D.F. *Salud de los Trabajadores*. 19(1): 35-46 Recuperado el 27 de Enero del 2014;. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382011000100004&lng=es.

MERLEAU-PONTY, M. (1985) *Phénoménologie de la perception*, Barcelona: Planeta-Agostini. Recuperado el 30 de abril del 2014 disponible en <http://filosinsentido.files.wordpress.com/2013/07/merleau-ponty-maurice-fenomenologia-de>

Organización Mundial de la Salud (1997) *Encuestas de Salud Bucal Métodos básicos*. Cuarta edición, Ginebra

Organización Mundial de la Salud (2007) *Salud Bucodental Nota Informativa No. 318* Recuperado el 21 de marzo del 2014 disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

Organización Mundial de la Salud (2011) *¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública? Preguntas y respuestas en línea.* Recuperado el 20 de febrero del 2014 disponible en <http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html>

Organización Panamericana de la Salud. *Hoja informativa Género y envejecimiento.* Recuperado el 23 de mayo del 2014 disponible en <http://www1.paho.org/spanish/hdp/hdw/genderageingsp.PDF>

Piuevezam, G., de Lima, K. (2012) Self-perceived oral health status in institutionalized elderly in Brazil. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 55(1):5-11

Instituto Nacional de Salud Pública. (2013) Recuperado de www.insp.mx/noticias-7sistemas-de-salud/1179-necesidades-de-salud-para-adultos-mayores.html

Ramírez, M., Lee, S. (2012). *Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años.* Polis (Santiago), 11(33), 407-428

Sánchez, S., Heredia, E., Juárez, T., Gallegos, K., Espinel, C., de la Fuente, J., García, C. (2010) Psychometric properties of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) and dental status of an elderly Mexican population. *Journal Public Health Dentistry*, 70(4), 300-307

Silva, I., Tijerina, L., Ramos, E., (2011), Calidad de vida y necesidad prótesis bucal de los trabajadores de la empresa siderúrgica Altos Hornos de México, *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 4(12)

Videra, A., Reigal, R. (2013). Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. (2013) *Anales de Psicología*, 29 (1), 141-147.

ANEXOS

Anexo A. Cuestionario/Cedula de colección de datos

Datos Sociodemográficos

Edad en años cumplidos:	Género:	Estado civil:	Ocupación:	Servicio de salud con que cuenta:
_____	1. Masculino 2. Femenino	1. soltero 2. casado 3. viudo 4. divorciado 5. unión libre	1. empleado 2. autoempleado 3. Jubilado/ pensionado 4. Ama de casa 5. No trabaja	1. IMSS 2. ISSSTE 3. Seguro Popular 4. Privado 5. Otros

Necesidad de salud oral percibida

	Siempre	Frecuente	A veces	Rara Vez	Nunca
1. ¿Limitó la clase o cantidad de alimentos debido a problemas con sus dientes o prótesis dentales?	1	2	3	4	5
2. ¿Pudo comer cómodamente?	1	2	3	4	5
3. ¿Sus dientes o prótesis dentales le impidieron hablar del modo que usted quería?	1	2	3	4	5
4. ¿Pudo comer lo que usted quería sin molestias?	1	2	3	4	5
5. ¿Evitó estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes o prótesis dentales?	1	2	3	4	5
6. ¿Se sintió satisfecho o contento con la apariencia de sus dientes encías o prótesis dentales?	1	2	3	4	5
7. ¿Se preocupó o intranquilizó por problemas con sus dientes, encías, o prótesis dentales?	1	2	3	4	5
8. ¿Se sintió nervioso o consiente debido a problemas con sus dientes, encías, o prótesis dentales?	1	2	3	4	5
9. ¿Se sintió incomodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	1	2	3	4	5
10. ¿Evitó reírse o sonreírse debido a que sus dientes o prótesis dentales eran antiestéticas?	1	2	3	4	5
11. ¿Ha tenido dolor o molestias alrededor de su boca?	1	2	3	4	5
12. ¿Sintió sus dientes o encías sensibles a los alimentos fríos, dulces, calientes?	1	2	3	4	5

Necesidad de salud oral real

Índice CPOD

1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7
4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7

C	
O	
E	
EI	
C P O	
S	
T P P	

Códigos	
0	Espacio vacío
1	Cariado
2	Obturado
3	Extraído
4	Extracción indicada
5	Sano

Cuantificación de la OMS para el índice CPOD		
1	Muy bajo	0,0 a 1,1
2	Bajo	1,2 a 2,6
3	Moderado	2,7 a 4,4
4	Alto	4,5 a 6,5
5	Muy alto	6.6 o mas

Anexo B. Carta de consentimiento informado
Consentimiento Informado

Título:

RELACIÓN ENTRE LAS NECESIDADES REALES Y PERCIBIDAS DE SALUD ORAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS QUE ACUDEN A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, U.A.N.L.

PROPÓSITO. Se me ha invitado a participar en este proyecto, el propósito de éste es determinar la relación entre las necesidades reales y percibidas de salud oral.

QUE IMPLICA EL ESTUDIO. Entiendo que tendré que contestar un cuestionario y ser lo más sincero posible en mis respuestas. Así como un pequeño examen clínico referente a salud oral

CONFIDENCIALIDAD. Entiendo que todas las respuestas se guardarán en privado y estricto anonimato. Ninguna información que me identifique será incluida en reportes o publicaciones. Unos meses después de haber concluido el estudio, todos los cuestionarios e información serán destruidos.

RIESGOS. No existen riesgos por participar en este estudio, pues es una investigación documental.

RENUNCIA/RETIRO. Entiendo que mi participación es voluntaria y en caso de que se decida no participar o retirarse, no afectará los servicios que recibiremos en cualquier institución relacionada con el proyecto.

CONCLUSIÓN: He leído y entendido la forma de consentimiento. Se me dio la oportunidad para hacer preguntas y he recibido respuestas satisfactorias. Estoy de acuerdo en participar en este programa. Una vez que firme, entiendo que una copia de este documento será guardada junto con sus archivos de investigación.

Nombre: _____

Dirección, Calle y núm. _____

Colonia: _____ Ciudad y Estado: _____

Número Telefónico: _____ Otro Teléfono: _____

Nombre y Firma del Participante

Firma del Investigador: _____

Fecha: _____

¡Muchas Gracias!