

# UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

## FACULTAD DE ODONTOLOGIA



### INFLUENCIA DE LA PRÓTESIS TOTAL BIMAXILAR EN EL GRADO DE SATISFACCIÓN PERSONAL EN PACIENTES EDÉNTULOS TOTALES DE LA PROVINCIA DE AZÁNGARO PUNO 2012

*Tesis Presentado Por la Bachiller:*

*Yised Edith Quispe Berríos.*

*Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista.*

*Arequipa – Perú*

*2013*

*A Dios por ser el inspirador de todas mis metas y sueños.*

*A toda mi familia y amigos, por su gran apoyo en todo momento y por potenciar mis ganas de siempre seguir adelante.*



*Para desembarcar en la isla de la sabiduría hay que navegar en un océano de aflicciones*

Sócrates.



## RESUMEN

El objetivo central del presente trabajo de investigación es determinar la influencia de la prótesis total bimaxilar en el grado de satisfacción personal en pacientes edéntulos totales.

Se trata de un estudio cuasi experimental como tal prospectivo longitudinal comparativo y de campo, de nivel explicativo.

Con tal objeto se conformo un solo grupo experimental con pretest y postest únicos en cada caso.

El grupo experimental estuvo conformado por 15 pacientes edéntulos totales bimaxilares de 60 a 90 años con rebordes alveolares residuales aptos para la prótesis y de ambos sexos.

El instrumento fue el test del perfil de impacto de salud oral (OHIP) confeccionado a su vez en base a los indicadores y subindicadores de la variable dependiente.

La información obtenida a través de la aplicación de los instrumentos fue ordenada en una matriz de registro y control la cual sirve a su vez para confeccionar las tablas y gráficos correspondientes. Así el tratamiento estadístico permitió arribar a interesantes resultados como el hecho de que existió una diferencia estadística significativa del grado de satisfacción personal en pacientes edéntulos totales bimaxilares entre el pretest y el postest en consideración a la prueba  $\chi^2$ , por tanto la hipótesis nula se rechaza y se acepta la hipótesis alterna con un nivel de significación bilateral de 0.05.

## PALABRAS CLAVES

- Prótesis Total bimaxilar.
- Grado de Satisfacción Personal.

## ABSTRACT

The main objective of this research is determine the influence of prosthesis total bimaxillary, in the degree of personal satisfaction in edentulous patients.

This is a quasi experimental study, as such, prospective longitudinal comparative and a field level explanatory.

For this purpose we formed a single experimental group, that contain a pretest and posttest unique in each case.

The experimental group consisted of 15 patients edentulous bimaxillary, between 60 to 90 years, with residual alveolar suitable for the prosthesis, for both sexes. The test that was used was the profile of oral health impact (OHIP). this instrument based on indicators and sub indicators of the dependediente variable.

The information obtained through the application of the instruments, was ordered in a database of control which in turn serves to make tables and charts. So the statistical treatment allowed reaching interesting results, such as the fact that there was a statistically significant difference in the degree of satisfaction edentulous patients bimaxillary between pretest and posttest, in consideration of the X2 test, therefore the null hypothesis is rejected and the alternate hypothesis is accepted, with a two-sided significance level of 0.05.

## KEY WORDS

- Total Prosthesis bimaxillary.
- Degree of personal satisfaction.

## INTRODUCCION

En las últimas décadas la población ha experimentado una rápida transición hacia el envejecimiento poblacional. Este cambio demográfico, se debe al aumento progresivo de la población adulta mayor, paralelo a la disminución del grupo etario menor de 25 años. Sin embargo, la prolongación de los años de vida de la población del país, no ha implicado una mejor Calidad de Vida para los adultos mayores, entendiéndose ésta como “La combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores como aspiraciones y expectativas personales”

El concepto de calidad de vida comenzó a tener importancia cuando se introdujo el Modelo Biopsicosocial en medicina, el cual propone una visión más amplia de la enfermedad, ya no limitada al estrecho marco de las afecciones biomédicas, sino buscando ampliar el espectro de la perspectiva de los diversos profesionales de la salud.

Es por esto, que también en Odontología la tendencia es adoptar este modelo, considerando en el tratamiento del enfermo, que su patología afecta no sólo su salud física sino también su salud mental y su vida social y por lo tanto, su calidad de vida .

La tesis esta organizada en 3 capítulos. En el capitulo I referido al planteamiento teórico se aborda el problema los objetivos el marco teórico y la hipótesis.

El capitulo II que comprende el planteamiento operacional abarca la técnica instrumentos y materiales, el campo de verificación en su triple dimensión ubicacional poblacional y temporal, así como las estrategias de recolección y manejo de resultados.

En el capítulo III se presentan los resultados de la investigación consistentes en las tablas, interpretaciones gráficos discusión conclusiones y recomendaciones.

Finalmente se presenta la bibliografía, hemerografía, la informatografía y los anexos correspondientes.



# INDICE GENERAL

## CAPITULO I

### PLANTEAMIENTO TEORICO

<b>1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>2</b>
<b>1.1 DETERMINACION DEL PROBLEMA</b> .....	<b>2</b>
<b>1.2 ENUNCIADO</b> .....	<b>2</b>
<b>1.3 DESCRIPCION DEL PROBLEMA</b> .....	<b>2</b>
a) Área de conocimiento .....	<b>2</b>
b) Operacionalización de variables .....	<b>3</b>
c) Interrogantes básicas .....	<b>4</b>
d) Taxonomía de la investigación .....	<b>4</b>
<b>1.4 JUSTIFICACION</b> .....	<b>5</b>
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>6</b>
<b>4. MARCO TEORICO</b> .....	<b>7</b>
<b>3.1 Marco Conceptual</b> .....	<b>7</b>
3.1.1 Aspectos Demográficos .....	<b>7</b>
3.1.2 Proceso de Envejecimiento Humano .....	<b>8</b>
3.1.3 El paciente edéntulo .....	<b>9</b>

3.1.4 Actitud Del Paciente	10
3.1.5 Consideraciones Geriátricas	11
4.1.6 Cambios en la Salud Oral del Adulto Mayor	12
4.1.7 Estado dental y Necesidades del anciano	16
4.1.8 Aspectos Psicológicos en la Rehabilitación Protésica	17
4.1.9 Rehabilitación Protésica en el Adulto Mayor	20
4.1.10 Efectos de la Rehabilitación Protésica	21
A) SECUELAS DIRECTAS	21
B) SECUELAS INDIRECTAS	24
4.1.11 Factores que influyen en el uso de prótesis	26
3.1.12 Calidad de vida en relación a la Salud Oral	34
3.1.13 Auto percepción de Salud Oral	36
3.1.14 Satisfacción Personal del Paciente	37
<b>3.2Revisión De Antecedentes Investigativos</b>	<b>43</b>
<b>4. HIPOTESIS</b>	<b>46</b>

## CAPITULO II

### PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

<b>1.- TECNICAS INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACION</b>	<b>48</b>
1.1 TECNICA	48
1.2 INSTRUMENTOS	51
1.3 MATERIALES	53
<b>2.- CAMPO DE VERIFICACION</b>	<b>54</b>
2.1) UBICACIÓN ESPACIAL	54
2.2) UBICACIÓN TEMPORAL	54
2.3) UNIDADES DE ESTUDIO	54
<b>3.- ESTRATEGIA DE RECOLECCION</b>	<b>56</b>
1.1 ORGANIZACIÓN	56
1.2 RECURSOS	57
1.3 PRUEBA PILOTO	57
<b>4.- ESTRATEGIAS PARA MAJERAR LOS RESULTADOS</b>	<b>58</b>
4.1 PLAN DE PROCESAMIENTO	58
4.2 PLAN DE ANALISIS	59


## CAPITULO III

### RESULTADOS

1. PROCESAMIENTO Y ANALISIS ESTADISTICO	61
2. DISCUSION	95
3. CONCLUSIONES	97
4. RECOMENDACIONES	98
<b>IV. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>99</b>
<b>V. HEMEROGRAFIA</b>	<b>101</b>
<b>VI. INFORMATOGRAFIA</b>	<b>101</b>
<b>VII. ANEXOS</b>	<b>102</b>

# INDICE DE TABLAS

TABLA N° 1	61
TABLA N° 2	63
TABLA N° 3	65
TABLA N° 4	67
TABLA N° 5	69
TABLA N° 6	71
TABLA N° 7	73
TABLA N° 8	75
TABLA N° 9	77
TABLA N° 10	79
TABLA N° 11	81
TABLA N° 12	83
TABLA N° 13	85
TABLA N° 14	87
TABLA N° 15	89
TABLA N° 16	91



## INDICE DE GRAFICOS

GRAFICA N° 1	62
GRAFICA N° 2	64
GRAFICA N° 3	66
GRAFICA N° 4	68
GRAFICA N° 5	70
GRAFICA N° 6	72
GRAFICA N° 7	74
GRAFICA N° 8	76
GRAFICA N° 9	78
GRAFICA N° 10	80
GRAFICA N° 11	82
GRAFICA N° 12	84
GRAFICA N° 13	86
GRAFICA N° 14	88
GRAFICA N° 15	90



# **CAPITULO I**

## **PLANTEAMIENTO TEORICO**

## II. PLANTEAMIENTO TEORICO

### 2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

#### 2.1 DETERMINACION DEL PROBLEMA.

Un problema críticamente importante en Prosthodontia Total es no solo el restablecimiento de la morfología, función y estética, sino también cumplir las demandas de la satisfacción personal del paciente, donde tienen de especial injerencia sus expectativas ideales y concepto de armonía.

El tema fue identificado apelando a la lectura de tópicos vinculados al tema, a la revisión de antecedentes investigativos y también a la consulta de especialistas.

#### 2.2 ENUNCIADO

Influencia de la Prótesis total en el grado de satisfacción personal en pacientes edéntulos totales de la Provincia de Azángaro Puno 2012.

#### 2.3 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

##### e) Área de conocimiento.

- a.1) Área General: Ciencias de la salud.
- a.2) Área específica: Odontología.

a.3) Especialidad: Rehabilitación Oral.

a.4) Línea o tópico: Tratamiento del edéntulo total

**f) Operacionalización de variables.**

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
<b>PROTESIS TOTAL</b>		
<b>SATISFACCION PERSONAL</b>	Limitación funcional	Incomodidad para pronunciar palabras Sensación del gusto disminuido.
	Dolor físico	Incomodidad dolorosa general en la boca. Incomodidad dolorosa al ingerir alimentos.
	Molestias psicológicas	Preocupación por problemas orales. Ansiedad o nerviosismo por problemas orales.
	Incapacidad física	Dieta poco satisfactoria por problemas orales. Interrupción en la ingesta de alimentos por problemas orales.
	Incapacidad psicológica	Dificultad para relajarse por problemas orales. Perturbación psicológica frente a otras personas por problemas orales.
	Incapacidad social	Irritabilidad frente a otras personas por problemas orales. Dificultad para realizar trabajos habituales por problemas orales.
	Obstáculo	Sensación general de una vida menos satisfactoria por problemas orales. Sensación de inferioridad debido a problemas orales.

**g) Interrogantes básicas.**

**c.1)** ¿Cuál es el grado de satisfacción del edéntulo total en el pre-test?

**c.2)** ¿Cuál es el grado de satisfacción del edéntulo total en el post-test?

**c.3)** ¿Cuál es la diferencia del grado de satisfacción entre el pre-test y el post-test?

**d) Taxonomía de la investigación.**

ABORDAJE	TIPO DE ESTADIO					DISEÑO	NIVEL
	Por la técnica de recolección	Por el tipo de dato.	Por el N° de mediciones de la variable dependiente.	Por el número de grupos.	Por el ámbito de recolección.		
Cuantitativa	Experimental	Prospectiva.	Longitudinal.	Descriptiva.	De campo.	Cuasi experimental.	Explicativo.

## 2.4 JUSTIFICACION

La investigación justifica por diferentes razones.

- a) **Novedad:** el estudio posee un especial rasgo inédito, en el sentido que cuando menos en el ámbito nacional no se ha medido el grado de satisfacción personal subsecuente a la instalación de una prótesis total.
- b) **Relevancia:** La investigación posee relevancia contemporánea por su importancia actual y también relevancia práctica representada por las soluciones legítimas que la prótesis puede generar en el grado de satisfacción personal.
- c) **Factibilidad:** El estudio es considerado viable porque se prevé la disponibilidad de los pacientes edéntulos potenciales candidatos para la prótesis total así como los recursos, presupuesto, el tiempo, el conocimiento metodológico, la experiencia investigativa y el respeto a las implicancias éticas cuando se investigan seres humanos
- h) **Otras Razones:**  
Interpersonal: Contribución con la cátedra y concordancia del tema elegido con las líneas y políticas de investigación de la odontología.

### 3. OBJETIVOS

2.1) Determinar el grado de satisfacción en el Pre-test en pacientes edéntulos totales.

2.2) Determinar el grado de satisfacción personal en el post –test en dichos pacientes.

2.3) Comparar el grado de satisfacción entre el pre-test y post-test.



## 5. MARCO TEORICO

### 3.1 Marco Conceptual

#### 3.1.1 Aspectos Demográficos

En las últimas décadas, se ha hecho evidente la tendencia mundial hacia una menor fecundidad y una mayor esperanza de vida; lo que ha provocado un incremento de la población adulta mayor, que en un comienzo se presentó sólo asociado a los países más industrializados<sup>1</sup>.

En la actualidad Perú, al igual que los demás países en desarrollo, experimenta el fenómeno que los demógrafos denominan Transición Demográfica, que se define como un proceso gradual mediante el cual una sociedad pasa de una situación de “fecundidad alta / mortalidad alta” a una situación de “fecundidad baja / mortalidad baja” provocando así un cambio en la pirámide poblacional<sup>1</sup>.

El envejecimiento de la población, en la perspectiva demográfica, se produce cuando los contingentes adultos mayores de 60 años crecen proporcionalmente a un ritmo superior al de la población total<sup>1</sup>.

Según Naciones Unidas, una población envejecida es aquella en la que, del total de sus habitantes, más de un 7% son mayores de 65 años<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> DOMINGUEZ O. Vejez y Envejecimiento.1988.

<sup>2</sup> ANZOLA E.GALINSKY D. La atención de los ancianos. pp 3-19.

### 3.1.2 Proceso de Envejecimiento Humano

En su sentido literal, envejecer quiere decir "hacerse viejo", "vivir cada vez más", es así como este concepto puede abarcar tanto a seres individuales como a poblaciones. El envejecimiento individual se caracteriza por cambios visibles en el organismo, y el poblacional se manifiesta por medio de variaciones en la estructura de la sociedad. En síntesis, se puede decir que el envejecimiento es un hecho universal, individual, constante, irreversible, asincrónico y deletéreo<sup>3</sup>.

Cada especie tiene su propia característica de envejecimiento y varía de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro del mismo individuo. En los humanos ocurren cambios bio-psicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades que determinan el envejecimiento<sup>4</sup>.

Afecta a todos los tejidos, órganos y sistemas y, por lo tanto, en la medida que el individuo tiene más edad, el compromiso sistémico es mayor y más complejo<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> ORS MONTENEGRO A. LAGUNA PÉREZ A. Reflexiones sobre el envejecimiento y la calidad de vida. p 12.

<sup>4</sup> OPS/PER. Auto cuidado de la salud para el adulto mayor. pp 19-31.

### 3.1.3 El paciente edéntulo

La salud oral y la asistencia sanitaria oral son importantes para mantener un bienestar adecuado respecto a la masticación, a la digestión, el habla, el aspecto y la esfera psicológica. En el paciente edéntulo, la sustitución de dientes y tejidos perdidos con una prótesis completa para obtener un resultado funcional y estético aceptable continúa constituyendo un importante desafío para el profesional metódico. Numerosos factores pueden influir en la satisfacción del paciente respecto a las prótesis completas.<sup>5</sup>

Finalmente, diversos factores psicológicos como la actitud del paciente hacia las prótesis, parecen tener gran importancia para la aceptación de las prótesis completas.<sup>5</sup>

Para obtener resultados predecibles con las prótesis completas, es importante realizar una evaluación minuciosa del estado de salud general y oral del paciente, de las prótesis existentes y de las expectativas del paciente y de la situación psicológica. De esta forma existen más probabilidades de conseguir un diseño con resultados satisfactorios, así como la aceptación de la prótesis completas.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> OWAL. KAYSER.CARLSSON. Odontología Protésica Principios y estrategias terapéuticas. p 65.

### 3.1.4 Actitud Del Paciente

La actitud del paciente es un factor muy importante en su evaluación para establecer un plan de tratamiento:

Generalmente, en los portadores de prótesis con experiencia el paciente estará satisfecho con la inserción de nuevas prótesis, siempre que el tratamiento haya sido planificado y ejecutado de forma meticulosa.<sup>6</sup>

Sin embargo, un paciente que acaba de quedar edéntulo puede tener una expectativa poco real del resultado del tratamiento protésico, teniendo en cuenta las condiciones existentes y las dificultades para adaptarse a las prótesis completas.<sup>6</sup>

Independientemente de que el paciente edéntulo tenga experiencia o no en llevar prótesis, un resultado satisfactorio también requiere una buena relación entre el odontólogo y el paciente. En este contexto, es importante no dar al paciente falsas expectativas respecto al resultado del tratamiento. Un paciente con una actitud positiva hacia la prótesis tiene mayor probabilidad de estar satisfecho con las nuevas prótesis completas. Si no existe la suficiente confianza entre el paciente y el odontólogo; el tratamiento con prótesis completas tiene un pronóstico muy malo teniéndose en cuenta que es prácticamente imposible tratar a un paciente con el que no hay comunicación.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup>OWAL. KAYSER.CARLSSON. Odontología Protésica Principios y estrategias terapéuticas. p 66

### **3.1.5 Consideraciones Geriátricas En Odontología: Población anciana: estado funcional**

Habitualmente se ha definido a los ancianos como la cohorte de personas de 65 años de edad o mayores. no obstante, este criterio de edad es menos útil en odontología debido a las enormes variaciones en las condiciones físicas, mentales y medicas de las personas de 65 años o mayores.<sup>7</sup>

Si las personas mayores están relativamente sanas; su cuidado dental presentara pocos problemas para la práctica general de la mayoría de odontólogos. Sin embargo, si los sujetos ancianos presentan una discapacidad física o mental, pueden no ser capaces de tener acceso o asistencia dental o de proporcionarse un auto cuidado independiente adecuado. Si la higiene oral es deficiente la salud oral se deteriorara.<sup>7</sup>

Así, desde la perspectiva del tratamiento dental, resulta mas útil definir las poblaciones en términos de estado funcional que en función de la edad.

Ettinger y Beck separaron la población adulta anciana en tres amplias poblaciones funcionales.<sup>7</sup>

Adultos ancianos funcionalmente independientes que viven en la comunidad sin asistencia y que constituyen el 70% de la población de 65 años de edad o mayores.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> OWAL. KAYSER.CARLSSON. Odontología Protésica Principios y estrategias terapéuticas. p 81-83.

Adultos ancianos débiles que han perdido parte de su independencia, pero que continúan viviendo en la comunidad con la ayuda de servicios de asistencia y que constituyen cerca del 20% de la población anciana. Adultos ancianos funcionalmente dependientes que son incapaces de vivir en la comunidad de forma independiente y que viven confinados en el hogar o que están institucionalizados. Se postula que cerca del 5% de ancianos vive confinada en el hogar y cerca del 5% esta institucionalizado.<sup>8</sup>

#### 5.1.6 Cambios en la Salud Oral del Adulto Mayor

Los tejidos orales y periorales no escapan del proceso de envejecimiento y en ellos se pueden observar diferentes cambios que se pueden clasificar como:

- Los propios de cada tejido bucal.
- Los ocasionados por el deterioro sistémico que se refleja en los tejidos orales.
- Los producidos por los medicamentos o elementos terapéuticos utilizados en estos pacientes.

La condición bucal del adulto mayor tiene gran influencia en la selección de los alimentos y, por ende, en su condición nutricional. Es así como las personas con impedimentos dentales severos, especialmente los portadores de prótesis dentales completas, seleccionan su dieta comprometiendo su nutrición. La razón principal del cambio es la disminución de la función sensorial de la boca.<sup>9</sup>

<sup>8</sup> OWAL. KAYSER.CARLSSON. Odontología Protésica Principios y estrategias terapéuticas. p 81-83.

<sup>9</sup> DRUMMOND J, NEWTON J, SCOTT J. Oral facial aging. pp 17-28.

Esta alteración afecta también a los adultos mayores, tanto dentados como desdentados parciales, en los que se ha demostrado que los cambios propios de la edad disminuyen significativamente la percepción de los sabores, la dureza y la textura de los alimentos, haciendo que decrezca su interés por alimentarse. La habilidad masticatoria y el estado de la dentición juegan un rol muy importante en la ingestión de alimentos. A medida que las personas pierden sus piezas dentarias, ya un cuando utilicen prótesis, disminuye su eficiencia masticatoria mostrando menor disposición a ingerir alimentos duros.<sup>9</sup>

Existen cambios que forman parte del proceso de envejecimiento como:

- a) **Atrofia de la mucosa oral:** hace a los tejidos más vulnerables a los traumas y presiones durante la masticación, produciendo malestar que obliga a la selección de alimentos más blandos.<sup>9</sup>
- b) **Cambios en la función salival:** Los pacientes ancianos presentan diversos grados de disfunción salival, tanto en calidad como en cantidad. Los cambios se pueden deber a atrofia de los acinos glandulares como parte del proceso de envejecimiento, o a la acción de medicamentos o radiación en la zona de cabeza y cuello en pacientes tratados por cáncer. La disminución de la saliva, hace que el adulto mayor requiera de más tiempo para preparar el bolo alimenticio para ser deglutido, afectando su relación social y condicionando la selección de los alimentos de modo adverso para su salud.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> DRUMMOND J, NEWTON J, SCOTT J. Oral facial aging. pp 17-28.

En los adultos mayores desdentados, con baja eficiencia masticatoria, el consumo reducido de alimentos fibrosos produce desordenes gastrointestinales. Las prótesis dentales adecuadas han demostrado ser la condición principal para obtener una apropiada alimentación de estas personas, contribuyendo a prevenir problemas digestivos como constipación, obstrucción intestinal aguda e irritación intestinal crónica, al permitirles aumentar la ingesta de alimentos con fibras.<sup>10</sup>

- c) **Cambios en el tejido óseo:** En los adultos mayores el tejido óseo puede verse afectado con gran severidad. El proceso de remodelación ósea constante que ocurre normalmente durante toda la vida, y que en el adulto conserva un equilibrio entre la reabsorción ósea y la deposición del hueso, se ve alterado con los años por causas celulares y/o hormonales, predominando a partir de la sexta década de la vida la reabsorción sobre la formación ósea<sup>10</sup>

Los cambios óseos son más dramáticos en las mujeres pos menopáusicas y en los hombres mayores de 70 años. En la mujer mayor, posteriormente a la menopausia se produce una disminución de los niveles de estrógeno y alteraciones de los mecanismos de absorción y metabolismo del calcio, lo que produce mayor secreción de hormona paratiroidea incrementando la reabsorción ósea con el fin de mantener el calcio sérico. La consecuencia es un hueso de menor densidad (osteoporosis) especialmente del hueso esponjoso, aun cuando también se ve alterado el hueso cortical.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> DRUMMOND J, NEWTON J, SCOTT J. Oral facial aging. pp 17-28

Se ha demostrado que a nivel mandibular existe una correlación positiva entre osteoporosis y maxilares severamente reabsorbidos con rebordes mandibulares en filo de cuchillo. La pérdida dentaria induce la reabsorción de la cresta alveolar disminuyendo en altura los rebordes de los maxilares, lo que ocurre progresivamente en el tiempo, de modo que es más grave mientras más prematuras sean las extracciones<sup>11</sup>.

**d) Cambios en el tejido dentario:** Aún cuando no se presenten lesiones cariosas y la oclusión sea adecuada, el uso constante hace que los dientes sufran un desgaste natural conocido con el nombre de atrición. A este hecho se agregan patologías como la caries dental, lesiones abfractionales, enfermedad periodontal, bruxismo u otros factores como la reacción a los procedimientos odontológicos o al uso de materiales restauradores. Todos ellos constituyen agentes irritantes sobre la pulpa que ocasionan procesos reactivos con consecuencias importantes en la estructura dental que complican los tratamientos. En los ancianos prevalece la caries radicular sobre la coronaria, favorecida por la reabsorción gingival y la disminución del flujo salival.<sup>11</sup>

**e) Cambios en el periodonto:** La enfermedad periodontal, es la mayor causa de pérdida dentaria después de los 35 años. Si bien suele ser más común en los ancianos, lo es únicamente por la frecuencia acumulada, sin que sea propiamente una enfermedad de la vejez.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> BADEMER O. La salud dental en la vejez. pp 9-12.

Estudios realizados sobre la influencia de las condiciones bucales en el bienestar del anciano reportaron que las enfermedades bucales condicionan disfunciones del sistema estomatognático, falta de bienestar y discapacidad, además de influir en aspectos sociales, económicos y psicológicos en el anciano.<sup>11</sup>

### 3.1.7 Estado dental y Necesidades del anciano

Actualmente en muchos países el edentulismo ha disminuido de forma progresiva con cada generación, pero se asocia con mayor frecuencia con grupos de nivel socioeconómico bajo y también depende del lugar de residencia, de la región geográfica y de factores culturales. En estados unidos el estudio nacional mas reciente mostro que las personas ancianas dentadas utilizaron servicios dentales de forma similar a los adultos trabajadores, y que las diferencias atribuidas generalmente al envejecimiento no estaban relacionadas con la edad, sino con la presencia o ausencia de dientes naturales. Estos consumidores ancianos dentados están preparados para utilizar y pagar servicios dentales para mantener sus denticiones.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup>BADEMER O. La salud dental en la vejez. pp 9-12.

<sup>12</sup> OWAL. KAYSER.CARLSSON. Odontología Protésica Principios y estrategias terapéuticas. p 81.

### 3.1.8 Aspectos Psicológicos en la Rehabilitación Protésica

Una intervención modificativa de la cavidad oral, a través de elementos protésicos(fijos, removibles o implantes), involucra en forma mas o menos importante los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la vida del paciente. En efecto, la perdida de dientes, que en nuestra sociedad se produce cada vez mas a menudo, en edad avanzada, puede representar un impacto dramático sobre la percepción del cuerpo y de la identidad personal: las consecuencias referibles a los aspectos individuales, interpersonales y sociales cada vez mas frecuentemente, están correlacionados con la expectativa de los resultados, influenciadas a su vez a partir de los modelos culturales transmitidos por los medios de comunicación masivos.<sup>13</sup>

La ausencia parcial o total de los dientes no solo hace difícil el acto de masticar, sino que involucra en forma muy compleja la vida de la persona. Un daño o una perdida física pueden, en efecto, ser la base de dificultades psicológicas y del logro de objetivos personales y sociales. La pérdida de un diente, en algunas personas, es vivida como la perdida de un muy buen amigo y puede ser comparable con una situación de luto: los dientes, en efecto, como órganos del cuerpo, son objetos de una “inversión” directa de tipo emotivo, estético y funcional.<sup>13</sup>

Además de la perdida de los dientes también la prótesis, que por lo general conduce a una mejoría, puede en algunos casos representar un factor predisponente, desencadenante o perpetuante de diversos problemas psicopatológicos.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> EDITRISE TORINESE. Rehabilitación protésica. Vol I. p 41

Esto depende de la forma en la que la prótesis se inserta en el ambiente corporal y durante la vida del paciente, así como de la modalidad con la que se desenvuelve este complejo evento como un estrés, a veces el último de una larga serie, como la única solución tan esperada para muchos problemas (no solo odontológicos, sino también sociales), como signo de envejecimiento.<sup>14</sup>

PROTESIS: Del griego *prothesis* (*agregado*) indica una técnica que se propone para la sustitución de una parte del cuerpo humano con uno de material no biológico que reproduce la forma y posiblemente la función. Los términos griegos “pro”(colocado delante adelante) y “tesis” (actuar hacia, colocar) conducen al vocablo prótesis, es decir, algo que el odontólogo coloca frente al paciente y que este último debería integrar para sí. La prótesis debe ser apropiada, con el doble significado que asume esta adjetivización: apropiada en cuanto correcta y adecuada para las exigencias del paciente, adecuada puesto que el paciente asume su propiedad, articulada y posiblemente integrada en el interior del propio esquema corporal. sobre todo en las fases iniciales la prótesis móvil; si bien es considerada como un medio terapéutico; es aceptada como un cuerpo extraño.<sup>14</sup>

Es importante que el paciente sienta la prótesis como “suya”, esto significa que el mismo con la misma debe gustarse, por lo tanto, resulta útil pedirle algunas fotografías de cuando tenía sus dientes, para que el odontólogo pueda preparar una prótesis lo más similar posible a la dentadura natural del paciente, imitando la forma, el color y el tipo de alineación. De esta forma, el individuo acepta con mayor facilidad el producto protésico, ya que reconoce, incluso en la dimensión estética, lo que pensaba haber perdido para siempre.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> EDITRISE TORINESE. Rehabilitación protésica. Vol I. p 44

El poseer “dientes nuevos” o una “nueva boca” lleva a los pacientes a observarse continuamente y a prestar mucha atención al juicio de los demás. Puede ser importante que, durante la fase de montaje de los dientes anteriores (en prótesis total) o en la prueba estética (en prótesis fija), este presente también un pariente o un buen amigo del paciente, para que se pueda tener también una opinión externa, esto es, a menudo, un detalle importante para el buen resultado de la prótesis.<sup>15</sup>

Los dientes nuevos son muy a menudo considerados por el paciente como si estuvieran aislados de la propia experiencia global, si esta fase de “chequeo” dura mucho tiempo, no solo la identidad total, sino también la relación odontólogo-paciente corre el riesgo de estar comprometidas y de llevar a una situación de conflicto.<sup>15</sup>

El individuo debe de esta forma ser ayudado por el odontólogo a insertar los nuevos elementos en el interior del propio cuerpo. Numerosos estudios destacan como uno de los principales factores que motivan a una intervención de prótesis odontológica resulta estético. El tema de referencia es el de un aparato que al funcionar en forma adecuada responda al mismo tiempo a los criterios de bienestar y belleza. La finalidad total de la intervención consiste en restablecer la funcionalidad del aparato tanto en sentido somático como psicológico<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> EDITRISE TORINESE. Rehabilitación protésica. Vol I. p 43

Estas intervenciones, por lo tanto, poseen implicaciones relativas tanto objetivas como subjetivas y el restablecimiento de una buena funcionalidad masticatoria debe entrar en sinergia con una imagen positiva auto corporal y una mejor calidad de vida.<sup>15</sup>

### **3.1.9 Rehabilitación Protésica en el Adulto Mayor**

Las técnicas protésicas que se emplean en la rehabilitación oral en el adulto mayor son aproximadamente las mismas que se utilizan en cualquier individuo, solamente sean adaptado a las características de la población, las que son diferentes a las del resto de los adultos y es por esta razón que el protesista debe considerarlas en la planificación de los tratamientos.

Con el envejecimiento se hace más difícil alcanzar nuevos aprendizajes y el logro de nuevos patrones de movimiento se hace dificultoso para una persona de edad. El anciano realiza la mayor parte de las acciones que estaba acostumbrado a efectuar como adulto maduro, pero la presteza de su accionar y el modelo de conducta es más lento<sup>16</sup>.

De esta forma acostumbrarse a una prótesis representa graves inconvenientes, debido a la adaptación del sistema neuromuscular con los tejidos adyacentes, de la masticación, del habla y de la estabilidad de la prótesis. A pesar de todos los problema que se pueden presentar, los pacientes necesitan una rehabilitación oral que les devuelva la estética, las funciones bucales, la autoestima, y la relación con sus semejantes y que, además, les permita acceder y/o mantener una vida laboral que ayude a solucionar sus problemas económicos. En la medida que el

---

<sup>15</sup> EDITRISE TORINESE. Rehabilitación protésica. Vol I. p 43

<sup>16</sup> MATURANA H. La Ética del respeto mutuo. p 55

odontólogo comprenda la realidad física y psicológica del adulto mayor podrá aplicarla en su quehacer de manera “ética”, aquella ética en la cual lo que le pasa al otro con lo que yo hago, a mi me importa. La mayoría de las veces, esto es lo que diferencia el éxito del fracaso en lo profesional<sup>17</sup>

El odontólogo debe educar al paciente desde el inicio del tratamiento, en el uso y manejo de las prótesis e igualmente planificar la dieta en cantidad, calidad, tamaño y consistencia, para mantener una nutrición equilibrada, ya que las prótesis influyen en la capacidad de masticación e inevitablemente sobre el interés y elección de los alimentos, siendo la población adulta mayor más vulnerable a la desnutrición.<sup>17</sup>

### **3.1.10 Efectos de la Rehabilitación Protésica**

Los pacientes usuarios de prótesis removibles pueden presentar efectos adversos en la salud de los tejidos de soporte. Estos efectos pueden ser divididos en secuelas directas e indirectas.

#### **A) SECUELAS DIRECTAS**

En usuarios de dentaduras totales en comparación con sujetos dentados las secuelas directas están relacionadas con los cambios en la función masticatoria, y con los trastornos fonéticos.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> SAIZAR P. Prostonancia Total. Vol II. pp 111-125.

**a) Reabsorción del reborde residual:**

La reabsorción de reborde residual alveolar es un proceso de pérdida ósea que se presenta en todos los pacientes, con una considerable variación interindividual en el grado de pérdida de hueso post extracción dentaria y el uso de prótesis dentales totales siendo cuatro veces mayor en la mandíbula que en el maxilar. Las consecuencias de la reabsorción del reborde alveolar residual son un problema tanto para el paciente como para el rehabilitador.<sup>18</sup>

**b) Reacciones de la mucosa:**

- Estomatitis sub-protésica: Muchos portadores de prótesis removible desarrollan una reacción inflamatoria en la mucosa oral, la cual se denomina estomatitis subprotésica que según Newton puede ser graduada en tres tipos, la tipo I presenta inflamación localizada o punteado hiperémico: la tipo II presenta un eritema más difuso y la tipo III se presenta como una hiperplasia papilar no neoplásica con variados grados de inflamación. La prevalencia de la estomatitis protésica es muy Variable y su etiología es de carácter multifactorial, como la mala higiene oral con la consecuente acumulación de placa bacteriana y la presencia de *Cándida albicans*, asociada principalmente a la estomatitis protésica tipo II y III<sup>18</sup>. Factores traumáticos como mecánicos, químicos y reacciones alérgicas asociadas a los componentes de la prótesis, principalmente se relacionan con la estomatitis protésica tipo I. Estudios recientes postulan que los aspectos inmunológicos pueden sumarse a la patogénesis de esta condición<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> SAIZAR P. Prostdoncia Total. Vol II. pp 111-125.

- Hiperplasias irritativas; como respuesta de las mucosas ante la irritación crónica de una sobre extensión y/o mal ajuste de la prótesis, puede ser una hiperplasia tisular fibrosa, presentando una ocurrencia mayor en el maxilar, sin embargo estas lesiones curan comúnmente sin problemas después de eliminar el área injuriante de la prótesis.<sup>19</sup>
- Ulceras traumáticas: se producen frecuentemente los primeros días después de la instalación de las nuevas prótesis, y son causadas, generalmente, por alteraciones oclusales, sobre extensión de flancos y sobre compresiones. Luego de realizar las modificaciones de la prótesis sanan rápidamente. Investigaciones realizadas en pacientes portadores de prótesis por largos períodos de tiempo han demostrado la presencia de un 7% de úlceras en la mandíbula y sólo un 1% en el maxilar.<sup>19</sup>
- Condiciones relacionadas con el uso de las prótesis totales: Síndrome de la boca urente y alteraciones en la percepción de sabores. En contraste con la estomatitis subprótesica la cual es frecuentemente indolora el síndrome de boca urente es una condición caracterizada por ardor y sensación dolorosa en la boca con mucosa normal y no está limitada al uso de prótesis. La lengua es el sitio que puede ser afectado con mayor frecuencia. La causa es multifactorial, pudiendo existir factores locales, sistémicos y psicogénicos, y además cuando existe la presencia de xerostomía puede suceder que se presente la sensación de ardor, pero hay poca evidencia científica frente a esta relación directa.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> SAIZAR P. Prostdoncia Total. Vol II. pp 111-125.

El mejorar las deficiencias de las prótesis es el primer paso en el manejo del síndrome de la boca ardiente, sin embargo si no hay deficiencias claras de los aparatos, el rehabilitador debería solicitar una evaluación psicológica buscando causas de origen psicogénico.<sup>20</sup>

- Reacciones alérgicas a los materiales dentales: La sensación de ardor se adjudica generalmente a una reacción alérgica de los tejidos de soporte al metacrilato de metilo, aunque la base de acrílico de la dentadura tal vez no desempeña ningún papel en el problema. El monómero libre en bases de dentaduras curadas en forma incompleta o rebases con resinas de auto polimerización también son las causantes de estas molestias.<sup>20</sup>

Las verdaderas alergias al acrílico son raras. Un factor causal es el alto contenido y emigración de plastificante desde la prótesis a los tejidos.<sup>20</sup>

## **B) SECUELAS INDIRECTAS**

**a) Función Masticatoria y Fuerza de corte:** Al realizar las mediciones de la función masticatoria, tal como la fuerza del corte y la habilidad de moler los alimentos, se muestran sustancialmente reducidas en los usuarios de prótesis totales en comparación con personas con dentición natural.

Muchos estudios han validado la hipótesis de que la función masticatoria disminuye lentamente en presencia de una adaptación funcional o un estado de

---

<sup>20</sup> SAIZAR P. Prostodoncia Total. Vol II. pp 111-125.

oclusión premolar, esto significa tener cuatro unidades remanentes oclusales, luego de esto la función masticatoria se deteriora rápidamente.<sup>21</sup>

La reducción de la eficiencia masticatoria puede inducir cambios en la selección dietética e ingesta de nutrientes, con riesgo de perjudicar el estado nutricional, especialmente en adultos mayores que usan dentaduras totales. Sin embargo al relacionar la ingesta de nutrientes con el estado de salud oral, considerando el estado de los aparatos protésicos, se puede observar que la presencia de dientes naturales y prótesis removibles bien ajustadas se asocia a una mejor calidad de la dieta.<sup>21</sup>

**b) Los trastornos fonéticos:** En el desdentado son muy marcados en el primer período, posteriormente suele compensarse modificando los puntos fonarticulatorios. Las prótesis removibles, muy especialmente la prótesis inmediata, reducen en forma notable estos trastornos.<sup>21</sup>

**3) La estética:** Los avances en el campo de la estética han logrado dar naturalidad en cuanto al color, forma y posición de las piezas dentarias artificiales, pero siempre durante el tratamiento protésico se debe tener en cuenta, la opinión y aceptación del paciente, considerando que la percepción de lo estético es diferente en cada individuo.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> SAIZAR P. Prosthodontia Total Vol II. pp 69-91.

Es importante establecer una comunicación estrecha entre paciente y profesional, ya que existen consideraciones subjetivas, que pueden ser determinantes en el éxito final del tratamiento.<sup>22</sup>

### 3.1.11 Factores que influyen en el uso de prótesis

#### 1) Sexo

Los problemas de la vejez afectan más al sexo femenino, ya que la mujer tiende a vivir más que los hombres, y con ello presenta mayor posibilidad de que su salud se deteriore. En nuestro país la vejez femenina se caracteriza generalmente por enfermedad, pobreza, dependencia, soledad e institucionalización.<sup>23</sup>

Algunos estudios indican que éste género presenta una mayor preocupación por el estado de su salud general y oral, demostrada a través de la mayor demanda por atención en los servicios.

La extrema irritabilidad y frecuente sensación de ardor de la mucosa, lengua y paladar en mujeres diabéticas y menopáusicas es a menudo diagnosticada como alergias uno de los componentes de las bases protésicas.<sup>23</sup>

Otro desorden, que ocurre predominantemente en el período post-menopáusico en la mujer es el Síndrome de Sjögren, desorden de etiología poco clara pero con un fuerte componente auto-inmune, que ocurre predominantemente en el período menopáusico y post-menopáusico ,cuyos síntomas son queratoconjuntivitis seca,

---

<sup>22</sup> VÉLEZ C. Tratamiento estético integral del sector anterior de la boca. p 108.

<sup>23</sup> PAPALIA D.WENDKOS S. Desarrollo Humano. pp 529-557.

xerostomía y algunas veces artritis reumatoídea, lupus eritematoso o esclerodermia y donde la poca lubricación de la saliva debido a cambios degenerativos y consecuente disfunción de las glándulas salivales causan la sensación de ardor en la mucosa y dificultad para comer y tragar con prótesis.<sup>24</sup>

La osteoporosis es otra condición sistémica que tiene implicancia en Odontología. Becker demuestra que el 38% de las mujeres sobre 48 años exhiben alto riesgo de osteoporosis y esto se eleva a 64.3% en la población mayor de 50 años. Esta enfermedad se asocia más y progresa más rápido en mujeres y aparece poco después de la menopausia. Se caracteriza por una pérdida de masa ósea que puede provocar una fractura con una carga mínima. La pérdida de hueso puede hacer necesario reemplazar frecuentemente las prótesis dentales.<sup>24</sup>

## 2) Edad

No existen estadísticas nacionales que relacionen personas desdentadas totales y edad, algunos estudios muestran que su número aumenta con el envejecimiento, como también algunas enfermedades de tipo crónico y sistémico.

El uso de prótesis removible, particularmente de las totales, está basado en un muy complejo patrón de coordinación neuromuscular. La prótesis en si misma es un implemento sin vida y pasivo, es completamente inútil sin la operación de la neuro musculatura. El anciano realiza la mayor parte de las acciones que estaba acostumbrado a hacer como adulto maduro, pero la presteza de su accionar y el modelo de conducta es más lento.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> PAPALIA D.WENDKOS S. Desarrollo Humano. pp 529-557.

De esta forma acostumbrarse a una prótesis representa graves inconvenientes, debido a la adaptación del sistema neuromuscular.<sup>25</sup>

Llama la atención que los pacientes adultos mayores de más edad han relatado encontrarse satisfechos con prótesis mal ajustadas y están menos dispuestos a solicitar su mejoramiento, que los adultos mayores más jóvenes.<sup>25</sup>

### 3) Tipo de Prótesis

Considerando la extensión de la pérdida dentaria y la arcada afectada, se determina el tipo de prótesis, esto es superior o inferior, total o parcial, lo cual afecta en el confort y satisfacción del paciente respecto al tratamiento realizado.

El uso o no uso de una prótesis superior o inferior puede estar determinado por múltiples factores: anatómicos, funcionales, mecánicos, estéticos, psicológicos.

En estudios que comparan la frecuencia de uso entre prótesis superior e inferior, se observa que el valor relativo de las personas que no las usan o las usan con poca frecuencia es mayor si se refiere a prótesis inferior, un 36,5%, porcentaje que disminuye en el caso de prótesis superiores, en que es aproximadamente un 19,3%. Los adultos mayores que declaran que siempre usan su prótesis superior corresponden al 63,5% y a un 50%, la prótesis inferior.<sup>26</sup>

Otros estudios en nuestro país muestran que un 80,6% de los adultos mayores usaban siempre sus prótesis superiores totales, un 71,9% las superiores parciales, un 52,6% las inferiores totales y un 63,8% las inferiores parciales y que la frecuencia de uso protésico está determinada por la localización de la prótesis

<sup>25</sup> MATURANA H. La Ética del respeto mutuo. p 22.

<sup>26</sup> PONCE M. Influencia de la rehabilitación oral en la salud mental y calidad de vida del senescente. p 39.

(maxilar o mandibular) y no por su extensión (total o parcial). La mayor frecuencia de uso de las prótesis maxilares se asocia a una mejor percepción del nivel de salud bucal, no sucede lo mismo con las prótesis mandibulares. Se ha observado además, que razones comunes que influyen en el grado de satisfacción en pacientes portadores de prótesis removible son: la adaptación del aparato protésico a los tejidos, el número y alineamiento de los dientes, la salud de los tejidos mucosos, gingivales y periodontales, el tipo y confección de los apoyos y retenedores y el material y tipo de base (conector mayor). Considerando que la prevalencia de desdentamiento total maxilar es mayor al mandibular y que el desdentamiento parcial inferior se presenta con mayor frecuencia al superior, es que se reflejará en los tratamientos protésicos realizados; presentando mayor frecuencia la prótesis total superior, seguida de la prótesis parcial inferior.<sup>27</sup>

#### **4) Calidad Técnica**

Calidad Técnica se define como el atributo o propiedad que distingue la naturaleza de las personas o cosas. Por lo que la evaluación de ésta en las prótesis removibles acrílicas, la podemos definir como “aquella medición de los atributos que caracterizan una prótesis removible acrílica como un aparato capaz de cumplir la función para la cual fue diseñada”. Por lo tanto, para que una prótesis sea considerada de buena calidad deberá cumplir con los requisitos universalmente aceptados y basados en teorías que sustentan la rehabilitación protésica.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> PONCE M. Influencia de la rehabilitación oral en la salud mental y calidad de vida del senescente. p 39.

Los requisitos incluyen oclusión, extensión de los límites protésicos, soporte, tención, rigidez, estética, estabilidad, adaptación de los retenedores, alivios, márgenes instalación y controles post operatorios.<sup>28</sup>

Numerosos estudios demuestran que algunos de los pacientes portadores de prótesis totales se encuentran conformes con ellas, a pesar de las imperfecciones técnicas que presentan. Por otra parte, existen pacientes que no están satisfechos con sus prótesis, aunque éstas no presenten problemas en cuanto a su calidad técnica lo que muestra que la evaluación técnica o funcional de las prótesis realizada por el profesional y la apreciación del paciente pueden ser diferentes, aunque algunos estudios muestran lo contrario.<sup>28</sup>

### **5) Experiencia Previa**

Cada tratamiento debe ser resuelto sobre la base de la individualidad. Experiencias previas desagradables son un factor importante en el comportamiento posterior a la inserción de la prótesis.<sup>29</sup>

Algunos estudios demuestran que pacientes que nunca han usado prótesis anteriormente, presentan un mayor grado de insatisfacción con su tratamiento que aquellos que presentan una experiencia anterior.<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> CARVAJAL C, SARMIENTO M. Determinación de la Relación entre Satisfacción Derivada de la Rehabilitación Protésica y su Calidad Técnica. p 73.

<sup>29</sup> SAIZAR P. Prostdóncia total. Vol II p 138.

Si previamente se ha confeccionado una dentadura removible, es importante conocer el máximo posible acerca de la experiencia durante y después del tratamiento.

Si al paciente se le han confeccionado varias prótesis en corto tiempo, se debe considerar que la actitud y/o biotipo del paciente puede influir. La respuesta del paciente a la pregunta ¿Por qué no está satisfecho con sus prótesis? nos ayuda a no repetir los mismos errores que provocaron el descontento del paciente. Si el paciente ha sido portador de una sola dentadura removible y ésta simplemente se ha desgastado, la experiencia previa del paciente ha sido favorable y puede anticipar una conducta similar para el tratamiento futuro.<sup>30</sup>

#### **6) Estado de Salud Mental**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud mental como un estado de bienestar, que va más allá de la ausencia de una enfermedad, incidiendo los factores macro sociales de modo determinante en el equilibrio psíquico, en el bienestar personal y en la participación del individuo en los objetivos comunitarios.

El riesgo de que desórdenes mentales comunes como trastornos depresivos y ansiosos, y sus dificultades asociadas, aumenta gradualmente con el envejecimiento.<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup>SAIZAR P. Prosthodontia total. Vol II p 138.

<sup>31</sup>MARIN P. Enfermedad de Alzheimer. En Gerontología Básica Lecturas Complementarias pp. 89-106.

El envejecimiento mental normal constituye un deterioro gradual y heterogéneo de diferentes facultades psicológicas, cuantitativas y cualitativas, con cambios mentales que aparecen en diferente forma y combinación, según la personalidad básica, que no implican síntomas clínicos significativos relacionados a la presencia de enfermedades, exposiciones ambientales, y/ o factores propios del estilo de vida.<sup>32</sup>

Estudios demuestran que individuos que presentan algún grado de depresión presentan descuido de la higiene oral, mayor consumo de dieta cariogénica, flujo salival disminuido que puede estar asociado a medicación, deterioro oral acelerado, enfermedad periodontal avanzada, disestesias orales y caries rampante y pueden tener efectos significativos en la adaptación a prótesis totales nuevas llevando a una rehabilitación protésica, que puede no tener el éxito deseado debido a la actitud negativa que podría presentar el paciente debido a su condición bucal.<sup>32</sup>

Sujetos con deterioro mental portadores de prótesis removible, relatan tener más problemas y menor satisfacción que antes de realizarse el tratamiento, lo que puede ser posible porque al momento de confeccionar las prótesis ya estaban insatisfechos con su condición dental; así el sólo hecho de rehabilitarlos protésicamente no mejora su condición psicológica. Sin embargo se ha observado que a mayor cantidad de unidades oclusales involucradas, se presentaría más satisfacción por parte de estos pacientes, con la rehabilitación oral debido a que presentarían un mayor confort oral.<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> FRANKS A, HEDEGARD B. Odontología Geriátrica. pp 45-63.

La evaluación previa del estado de salud mental podría utilizarse como un indicador de éxito de la terapia, ya que puede permitir hacer un pronóstico de la influencia que podría tener la salud mental en la adaptación, adherencia al tratamiento y la satisfacción del paciente. Es indispensable que el odontólogo posea conocimientos de los trastornos psicológicos más comunes en el adulto mayor y pueda implementar una psicoterapia previa y/o posterior al tratamiento; ya que tendrán una influencia decisiva en el diagnóstico, la planificación y éxito del mismo.<sup>33</sup>

Es importante considerar que al escuchar como el paciente relata su historia médica y dental, podemos apreciar sus expectativas, evaluar su comportamiento y ubicarlo dentro de los cuatro tipos de pacientes que señala Fox (receptivo, escéptico, histérico, pasivo) y aparte debemos evaluar el estado de salud mental del paciente ya que existen personalidades que se pueden prestar para confusión.<sup>34</sup>

Se ha estimado que un 30% de la población general de la región Metropolitana presenta algún grado de deterioro mental.<sup>34</sup>

---

<sup>33</sup> FRANKS A, HEDEGARD B. Odontología Geriátrica. pp 45-63.

<sup>34</sup> ACUÑA J, ROJAS G, FRITSCH R, ARAYA R. Síntomas Psiquiátricos y discapacidad en el gran Santiago. pp 217-224.

### 3.1.12 Calidad de vida en relación a la Salud Oral

En el adulto mayor cualquier proceso biológico y psicológico está íntimamente ligado a la calidad de vida del individuo y a la percepción de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que vive, en relación a sus expectativas e intereses.<sup>35</sup>

Actualmente existe un creciente interés en las consecuencias de la salud oral en términos de cómo afecta la calidad de vida. Las patologías bucales generalmente no son fatales, pero pueden afectar al individuo en su capacidad de alimentarse, comunicarse (hablar), y en la socialización con el medio que lo rodea.<sup>35</sup>

La calidad de vida relacionada con la salud bucal no es cuantificable mediante instrumentos genéricos de salud general, debido a que estas encuestas no incluyen aspectos relacionados con la salud bucal.<sup>35</sup>

Por esto se ha hecho necesario crear instrumentos específicos que permitan estimar el impacto social y funcional de las patologías bucales, correlacionar los hallazgos con las medidas clínicas objetivas y evaluar la efectividad de los tratamientos odontológicos otorgados.<sup>35</sup>

El objetivo de medir la calidad de vida junto con la historia clínica y el examen físico es proporcionar información cuantificable y completa, útil para establecer el diagnóstico, elegir el tratamiento y monitorizar su éxito. Es por esto que cabe

---

<sup>35</sup> FRANKS, HEDEGARD. Odontología Geriátrica. pp 45-63.

destacar que las posibilidades de uso de los instrumentos que evalúan calidad de vida relacionada con la salud oral son las siguientes:<sup>36</sup>

1. Evaluación y monitoreo de problemas psicosociales asociados a problemas de salud oral.
2. Estudios poblacionales para evaluar percepción de la salud oral.
3. Auditorias odontológicas.
4. Ensayos clínicos.
5. Análisis de costo-utilidad de tratamientos odontológicos.<sup>36</sup>

En síntesis la calidad de vida puede ser modificada por la salud general (determinada por aspectos físicos y mentales) y por factores específicos de salud, entre los cuales se encuentra la salud oral y los tratamientos que se realicen a ese nivel.<sup>36</sup>

Estudios internacionales han demostrado que los desordenes bucales tienen un efecto significativo en el bienestar y satisfacción del adulto mayor.<sup>36</sup>

Otras investigaciones en adultos mayores que presentan alteraciones físicas mentales y que se encuentran en centros de cuidado geriátrico o en individuos con VIH, han establecido que la salud oral está fuertemente asociada con la salud física y mental, por lo cual, el acceso apropiado a cuidados de salud oral mejoraría la calidad de vida de estos individuos, al aumentar la percepción positiva del paciente sobre su salud oral y mental.<sup>37</sup>

---

<sup>36</sup> FRANKS, HEDEGARD. Odontología Geriátrica. pp 45-63.

<sup>37</sup> MATURANA H. La Ética del respeto mutuo. p 46.

### 3.1.13 Auto percepción de Salud Oral

La forma en que las personas perciben su salud bucal está relacionada significativamente con el bienestar; es decir, que una boca “saludable” contribuye a que la persona se sienta bien y ayuda a su satisfacción y felicidad. Por ello la percepción de salud bucal puede ser considerada como un factor predictor de calidad de vida, y está asociada a una variedad de indicadores de salud general y conductas saludables. Es más, existen estudios que informan sobre la asociación entre la auto percepción de la salud oral global con la auto percepción específica de limitaciones funcionales bucales. Se ha descrito que algunos instrumentos para evaluar calidad de vida relacionada a la salud oral, son sensibles para detectar la influencia de los tratamientos odontológicos en la percepción del paciente sobre su salud oral, lo que podría ser útil para relacionar satisfacción y percepción del paciente en relación a su rehabilitación.<sup>38</sup>

Entre los factores asociados a una baja percepción del estado de salud se encuentran: los bajos ingresos económicos, sentimientos de soledad, problemas visuales, estilo de vida sedentario, incapacidad funcional, bajo nivel de estudio, falta de apoyo emocional, falta de apoyo social, padecer enfermedades, consumir medicamentos, perder capacidad funcional, insomnio, pertenecer a una clase social desfavorecida y ser mujer.<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup> ROJAS G. Trastornos cognitivos y emocionales en el senescente: detección y manejo por el médico General. pp 39-43.

Ponce, M y Rodríguez, E al aplicar el test GOHAI, concluyen que quienes usan a veces la prótesis inferior y siempre la superior mejoran significativamente la percepción de su salud oral, lo que también sucede en el grupo de adultos mayores que usan siempre ambas prótesis; quienes usan la prótesis superior siempre, pero que no se hicieron tratamiento rehabilitador inferior también mejoran su percepción de salud oral.<sup>39</sup>

Investigaciones internacionales, utilizando otros instrumentos específicos de salud oral, como son el (Oral Health Impact Profile) OHIP-20 y el OHQoL-UK (W), han determinado que la percepción de la salud oral mejora con todos los tratamientos protésicos realizados.<sup>40</sup>

Estudios nacionales no coinciden con investigaciones internacionales, que utilizando instrumentos específicos de salud oral han determinado que la percepción no mejora con todos los tratamientos protésicos realizados.<sup>41</sup>

#### **3.1.14 Satisfacción Personal del Paciente**

Como hemos definido anteriormente, la satisfacción del paciente es el resultado de la diferencia entre la percepción que la persona tiene del servicio prestado y de las expectativas que tenía en un principio o de las que pueda tener en visitas

---

<sup>39</sup> PONCE M. Influencia de la rehabilitación oral en la salud mental y calidad de vida del senescente. p 92.

<sup>40</sup> HEYDECKE G. Oral and General Health-related Quality of life with Conventional and Implant Dentures. pp 61-68.

<sup>41</sup> MARTINEZ, ALVAREZ. Concepto, Criterios diagnósticos y visión general de las demencias. pp 29-55.

sucesivas, de tal manera que si las expectativas son mayores que la percepción del servicio, la satisfacción disminuirá.<sup>42</sup>

Esas expectativas del paciente se forjan a partir de propias experiencias anteriores y de las de personas conocidas, así como de las promesas y compromisos que el propio sistema adquiere con los pacientes. Por tanto, la satisfacción no podemos considerarla como una dimensión estática, ya que puede aumentar o disminuir en función de la evolución de los dos parámetros anteriormente mencionados.<sup>42</sup>

Es importante conocer la realidad como paso previo a la mejora de la calidad en la atención sanitaria prestada, y para conocer la realidad tenemos que conocer como la percibe el paciente, quien en definitiva, es el que recibe la asistencia sanitaria, y mas específicamente en nuestro campo la atención odontológica. Según Saturno, podemos distinguir dos grupos metodológicos según la forma de participación del usuario sea activa o requerida, y mediante los cuales, el paciente-usuario-cliente puede participar en la mejora continua de la calidad. Ambas formas pueden considerarse como útiles, pero actualmente, se tiene una mayor experiencia con las formas de participación requerida que con las formas de participación activa.<sup>42</sup>

- a) **Formas activas.** Son aquellas en las que el paciente toma la iniciativa a la hora de dirigirse al sistema sanitario o a la clínica dental. Dentro de este grupo, encontraremos:
- b) **Elección de proveedores.** Mediante esta forma, es el usuario paciente-cliente el que elige proveedor (medico de familia, odontólogo) porque le ofrece

---

<sup>42</sup> GRIEDER. GINOTTI. Psicología aplicada a la odontología. pp 180-184.

mejores niveles de calidad o de relación calidad/coste. No existen estudios concluyentes sobre la efectividad de esta forma de participación en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios.<sup>43</sup>

c) **Quejas y reclamaciones.** Permiten identificar problemas y por tanto, pueden utilizarse como puntos de partida para mejorar. Sin embargo, a menudo se interpreta como una denuncia o intento de culpar a alguien, por lo que su uso se desincentiva. Este tipo de participación del usuario hemos de enfocarla desde el punto de vista de saber que pasa para posteriormente instaurar medidas correctoras que mejoren la situación anterior.<sup>43</sup>

d) **Asociaciones de usuarios y consumidores.**

d.1) **Consejos de salud** y otros órganos de participación. Ya en la propia Ley General de Sanidad como en las recomendaciones de los diferentes organismos internacionales, se establece la importancia de la participación de la comunidad en lo que respecta a su salud. Es la forma de participación de los pacientes que más puede influir desde adentro de las instituciones sanitarias con el fin de mejorarla, ya que permite establecer prioridades en el abordaje de problemas, en la implantación de nuevos servicios, y en su diseño y accesibilidad.<sup>43</sup>

d.2) **Formas requeridas.** Se refieren a aquellas en las que el servicio de salud la clínica dental se dirige al paciente para solicitarle su opinión sobre diferentes aspectos de los servicios sanitarios y de la atención prestada. Su metodología está más desarrollada que las formas de participación activa, ya que con ellas se tiene

---

<sup>43</sup> GRIEDER. GINOTTI. Psicología aplicada a la odontología. pp 180-184.

mas experiencia en los programas de evaluación de la calidad en las instituciones sanitarias. Se basa en el método de pregunta al paciente, que será diferente en función de lo que pretendamos evaluar; así, si lo que pretendemos valorar son aspectos subjetivos (tanto en los aspectos técnicos como en las relaciones interpersonales de la atención sanitaria recibida), utilizaremos las **encuestas de satisfacción**, opinión y expectativas de los usuarios además de otras técnicas de investigación cualitativa como los grupos focales, mientras que si lo que pretendemos es valorar aspectos objetivos de la atención preguntaremos al paciente sobre si han tenido o no lugar determinadas acciones, utilizando para ello los **informes de los usuarios**.<sup>44</sup>

Dentro de este grupo, por tanto, podemos encontrar:<sup>44</sup>

#### d.3) **Encuestas de satisfacción, de opinión y expectativas.**

Grupos focales, informadores clave y otras técnicas de **investigación cualitativa**.<sup>44</sup>

#### d.4) **Informes de los usuarios.**

A continuación desarrollaremos cada uno de ellos, prestando especial atención a las encuestas, ya que son dentro de este grupo las mas utilizadas tanto a nivel de Medicina como Odontología.<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup>GRIEDER. GINOTTI. Psicología aplicada a la odontología. pp 180-184.

#### d.5) Estudios de expectativas

El término “expectativa” hace referencia a lo que el paciente espera recibir de la atención sanitaria. En un mercado cada vez más competitivo, el conocer las expectativas de los pacientes permite fidelizar y captar nuevos usuarios. Según Kano, podemos encontrar tres tipos de expectativas: la calidad esperada, la inesperada y la expresada.<sup>45</sup>

La **calidad esperada** es la que el paciente da por “seguro” y “normal” a recibir. Su presencia no aumenta la satisfacción, pero su ausencia le dejará insatisfecho.<sup>45</sup>

La **calidad inesperada** es aquella que el paciente considera que no va a recibir y por lo tanto le sorprende favorablemente, por lo que le producirá sobre satisfacción, sin embargo, si no se la encuentra, su efecto no modificará su satisfacción.<sup>45</sup>

La **calidad expresada** es aquella que el usuario va a expresar cuando se le pregunte cuáles son las características que según su opinión debe tener un servicio de calidad. En la medida en que estén presentes o no, le producirá satisfacción o insatisfacción.<sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> GRIEDER, GINOTTI. Psicología aplicada a la odontología. pp 180-184.

Para su evaluación, podemos servirnos de técnicas de evaluación cualitativa como los **grupos focales**, o bien de cuestionarios específicos para este fin. Hemos de tenerlas todas en cuenta a la hora de plantear un estudio de la satisfacción de los pacientes.<sup>46</sup>



---

<sup>46</sup> GRIEDER. GINOTTI. Psicología aplicada a la odontología. pp 180-184.

### 3.2) Revisión De Antecedentes Investigativos

#### 1.- Factores que influyen en el uso de prótesis removible en Adultos Mayores recién rehabilitados

Gina Pennacchiotti Vidal

##### **Resumen:**

**Objetivo:** Determinar los factores que influyen en el uso de prótesis removible en adultos mayores recién rehabilitados.

**Metodología:** Se desarrolló un estudio Cuasi Experimental de tipo descriptivo, con una medición previa y otra posterior al tratamiento protésico. La muestra estuvo constituida por 200 adultos mayores de 60 años, de ambos sexos, desdentados parciales o totales, de diferentes áreas de la Región Metropolitana, que fueron atendidos en Servicio Públicos de salud para realizarse una rehabilitación oral en base a prótesis acrílicas parciales o totales inferiores, superiores o ambas y que fueron ingresados al grupo experimental del proyecto. El 25.5% de la muestra se excluyó del estudio, ya que, no cumplía con los criterios de selección quedando una muestra final de 149 pacientes.

**Resultados:** En el presente estudio se encontró relación estadísticamente significativa en la primera medición, sólo entre el factor categoría de edad y frecuencia de uso del juego de prótesis para Chi cuadrado y entre autopercepción para el análisis de regresión logística, y en la segunda medición los factores categoría de edad y autopercepción de salud oral en el análisis de regresión

logística tuvieron relación estadísticamente significativa con la frecuencia de uso del juego de prótesis.

**Conclusiones:** La frecuencia de uso está relacionada directamente con la edad del paciente y con la auto percepción que éste tenga de su salud oral.

## **2.- Estudio de la satisfacción del paciente en odontología mediante Cuestionarios de salud: “dental satisfaction questionnaire”**

Antonio José López

### **Resumen:**

Una vez analizados los resultados, encontramos que los individuos de la muestra están satisfechos con la atención odontológica recibida hasta el momento.

Al igual que en otros estudios realizados hasta el momento, la población mayor de 65 años presenta niveles de satisfacción global mas elevados respecto a las personas con edades comprendidas entre 36 y 65 años; no existen diferencias respecto al sexo, residencia, nivel de estudios y frecuencia de visita al dentista. También encontramos que las personas mayores de 65 años están mas satisfechas respecto al coste y disponibilidad de los servicios odontológicos.

## 2.- Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos.

Roberto Carlos Castrejón Pérez.

### Resumen:

**Objetivos.** Traducir, adaptar culturalmente y validar una nueva versión en español del instrumento denominado perfil de impacto de la salud bucal (OHIP) en adultos mayores de la Ciudad de México, México.

**Métodos.** Estudio de validación de la nueva versión OHIP-Mx-49 mediante entrevistas y exámenes clínicos a personas de 60 años o más del sur de la Ciudad de México. Se analizaron variables sociodemográficas y de autopercepción. Como valor del OHIP-Mx-49 se tomó la suma de las puntuaciones alcanzadas en sus siete dimensiones: limitación funcional, dolor, incomodidad psicológica, inhabilidad física, inhabilidad psicológica, inhabilidad social e incapacidad. Se evaluó la consistencia interna, la repetibilidad y la validez convergente y discriminativa.

**Resultados.** De las 131 personas entrevistadas (edad promedio:  $73,8 \pm 8,3$  años), 77,9% eran mujeres. Se obtuvieron valores elevados de consistencia interna, tanto del OHIP-Mx-49 (0,96) como de las dimensiones (0,79–0,86), y de repetibilidad en el instrumento (0,877) y todas las dimensiones, excepto inhabilidad social (0,176). La puntuación promedio del OHIP Mx- 49 fue de  $37,1 \pm 35,3$  indicativo de una mejora en la satisfacción personal post influjo.

**Conclusiones.** El OHIP-Mx-49 es un instrumento confiable y válido que puede aplicarse en adultos mayores mexicanos.

#### 4. HIPOTESIS

Dado que la prótesis total restaura en la medida de la posibilidad las demandas funcionales morfológicas y estéticas del sistema masticatorio:

Es probable que la prótesis total bimaxilar influya significativamente en la satisfacción personal del paciente.





# **CAPITULO II**

## **PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

## II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

### 1.- TECNICAS INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACION

#### 1.1 TECNICA

##### a) Precisión de la técnica

Se empleara la técnica de entrevista estructurada elaborada de acuerdo a los indicadores de la variable.

##### b) Esquematización

VARIABLE INVESTIGATIVA	TECNICA
Grado de satisfacción personal	Entrevista estructurada

##### c) Procedimiento o descripción de la técnica

Se conformará el grupo experimental de manera no aleatorio conformada por 15 pacientes disponibles y preparados previamente para recibir la prótesis total.

Utilizando el test del perfil de impacto de salud oral, se procederá a la entrevista del grupo experimental para ver el grado de satisfacción personal antes de la prótesis total bimaxilar.

Una vez elaborada e instalada la prótesis del grupo experimental. Se procederá a la valoración de la satisfacción personal post influjo de la prótesis total bimaxilar para observar si hay una diferencia significativa en la valoración de la satisfacción del grupo experimental personal

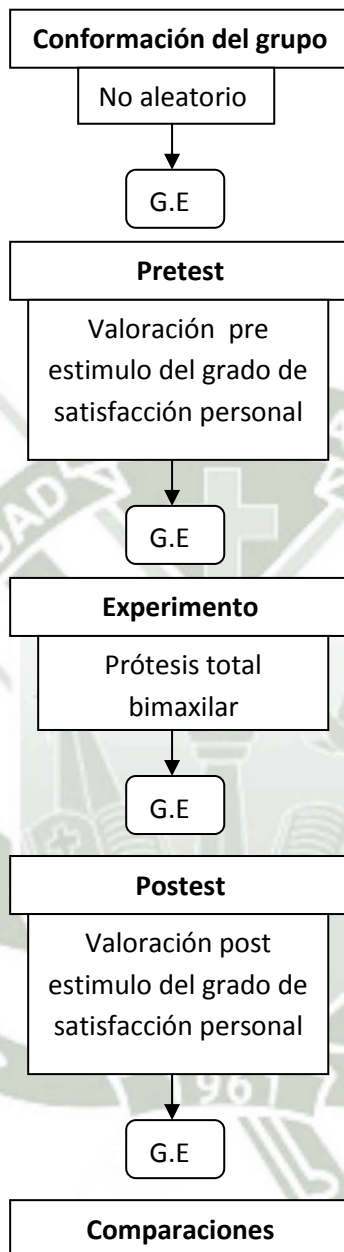
**d) Diseño investigativo**

d.1) Tipo: Cuasi experimental, no aleatorio.

d.2) Esquema básico

<p><b>GRUPO EXPERIMENTAL</b></p>	<p><b>O<sub>1</sub></b></p>	<p><b>PROTESIS TOTAL BIMAXILAR</b></p>	<p><b>O<sub>2</sub></b></p>
--------------------------------------	-----------------------------	--	-----------------------------

d.3) Diagramación operativa



Mediciones	Grupo Experimental
Pretest	
Posttest	

## 1.2 INSTRUMENTOS

a) Instrumento documental.

a.1) Precisión del instrumento.

Se utilizará un instrumento pre-elaborado denominado Test de Perfil de Impacto de Salud Oral u Oral Health Impact Profile (OHIP) confeccionado en base a los indicadores y subindicadores de la variable independiente.

a.2) Estructura del instrumento

<b>FASES</b>	<b>VARIABLE INVESTIGATIVA</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>EJES</b>
<b>Pre test</b>	Grado de satisfacción	Limitación Funcional	1
<b>Post test</b>	Personal.	Dolor físico	2
		Molestias Psicológicas	3
		Incapacidad Física	4
		Incapacidad Psicológica	5
		Incapacidad Social	6
		Obstáculos	7

a.3) Modelo del Instrumento

**ORAL HEALTH IMPACT PROFILE (OHIP)**

Dimensión	N°	Pregunta	Valor
Limitación funcional	1	¿Tiene usted incomodidad para pronunciar algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.51
	2	¿Ha sentido usted que su sensación del gusto ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.49
Dolor físico	3	¿Tiene usted alguna incomodidad dolorosa en su boca?	0.34
	4	¿Ha sentido usted incomodidad al comer algunos alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.66
Molestias psicológicas	5	¿Ha estado usted preocupado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.45
	6	¿Se ha sentido nervioso debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.55
Incapacidad física	7	¿Ha sido su dieta poco satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.52
	8	¿Ha tenido usted que interrumpir sus comidas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.48
Incapacidad psicológica	9	¿Encuentra usted dificultad para relajarse debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.60
	10	¿Se ha sentido usted perturbado frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.40
Incapacidad social	11	¿Se ha sentido usted irritable con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.62
	12	¿Tiene usted dificultad de hacer sus trabajos habituales debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.38
Obstáculo	13	¿Ha sentido usted que su vida es, en general, menos satisfactoria, debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.59
	14	¿Se ha sentido usted totalmente incapaz de funcionar debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.41

Las respuestas se codifican en una escala de 5 puntos estableciéndose como 0= nunca, 1= casi nunca, 2= ocasionalmente, 3=frecuentemente, 4= muy frecuentemente. Dentro de cada dimensión, las respuestas codificadas pueden ser multiplicadas por el valor de la pregunta para obtener el puntaje de la dimensión

## b) Instrumentos Mecánicos

- Cubetas
- Articulador
- Plano de Fox
- Plano de Miller
- Fresón de acrílico
- Muflas
- Espátula de yeso
- Micromotor
- Taso de goma
- Vaso Dapen
- Espátula de cemento
- Mechero
- Platina de vidrio
- Espátula de cera
- Dientes de acrílico

## 1.3 MATERIALES

- Materiales de escritorio
- Campos descartables
- Guantes
- Barbijos
- Cera base
- Godiva roja
- Godiva verde

- Pasta zinquenolica
- Cera amarilla
- Acrílico de autocurado
- Monómero de curado rápido
- Silicona pesada
- Silicona fluida
- Yeso piedra
- Yeso parís

## **2.- CAMPO DE VERIFICACION**

### **2.1) UBICACIÓN ESPACIAL**

- a) **Ámbito general:** Provincia de Azángaro.
- b) **Ámbito Especifico:** Centro de Salud.

### **2.2) UBICACIÓN TEMPORAL**

La investigación se realizara durante el semestre par del 2012.

### **2.3) UNIDADES DE ESTUDIO**

- a) **Opción:** Grupo.
- b) **Manejo Metodológico**
  - b.1) **Identificación del grupo**

Se trabajará en un solo grupo experimental, el cual recibirá el influjo de la prótesis total bimaxilar.

## b.2) Control del Grupo

- Criterios de inclusión:
  - ✓ Pacientes geriátricos ( 60 – 90 años)
  - ✓ Edéntulos totales bimaxilares
  - ✓ Con rebordes alveolares residuales aptos para la prótesis
  - ✓ De ambos sexos
  
- Criterios de exclusión
  - ✓ Pacientes edéntulos parciales.
  - ✓ Pacientes con dificultad de comunicación.
  - ✓ Pacientes fuera del rango etario expresado.
  - ✓ Pacientes con rebordes alveolares residuales atróficos o no preparados para la prótesis.
  
- Criterios de eliminación
  - ✓ Deseo de no participar en el estudio
  - ✓ Enfermedad incapacitante
  - ✓ Deceso o muerte

b.3) Tamaño del Grupo

Se trabajara con 15 pacientes edéntulos totales que constituyen la población disponible del mencionado Centro de Salud.

b.4) Formalización del Grupo

GRUPO	NUMERO
Grupo Experimental	15

**3.- ESTRATEGIA DE RECOLECCION**

**1.4 ORGANIZACIÓN**

- Autorización del jefe del centro de salud.
- Coordinación con la municipalidad de Azángaro
- Preparación de las unidades de estudio para lograr el consentimiento expreso.
- Formalización de los grupos.
- Prueba piloto.

## 1.5 RECURSOS

### a. Recursos humanos

- Investigadora: Yised Quispe Berríos.
- Asesora: Dra. Edith Chávez Oblitas.

### b. Recursos físicos.

- Representados por las instalaciones del centro de salud de Azángaro.

### c. Recursos económicos.

- El presupuesto para la recolección será ofertado por la investigadora.

### d. Recurso institucional.

- Centro de salud de Azángaro.

## 1.6 PRUEBA PILOTO

- Tipo de prueba: Incluyente.
- Muestra piloto: 5% de cada grupo.
- Recolección piloto: Administración preliminar del instrumento a la muestra piloto.

## 6. ESTRATEGIAS PARA MAJERAR LOS RESULTADOS

### 6.1 PLAN DE PROCESAMIENTO.

a. **Tipo de procesamiento:** Computarizados, se utilizara el paquete de informática SPSS, versión 17.

#### b. Operaciones del procesamiento.

##### b.1 Clasificación.

La información obtenida a través de los instrumentos, será ordenada en una matriz de sistematización que figura en los anexos de la tesis.

##### b.2 Codificación.

Se empleará la codificación digital para las categorías de las variables.

##### b.3 Recuento.

Los datos codificados serán contabilizados en matrices de conteo.

##### b.4 Tabulación.

Se confeccionará tablas de doble entrada

b.5 Graficación.

Se utilizará graficas de barras dobles.

**6.2 PLAN DE ANALISIS**

**4.2.1 Tipo de Análisis:** Unifactorial univariado categórico.

**4.2.2 Tratamiento Estadístico.**

<b>VARIABLES</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>ESTADISTICAS DESCRIPTIVAS</b>	<b>PRUEBA</b>
<b>Prótesis Total Bimaxilar</b>				
<b>Satisfacción Personal</b>	CUALITATIVAS	NOMINAL	FRECUENCIA PORCENTUAL	X2 DE HOMOGENEIDAD



# **CAPITULO III**

## **RESULTADOS**

### III. RESULTADOS

#### 1. PROCESAMIENTO Y ANALISIS ESTADISTICO

**TABLA 1**

Distribución de los pacientes edéntulos totales bimaxilares según edad y género.

EDAD	GENERO				TOTAL	
	Masculino		Femenino			
	N°	%	N°	%	N°	%
60 – 69	1	6,67	2	13,33	3	20,00
70 – 79	3	20,00	6	40,00	9	60,00
80 - +			3	20,00	3	20,00
<b>TOTAL</b>	4	26,67	11	73,33	15	100,00

**FUENTE:** Elaboración personal (Matriz de sistematización).

#### **INTERPRETACION:**

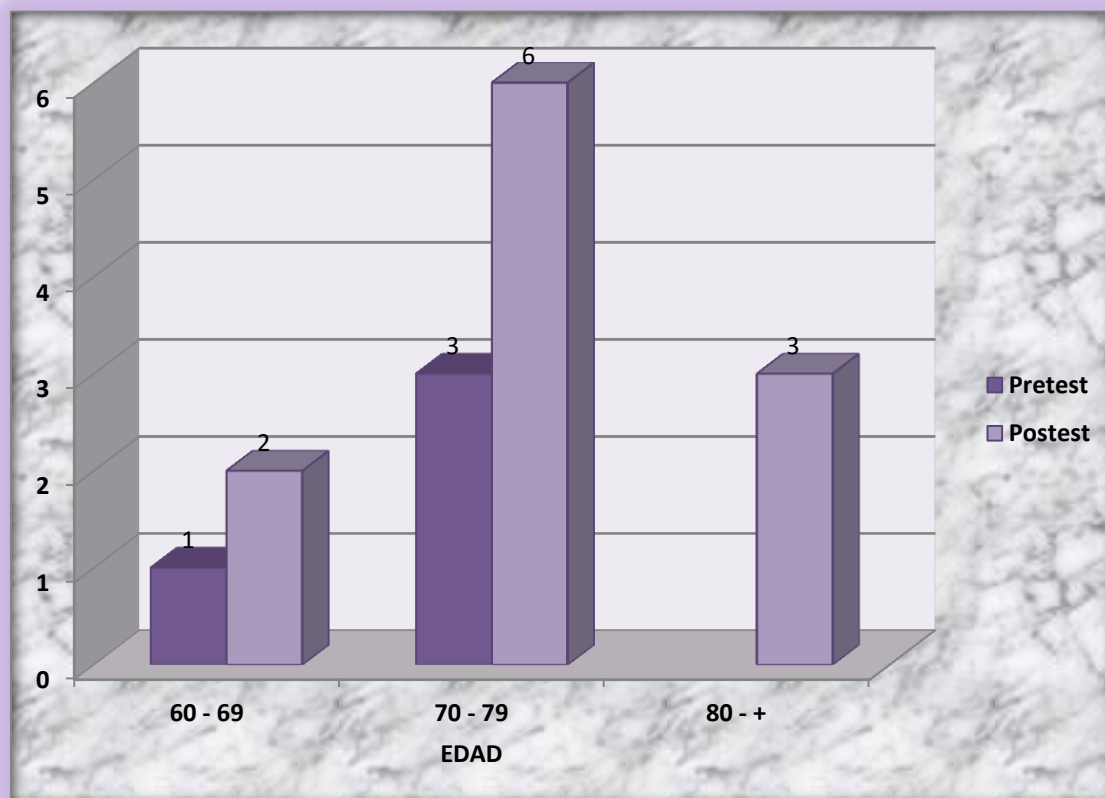
En la tabla 1 se puede apreciar que los pacientes edéntulos totales bimaxilares en lo que concierne al presente estudio pertenecen mayormente al grupo etario de 70 a 79 años con el 60 %, y menormente al grupo de 60 - 69 años y de 80 - + años cada uno con el 20 %.

Según el género predominan las mujeres edéntulas totales con el 73.33%, en tanto que los pacientes del género masculino que mostraron esta condición registraron un 26.67%

**GRAFICA N° 1**

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES EDENTULOS TOTALES BIMAXILARES

SEGÚN EDAD Y GÉNERO



**TABLA N° 2**

Incomodidad para pronunciar algunas palabras en pacientes edéntulos totales en el pretest y el postest.

INCOMODIDAD LOCUTIVA	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
Nunca	3	20,00	4	26,66
Casi nunca	1	6,66	7	46,66
Ocasionalmente	4	26,66	2	13,33
Frecuentemente	4	26,66	2	13,33
Muy frecuente	3	20,00		
TOTAL	15	100,00	15	100,00

**FUENTE:** Elaboración personal (Matriz de sistematización)

**INTERPRETACION:**

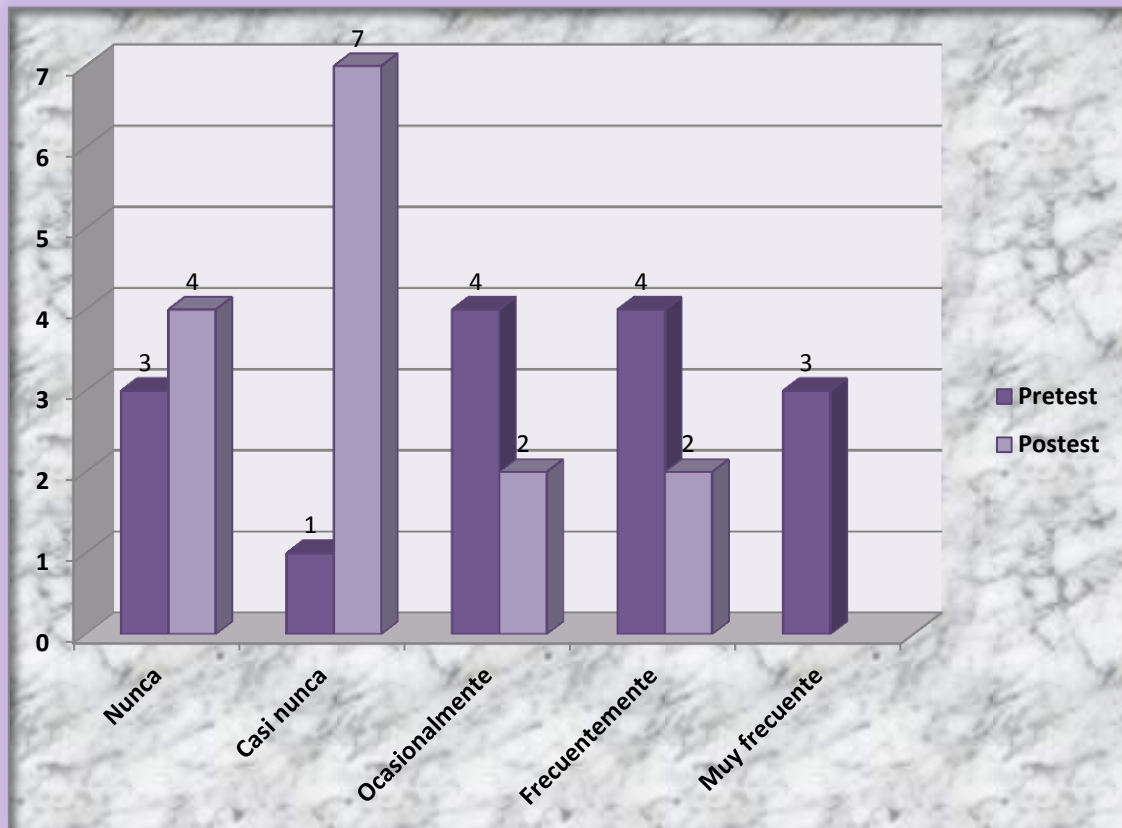
En la tabla 2 se puede observar que en el pretest la incomodidad locutiva se presentó con mayor frecuencia ocasionalmente y frecuentemente en cada caso con el 26.66 %.

En el postest la incomodidad locutiva con mayor predominancia se dio casi nunca con el 46.66 %, consecutivamente entre el pretest y el postest se ha observado una reducción de la incomodidad locutiva y una mejora para pronunciar las palabras en pacientes edéntulos total

**GRAFICA N<sup>o</sup> 2**

INCOMODIDAD PARA PRONUNCIAR ALGUNAS PALABRAS EN PACIENTES

EDÉNTULOS TOTALES EN EL PRETEST Y EL POSTEST.



**TABLA N° 3**

Disminución de la sensación gustativa en pacientes edéntulos totales en el pretest y el postests.

SENSACION GUSTATIVA	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
Nunca			1	6,66
Casi nunca	6	40,00	7	46,66
Ocasionalmente	2	13,33	6	40,00
Frecuentemente	6	40,00	1	6,66
Muy frecuente	1	6,66		
TOTAL	15	100,00	15	100,00

**FUENTE: Elaboración personal (Matriz de sistematización)**

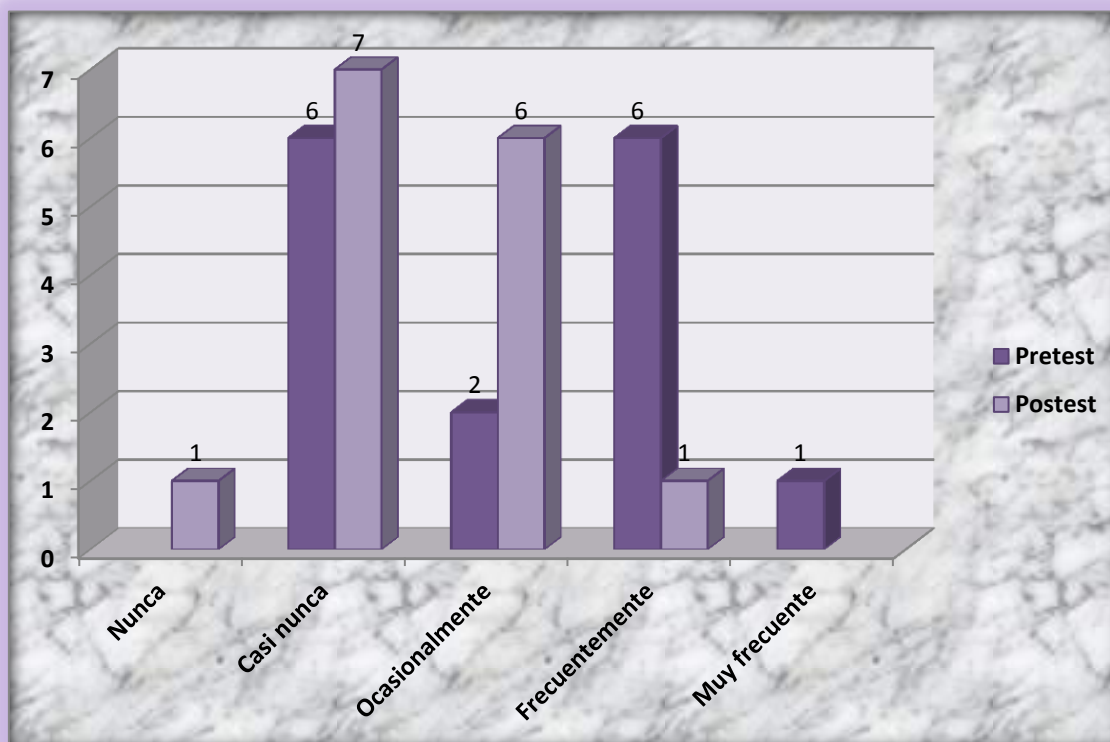
**INTERPRETACION:**

En la tabla 3 se puede observar que en el pretest la disminución de la sensación gustativa se presento con mayor frecuencia casi nunca y frecuentemente en cada caso con el 40.00 %.

En el postest la disminución de la sensación gustativa con mayor predominancia se dio casi nunca con el 46.66 %, consecutivamente entre el pretest y el postest se ah observado una reducción en la disminución de la sensación gustativa y por lo tanto una mejora en la sensación gustativa en pacientes edéntulos totales.

**GRAFICA N° 3**

DISMINUCIÓN DE LA SENSACIÓN GUSTATIVA EN PACIENTES EDÉNTULOS  
TOTALES EN EL PRETEST Y EL POSTEST.



**TABLA N° 4**

Incomodidad dolorosa en pacientes edéntulos totales en el pretest y el postest.

INCOMODIDAD DOLOROSA	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
Nunca	9	60,00	11	73,33
Casi nunca	2	13,33	1	6,66
Ocasionalmente	2	13,33	3	20,00
Frecuentemente	2	13,33		
Muy frecuente				
TOTAL	15	100,00	15	100,00

**FUENTE:** Elaboración personal (Matriz de sistematización)

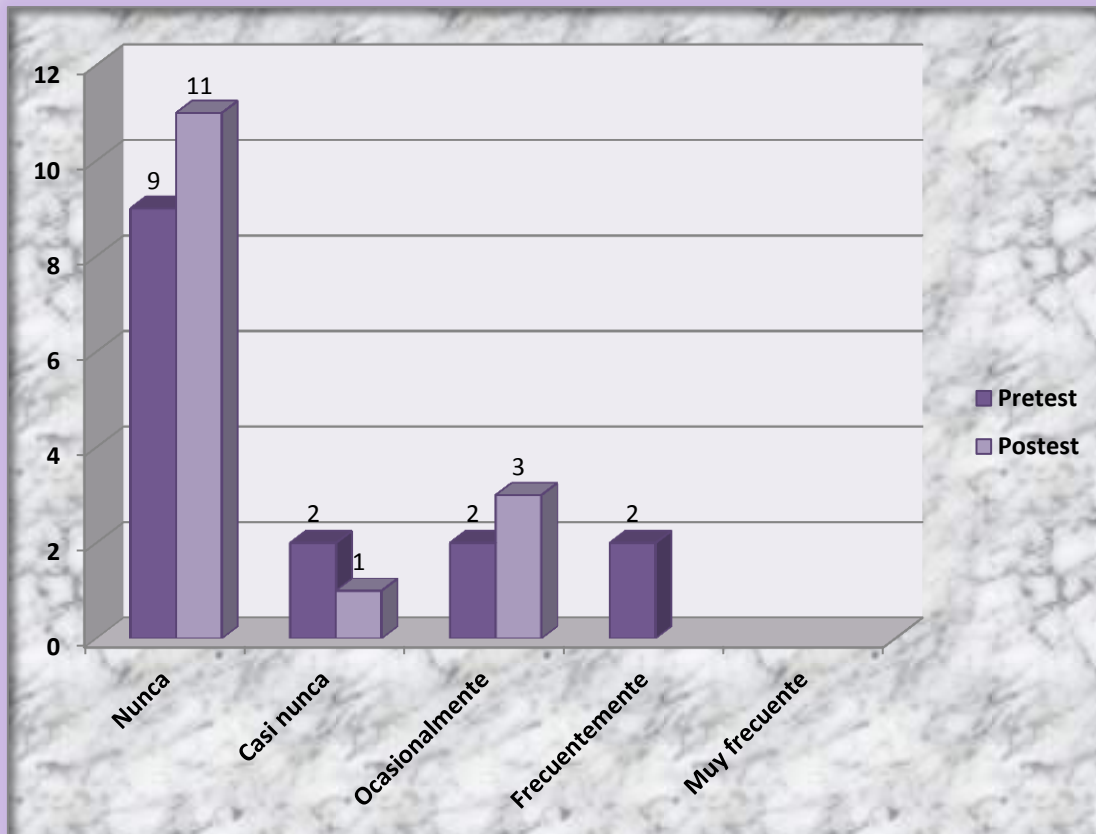
**INTERPRETACION:**

En la tabla 4 se puede observar que en el pretest la incomodidad dolorosa se presentó con mayor frecuencia nunca con el 60.00%.

En el postest la incomodidad dolorosa con mayor predominancia se dio nunca con el 73.33 %, consecutivamente entre el pretest y el postest se ha observado una reducción de la incomodidad dolorosa en pacientes edéntulos totales.

**GRAFICA N° 4**

INCOMODIDAD DOLOROSA EN PACIENTES EDENTULOS TOTALES EN EL  
PRETEST Y EL POSTEST.



**TABLA N° 5**

Incomodidad al comer en pacientes edéntulos totales en el pretest y el postest.

INCOMODIDAD AL COMER	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
Nunca			2	13,33
Casi nunca			4	26,66
Ocasionalmente	2	13,33	8	53,33
Frecuentemente	6	40,00	1	6,66
Muy frecuente	7	46,66		
<b>TOTAL</b>	15	100,00	15	100,00

**FUENTE:** Elaboración personal (Matriz de sistematización)

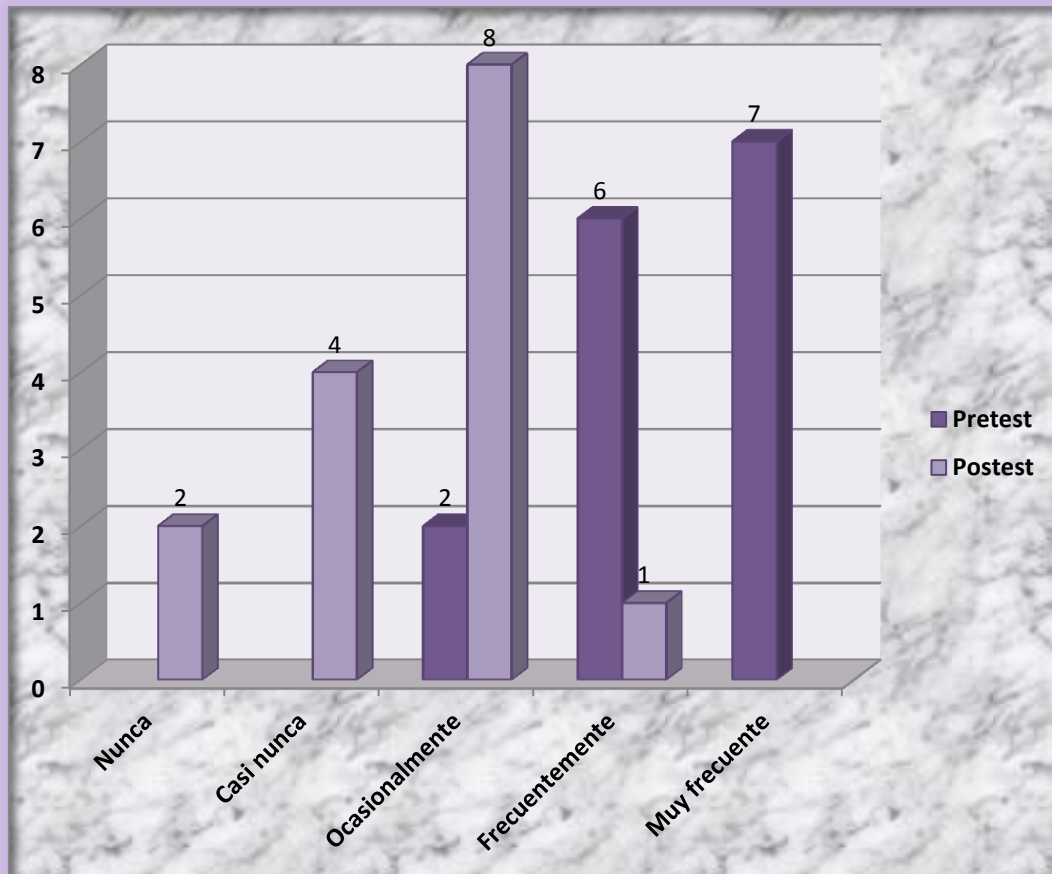
**INTERPRETACION:**

En la tabla 5 se puede observar que en el pretest la incomodidad al comer alimentos se presento con mayor predominancia muy frecuentemente con el 46.66 %.

En el postest la incomodidad al comer alimentos con mayor predominancia se dio ocasionalmente con el 53.33 %, consecutivamente entre el pretest y el postest se ah observado una reducción de la incomodidad al comer y una mejora en la ingesta de alimentos en pacientes edéntulos totales.

**GRAFICA N° 5**

INCOMODIDAD AL COMER EN PACIENTES EDENTULOS TOTALES EN EL  
PRETEST Y EL POSTEST.



**TABLA N° 6**

Preocupación por problemas orales en pacientes edéntulos totales en el pretest y el postests.

PROBLEMAS ORALES	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
Nunca	1	6,66	4	26,66
Casi nunca			2	13,33
Ocasionalmente	3	20,00	7	46,66
Frecuentemente	3	20,00	2	13,33
Muy frecuente	8	53,33		
TOTAL	15	100,00	15	100,00

**FUENTE:** Elaboración personal (Matriz de sistematización)

**INTERPRETACION:**

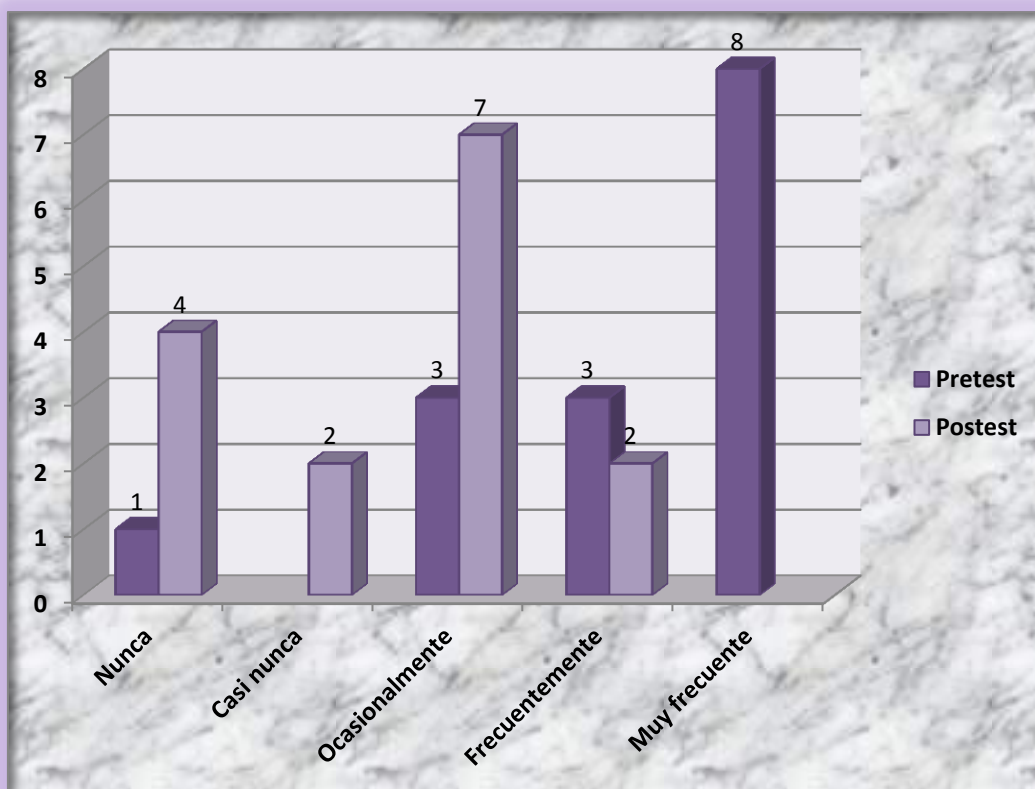
En la tabla 6 se puede observar que en el pretest la preocupación por problemas orales se presento con mayor predominancia muy frecuentemente con el 53.33%.

En el postest la preocupación por problemas orales con mayor predominancia se dio ocasionalmente con el 46.66 %, consecutivamente entre el pretest y el postest se ah observado una reducción en la preocupación por problemas orales.

**GRAFICA N° 6**

PREOCUPACION POR PROBLEMAS ORALES EN PACIENTES EDENTULOS

TOTALES EN EL PRETEST Y EL POSTEST



**TABLA N° 7**

Ansiedad por problemas orales en pacientes edéntulos totales en el pretest y el postest.

ANSIEDAD POR PROBLEMAS ORALES	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
Nunca	2	13,33	4	26,66
Casi nunca	3	20,00	6	40,00
Ocasionalmente	3	20,00	4	26,66
Frecuentemente	2	13,33	1	6,66
Muy frecuente	5	33,33		
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100,00</b>	<b>15</b>	<b>100,00</b>

**FUENTE:** Elaboración personal (Matriz de sistematización)

**INTERPRETACION:**

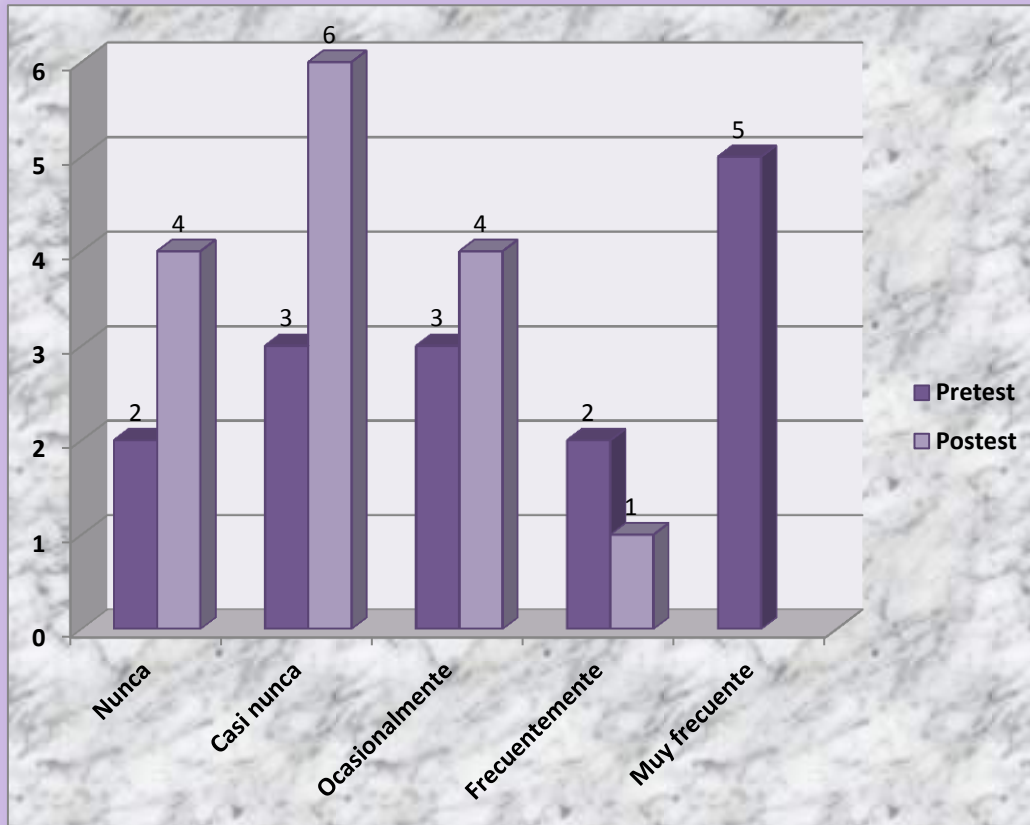
En la tabla 7 se puede observar que en el pretest la ansiedad por problemas orales se presentó con mayor predominancia muy frecuentemente con el 33.33%.

En el postest la ansiedad por problemas orales se presentó con mayor frecuencia casi nunca con el 40.00%, consecutivamente entre el pretest y el postest se ha observado una reducción de la ansiedad por problemas orales.

**GRAFICA N° 7**

ANSIEDAD POR PROBLEMAS ORALES EN PACIENTES EDENTULOS

TOTALES EN EL PRETEST Y EL POSTEST



**TABLA N° 8**

Dieta insatisfactoria en pacientes edéntulos totales en el pretest y el postest

DIETA INSATISFACTORIA	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
Nunca			1	6,66
Casi nunca			6	40,00
Ocasionalmente	3	20,00	7	46,66
Frecuentemente	5	33,33	1	6,66
Muy frecuente	7	46,66		
<b>TOTAL</b>	15	100,00	15	100,00

FUENTE: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

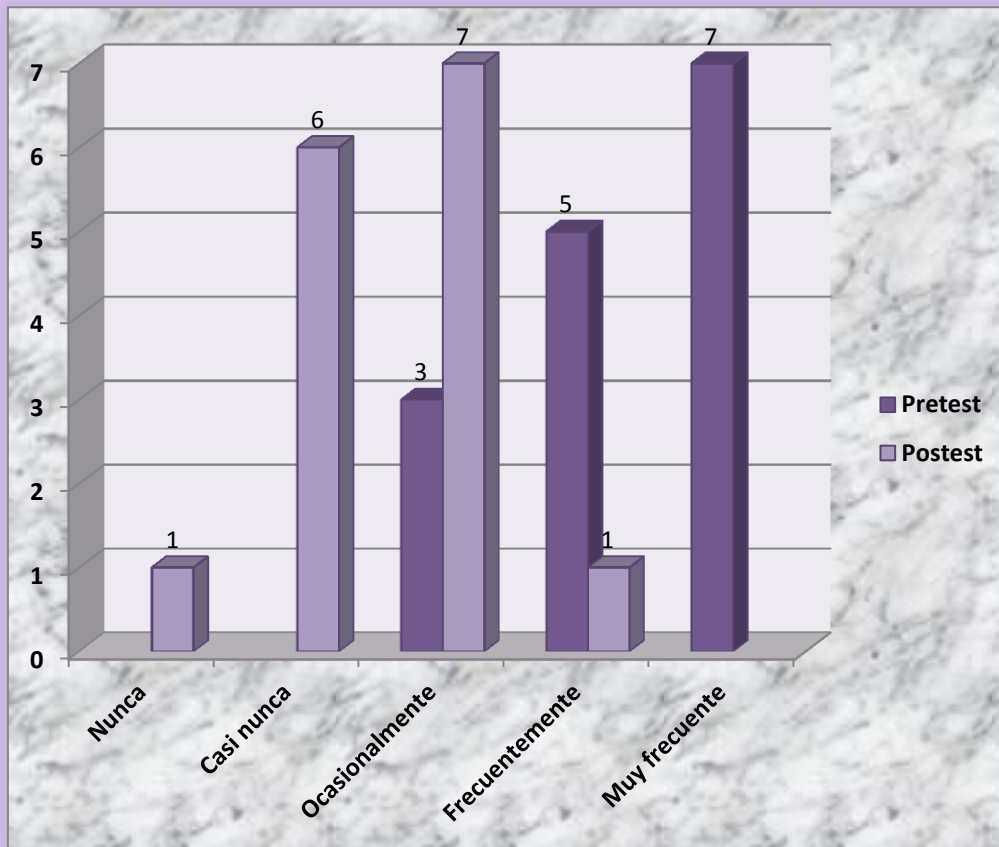
**INTERPRETACION:**

En la tabla 8 se puede observar que en el pretest la dieta insatisfactoria se presentó con mayor predominancia muy frecuentemente con el 46.66%.

En el postest la dieta insatisfactoria con mayor frecuencia se dio ocasionalmente con el 46.66%, consecutivamente entre el pretest y el postest se ha observado una reducción en la dieta insatisfactoria y una mejora para la ingesta de alimentos en pacientes edéntulos totales.

**GRAFICA N° 8**

DIETA INSATISFATORIA EN PACIENTES EDENTULOS TOTALES EN EL  
PRETEST Y EL POSTEST



**TABLA N° 9**

Interrupción alimenticia en pacientes edéntulos totales en el pretest y el postest.

INTERRUPCION ALIMENTICIA	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
Nunca			1	6,66
Casi nunca	1	6,66	8	53,33
Ocasionalmente	3	20,00	5	33,33
Frecuentemente	7	46,66	1	6,66
Muy frecuente	4	26,66		
<b>TOTAL</b>	15	100,00	15	100,00

FUENTE: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

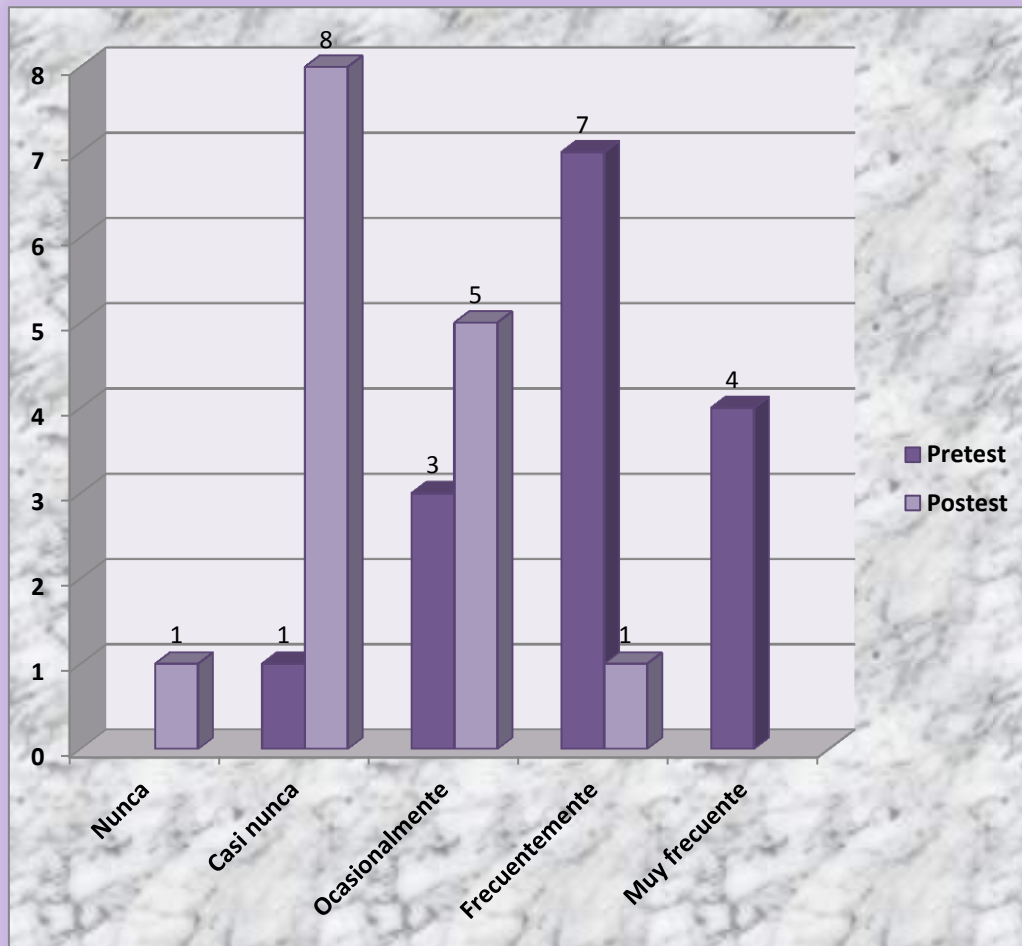
### **INTERPRETACION:**

En la tabla 9 se puede observar que en el pretest la interrupción alimenticia se presentó con mayor predominancia frecuentemente con el 46.66%.

En el postest la interrupción alimenticia con mayor predominancia se dio casi nunca con el 53.33%, consecutivamente entre el pretest y el postest se ha observado una reducción de la interrupción alimenticia y una mejora en la alimentación en pacientes edéntulos totales.

**GRAFICA N° 9**

INTERRUPCION ALIMENTICIA EN PACIENTES EDENTULOS TOTALES EN EL  
PRETEST Y EL POSTEST



**TABLA N° 10**

Dificultad para relajarse en pacientes edéntulos totales en el pretest y el postest.

DIFICULTAD PARA RELAJARSE	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
Nunca	2	13,33	3	20,00
Casi nunca	4	26,66	8	53,33
Ocasionalmente	3	20,00	3	20,00
Frecuentemente	4	26,66	1	6,66
Muy frecuente	2	13,33		
<b>TOTAL</b>	15	100,00	15	100,00

**FUENTE:** Elaboración personal (Matriz de sistematización)

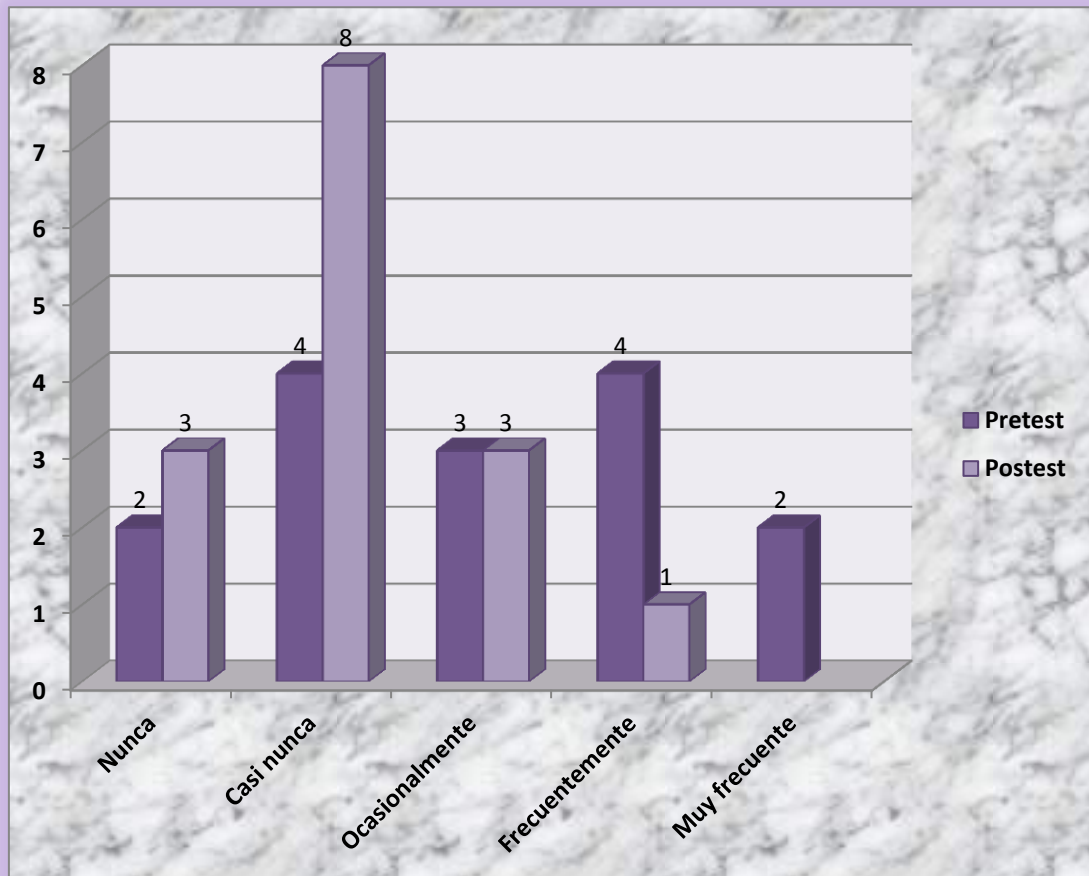
**INTERPRETACION:**

En la tabla 10 se puede observar que en el pretest la dificultad para relajarse se presentó con mayor frecuencia casi nunca y frecuentemente en cada caso con el 26.66 %.

En el postest la dificultad para relajarse con mayor predominancia se dio casi nunca con el 53.33% , consecutivamente entre el pretest y el postest se ha observado una reducción de la dificultad para relajarse.

**GRAFICA N° 10**

DIFICULTAD PARA RELAJARSE EN PACIENTES EDENTULOS TOTALES EN  
EL PRETEST Y EL POSTEST



**TABLA N° 11**

Perturbación frente a otras personas en pacientes edéntulos totales en el pretest y el postest.

PERTURBACION CON OTRAS PERSONAS	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
Nunca	2	13,33	4	26,66
Casi nunca	2	13,33	7	46,66
Ocasionalmente	4	26,66	3	20,00
Frecuentemente	4	26,66	1	6,66
Muy frecuente	3	20,00		
<b>TOTAL</b>	15	100,00	15	100,00

**FUENTE: Elaboración personal (Matriz de sistematización)**

**INTERPRETACION:**

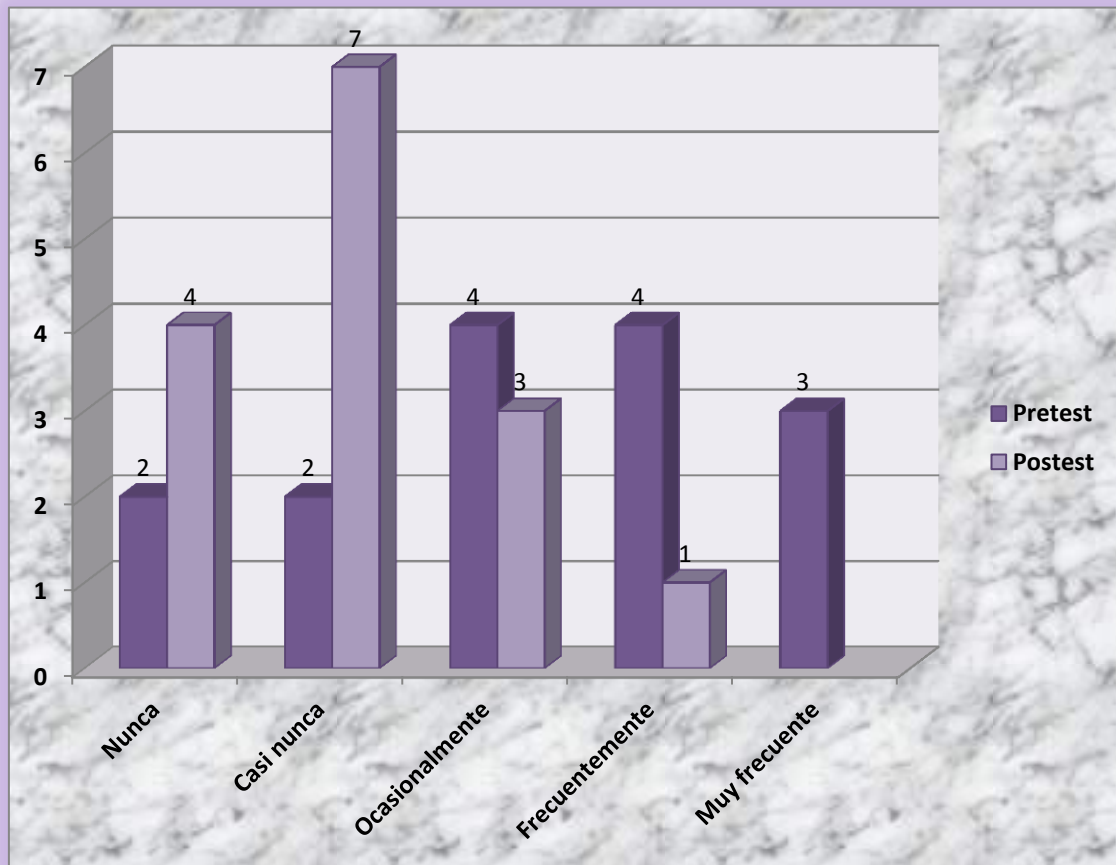
En la tabla 11 se puede observar que en el pretest la perturbación frente a otras personas se presento con mayor frecuencia ocasionalmente y frecuentemente en cada caso con el 26.66 %.

En el postest la perturbación frente a otras personas con mayor predominancia se dio casi nunca con el 46.66 %, consecutivamente entre el pretest y el postest se ah observado una reducción de la perturbación frente a otras personas y una mejora en el autoestima de los pacientes edéntulos totales.

**GRAFICA N° 11**

PERTURBACION FRENTE A OTRAS PERSONAS EN PACIENTES EDENTULOS

TOTALES EN EL PRETEST Y EL POSTEST



**TABLA N° 12**

Irritabilidad frente a personas en pacientes edéntulos totales en el pretest y el postest

IRRITABILIDAD	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
Nunca	3	20,00	10	73,33
Casi nunca	5	33,33	2	13,33
Ocasionalmente	1	6,66	2	13,33
Frecuentemente	2	13,33	1	6,66
Muy frecuente	4	26,66		
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100,00</b>	<b>15</b>	<b>100,00</b>

**FUENTE:** Elaboración personal (Matriz de sistematización)

**INTERPRETACION:**

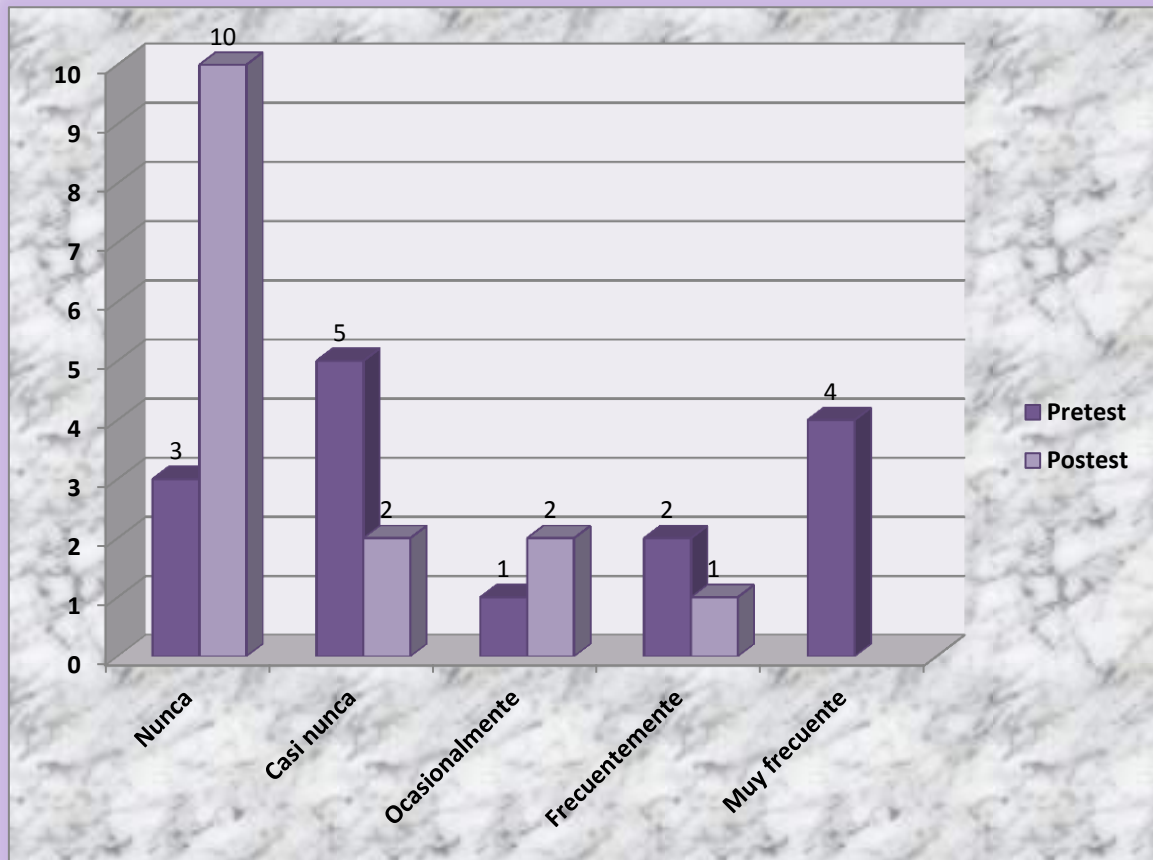
En la tabla 12 se puede observar que en el pretest irritabilidad frente a otras personas se presentó con mayor frecuencia casi nunca con el 33.33%

En el postest la irritabilidad frente a otras personas con mayor predominancia se dio nunca con el 73.33 %, consecutivamente entre el pretest y el postest se ha observado una reducción de la irritabilidad frente a otras personas.

**GRAFICA N° 12**

IRRITABILIDAD FRENTE A PERSONAS EN PACIENTES EDENTULOS

TOTALES EN EL PRETEST Y EL POSTEST



**TABLA N° 13**

Dificultad para trabajar en pacientes edéntulos totales en el pretest y el postest.

DIFICULTAD AL TRABAJAR	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
Nunca	4	26,66	7	46,66
Casi nunca	3	20,00	7	46,66
Ocasionalmente	5	33,33	1	6,66
Frecuentemente	1	6,66		
Muy frecuente	2	13,33		
<b>TOTAL</b>	15	100,00	2	100,00

**FUENTE:** Elaboración personal (Matriz de sistematización)

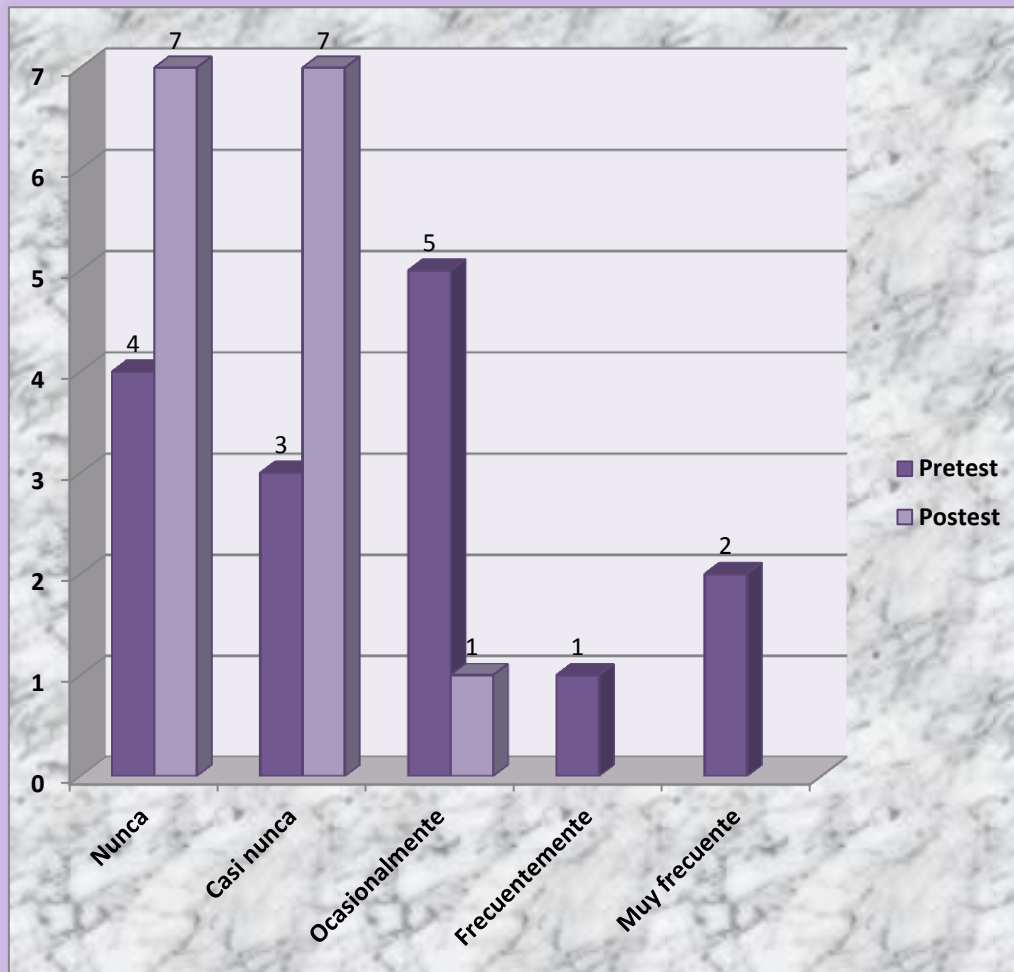
**INTERPRETACION:**

En la tabla 13 se puede observar que en el pretest la dificultad para trabajar se presentó con mayor frecuencia ocasionalmente con el 33.33 %.

En el postest la dificultad para trabajar con mayor predominancia se dio nunca y casi nunca con el 46.66% , consecutivamente entre el pretest y el postest se ha observado una reducción de la dificultad para trabajar .

**GRAFICA N° 13**

DIFICULTAD PARA TRABAJAR EN PACIENTES EDENTULOS TOTALES EN  
EL PRETEST Y EL POSTEST



**TABLA N° 14**

Vida insatisfactoria en pacientes edéntulos totales en el pretest y el postests.

VIDA	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
<b>Nunca</b>	2	13,33	4	26,66
<b>Casi nunca</b>	2	13,33	9	60,00
<b>Ocasionalmente</b>	5	33,33	1	6,66
<b>Frecuentemente</b>	4	26,66	1	6,66
<b>Muy frecuente</b>	2	13,33		
<b>TOTAL</b>	15	100,00	15	100,00

**FUENTE:** Elaboración personal (Matriz de sistematización)

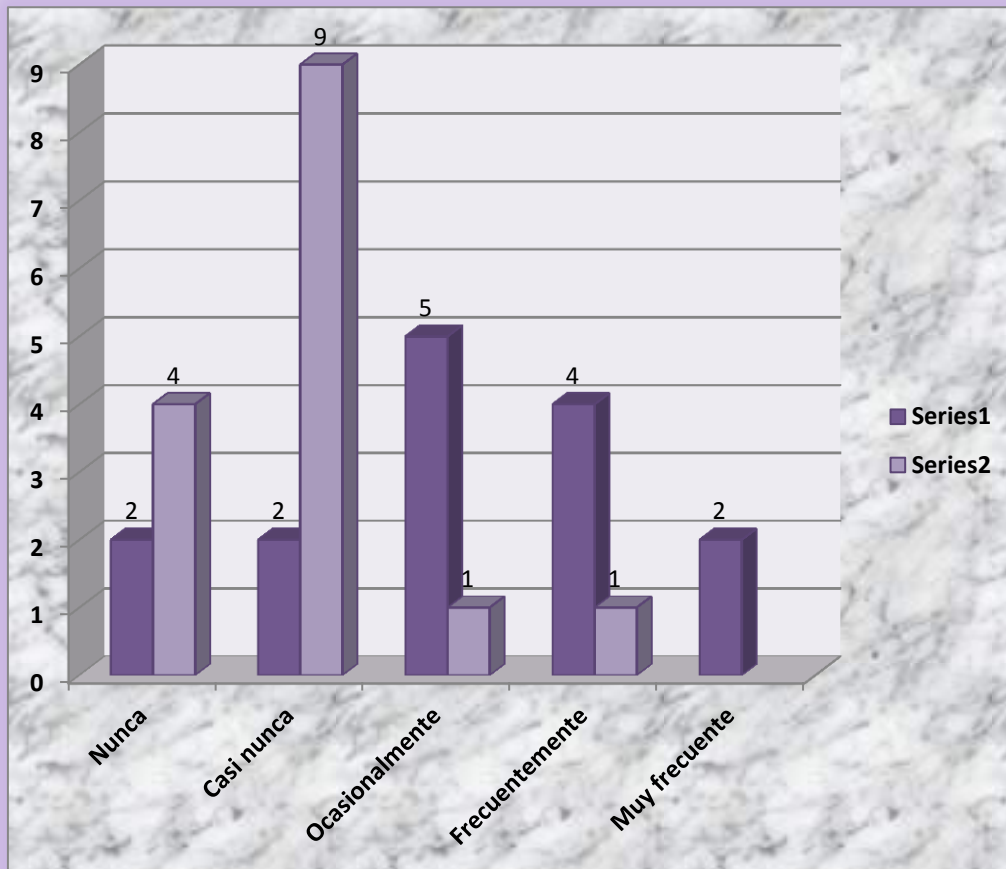
**INTERPRETACION:**

En la tabla 14 se puede observar que en el pretest la vida insatisfactoria se presentó con mayor frecuencia ocasionalmente con el 33.33 %.

En el postest la vida insatisfactoria con mayor predominancia se dio casi nunca con el 60.00 %, consecutivamente entre el pretest y el postest se ha observado una reducción de la vida insatisfactoria y una mejora en la calidad de vida en pacientes edéntulos totales.

**GRAFICA N° 14**

VIDA INSATISFACITORIA EN PACIENTES EDENTULOS TOTALES EN EL  
PRETEST Y EL POSTEST



**TABLAN° 15**

Incapacidad funcional en pacientes edéntulos totales en el pretest y el postest.

INCAPACIDAD FUNCIONAL	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
Nunca	3	20,00	8	53,33
Casi nunca	3	20,00	5	33,33
Ocasionalmente	2	13,33	2	13,33
Frecuentemente	4	26,66		
Muy frecuente	3	20,00		
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100,00</b>	<b>15</b>	<b>100,00</b>

**FUENTE:** Elaboración personal (Matriz de sistematización)

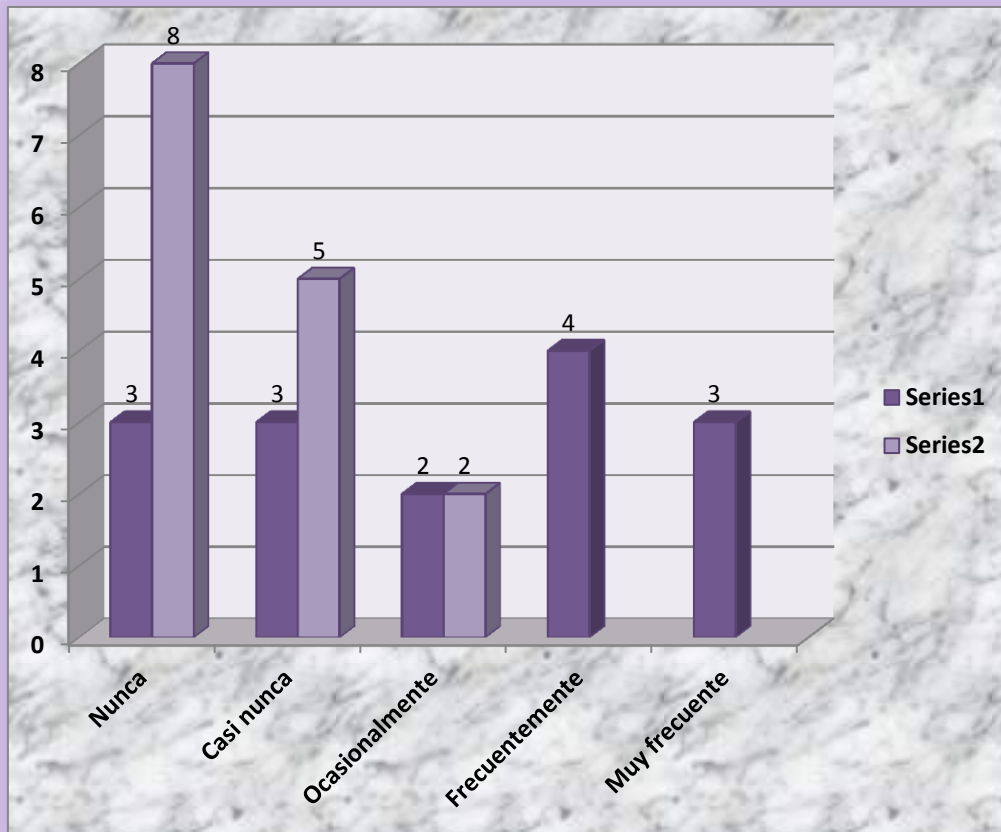
**INTERPRETACION:**

En la tabla 15 se puede observar que en el pretest la incomodidad funcional se presentó con mayor predominancia frecuentemente con un 26.66 %

En el postest la incomodidad funcional con mayor predominancia se dio nunca con el 53.33 %, consecutivamente entre el pretest y el postest se ha observado una reducción de la incomodidad funcional.

**GRAFICA N° 15**

INCAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES EDENTULOS TOTALES EN EL PRETEST  
Y EL POSTEST



**TABLA N° 16**

Estadístico del valor global de la satisfacción personal en pacientes edéntulos totales bimaxilares en el pretest y el postest.

FASES	N°	VALOR GLOBAL			
		X	S	Xmax - Xmin	R
Pretest	15	16,45	5,08	24.55 – 6.36	18,25
Postest	15	7,72	2,65	13.36 – 0.08	10,26
		8,73			

**FUENTE:** Elaboración personal (Matriz de sistematización)

**LEYENDA:**

**X:** Media del valor global de la satisfacción personal.

**S:** Desviación estándar.

**Xmax - Xmin:** Valor máximo y valor mínimo.

**R:** Rango.

**VALOR GLOBAL (VG)**

**VG =**

### **ESCALA VALORATIVA PARA LA SATISFACCION PERSONAL**

- 3.0 A 6.0 ---> Satisfacción muy alta
- 6.1 A 9.0 ---> Satisfacción alta
- 9.1 A 12.0 ---> Satisfacción media alta
- 12.1 A 15.0 ---> Satisfacción media estricta
- 15.1 A 18.0 ---> Satisfacción media baja
- 18.1 A 21.0 ---> Satisfacción baja estricta
- 21.1 A 24.0 ---> Satisfacción muy baja
- 24.1 A 27.0 ---> Insatisfacción

**FUENTE:** Elaboración personal valoración de la satisfacción post protésica.

### **INTERPRETACION:**

En la tabla 16 se puede apreciar que el promedio del valor de la satisfacción personal en pacientes edéntulos fue de 16.45 indicativo de una satisfacción media baja. En el postest dicho valor decreció a 7.72 correspondiente a una satisfacción alta, estableciéndose una diferencia matemática entre ambos promedios de 8.73.

Según la prueba de  $\chi^2$   $p < 0.05$  existe diferencia significativa entre el grado de satisfacción personal entre el pretest y el postest en pacientes edéntulos totales bimaxilares.

**TABLA N° 17**

Grado de satisfacción personal en pacientes edentulos totales bimaxilares entre en pretest y el postest.

FASES	GRADO DE SATISFACCION PERSONAL																	
	SMA		SA		SMeA		SME		SMB		SBE		SMuB		I		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Pretest			2	13.33	1	6.67	3	20.00	3	20.00	4	26.67			2	13.33	15	100.00
Postest	4	26.67	8	53.33	2	13.33	1	6.67									15	100.00

**FUENTE:** Elaboración personal (Matriz de sistematización)

**LEYENDA:**

SMA: Satisfacción muy alta.

SA: Satisfacción alta.

SMeA: Satisfacción media alta.

SME: Satisfacción media estricta.

SMB: Satisfacción media baja.

SBE: Satisfacción baja estricta.

SMuB: Satisfacción muy baja.

I: Insatisfacción.

**INTERPRETACION:**

En la tabla N° 17 se observa que en el pretest predominó la satisfacción baja estricta con el 26.67%. En tanto que en el postest predominó la satisfacción alta con el 53.33%.

Según la prueba  $\chi^2$ , teniendo en cuenta que el  $\chi^2$  fue mayor al valor crítico, entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna en el sentido de que existe diferencia estadística significativa del grado de satisfacción personal en edéntulos totales bimaxilares entre el pretest y el postest.



## DISCUSION

El hallazgo central de la presente investigación esta referido a que existe diferencia estadística significativa en el grado de satisfacción personal en pacientes edéntulos totales bimaxilares entre el pretest y el postest.

Al respecto Peneacchoti (2006) reporto que en el estudio se encontró que en la medición inicial, la frecuencia de uso protésico tuvo relación estadísticamente significativa con la auto percepción de la salud bucal.

Asimismo López (2012) reporto que una vez analizados los resultados, encontramos que los individuos de la muestra están satisfechos con la atención odontológica recibida hasta el momento.

Asimismo Castrejón (2010) reportó que se obtuvieron valores elevados de consistencia interna, tanto del OHIP-Mx-49 como de las dimensiones. La puntuación promedio del OHIPMx- 49 fue de  $37,1 \pm 35,3$  indicativo de una mejora en la satisfacción personal post influjo. Asimismo reportó El OHIP-Mx-49 es un instrumento confiable y válido que puede aplicarse en adultos mayores mexicanos.

Al igual que en otros estudios realizados hasta el momento, la población mayor de 65 anos presenta niveles de satisfacción global mas elevados respecto a las personas con edades comprendidas entre 36 y 65 anos; no existen diferencias respecto al sexo, residencia, nivel de estudios y frecuencia de visita al dentista. También encontramos que las personas mayores de 65 años están mas satisfechas respecto al coste y disponibilidad de los servicios odontológicos.

El hecho de que exista una diferencia estadística significativa de la satisfacción personal en pacientes edéntulos totales bimaxilares entre el pretest y el posttest, se debería básicamente a que una vez instalada la prótesis total esta pretende restaurar la morfología, el fisiologismo, el confort y la satisfacción personal del paciente.



## CONCLUSIONES

### **PRIMERA:**

En el pretest el edéntulo total bimaxilar registro un valor medio global de 16.45, indicativo de una satisfacción media baja.

### **SEGUNDA:**

En el postest el valor medio global fue de 7.72, correspondiente a una satisfacción alta en pacientes edéntulos totales bimaxilares.

### **TERCERA:**

Existe diferencia estadística significativa en el grado de satisfacción personal en pacientes edéntulos totales entre el pretest y el postest, según la prueba de  $\chi^2$ .

### **CUARTA:**

Consecuentemente se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna o de la investigación, con un nivel de significación de 0.05.

## RECOMENDACIONES

1. Recomendamos a nuevos tesis de Pre y Postgrado replicar la presente investigación en poblaciones más grandes y efectuando por lo menos 3 controles de el grado de satisfacción personal en el posttest, a los 7 días a los 14 días y a los 30 días, con la finalidad de cumplir con mayor diligencia el periodo de acostumbramiento a la prótesis, los alivios pertinentes y la requilibración oclusal en caso de merituarlo.
2. Recomendaríamos asimismo a la Facultad de Odontología además de las autorizaciones intra universitarias que de hecho a logrado, contar a su vez con la autorización oficial del ministerio de salud a efecto de que estas acciones de prevención en salud oral que de hecho son tan importantes tengan la aceptación legal correspondiente.
3. Sugerimos a nuevos tesis investigar el grado de satisfacción personal posterior a la instalación de prótesis parciales removibles y fijas a efecto de establecer similitudes o diferencias en la aceptación.
4. Recomendamos también a tesis de la segunda especialidad investigar el grado de satisfacción personal subsecuente a la instalación de prótesis implanto soportadas efectuadas en la clínica de la segunda especialidad de rehabilitación oral.
5. Sugerimos también hacer estudios del grado de satisfacción personal del usuario de la clínica odontológica en todos los tratamientos efectuados particularmente en los restauradores y ortodónticos.

#### IV. BIBLIOGRAFIA

- ACUÑA J, ROJAS G, FRITSCH R, ARAYA R. *Síntomas Psiquiátricos y discapacidad*. 2da edición. Editorial Mundi. 2002.
- ANZOLA E.GALINSKY D. *La atención de los ancianos*. Publicación científica n° 546. Editorial Panamericana. 1994.
- BADEMER O. *La salud dental en la vejez*. Cuaderno del departamento de salud publica. Editorial Universitaria.1987.
- CARVAJAL C, SARMIENTO M. *Determinación de la Relación entre Satisfacción Derivada de la Rehabilitación Protésica y su Calidad Técnica*. Editorial Labor S.A. España.2003
- DOMINGUEZ O. *Vejez y Envejecimiento*. Editorial universitaria. 1988.
- DRUMMOND J, NEWTON J, SCOTT J. *Oral facial aging*. Editorial Barnes Wright y wall Wrigh gerodontology. 1998
- EDITRISE TORINESE. *Rehabilitación protésica*. 3ra Edición. Editorial Barcelona. España. 2001.
- FRANKS A, HEDEGARD B. *Odontología Geriátrica*. Editorial Labor S.A. España, 1996.

- GRIEDER. GINOTTI. *Psicología aplicada a la odontología*. Vol I. Editorial D'vinni S.A. 2007
- MARIN P. *Enfermedad de Alzheimer. En Gerontología Básica Lecturas Complementarias*. Editorial Universitaria. Chile 1998
- MARTINEZ, ALVAREZ. *Concepto, Criterios diagnósticos y visión general de las demencias*. 2da Edición. Barcelona. España. 2001.
- MATURANA H. *La Ética del respeto mutuo*. Editorial Quintessence. Barcelona 2002
- OPS/PER. *Auto cuidado de la salud para el adulto mayor*. Instituto Nacional de Bienestar Familiar. Lima: MIMDES, 2003.
- ORS MONTENEGRO A. LAGUNA PÉREZ A. *Reflexiones sobre el envejecimiento y la calidad de vida*. Editorial Mundi. 1994
- OWAL. KAYSER. CARLSSON. *Odontología Protésica Principios y estrategias terapéuticas*. Editorial Mosby/Doyma Libros S.A.. España 1997
- PAPALIA D. WENDKOS S. *Desarrollo Humano*. Vol. I. Editorial Mc Graw-Hill. Colombia 1993.

- PONCE M. *Influencia de la rehabilitación oral en la salud mental y calidad de vida del senescente*. Editorial universitaria. 2003.
- ROJAS G. *Trastornos cognitivos y emocionales en el senescente: detección y manejo por el médico General*. Rev. Chil Neuro Psiquiat. 1995
- SAIZAR P. *Prostodóncia total*. 2da edición. Buenos Aires Argentina. 1972.
- VÉLEZ C. *Tratamiento estético integral del sector anterior de la boca*. Editorial STM Editores. S.A. 2003.

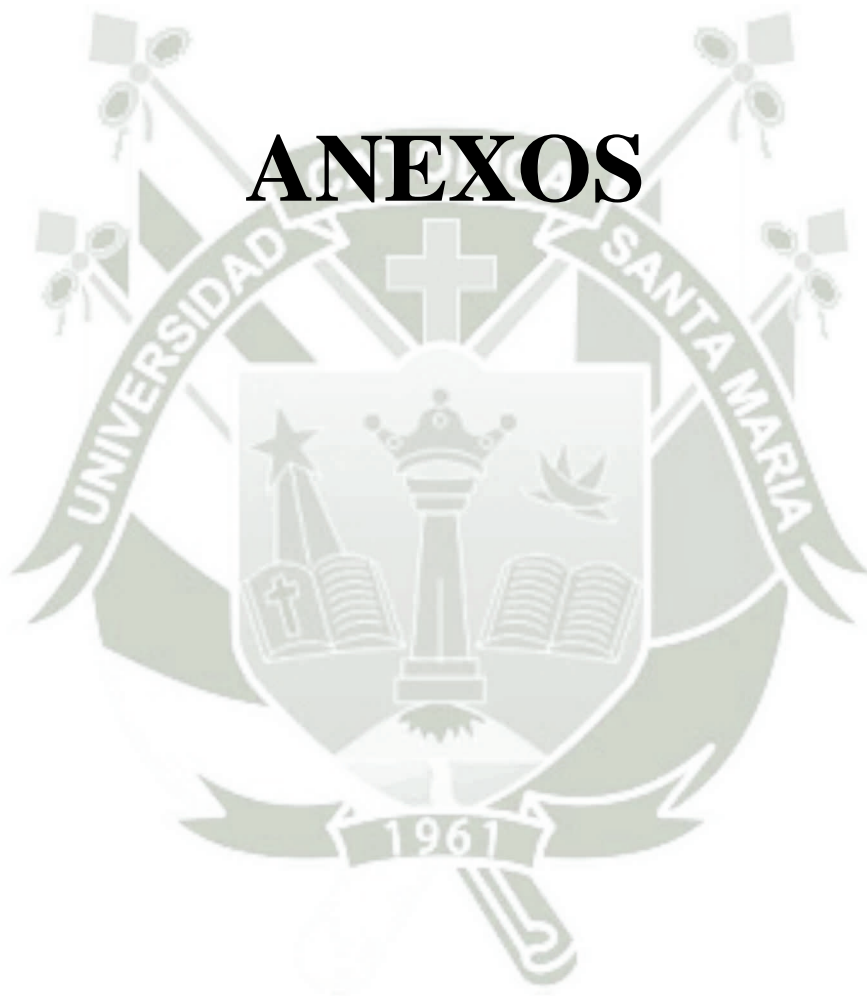
## V. HEMEROGRAFIA

Clara Misrachi. Revista dental de Chile *Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud*. 2005.

## VI. INFORMATOGRAFIA

Roberto Carlos Castrejón-Pérez. *Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicano*. (2010)

# ANEXOS



### ORAL HEALTH IMPACT PROFILE (OHIP)

Dimensión	N°	Pregunta	Valor
Limitación funcional	1	¿Tiene usted incomodidad para pronunciar algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.51
	2	¿Ha sentido usted que su sensación del gusto ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.49
Dolor físico	3	¿Tiene usted alguna incomodidad dolorosa en su boca?	0.34
	4	¿Ha sentido usted incomodidad al comer algunos alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.66
Molestias psicológicas	5	¿Ha estado usted preocupado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.45
	6	¿Se ha sentido nervioso debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.55
Incapacidad física	7	¿Ha sido su dieta poco satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.52
	8	¿Ha tenido usted que interrumpir sus comidas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.48
Incapacidad psicológica	9	¿Encuentra usted dificultad para relajarse debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.60
	10	¿Se ha sentido usted perturbado frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.40
Incapacidad social	11	¿Se ha sentido usted irritable con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.62
	12	¿Tiene usted dificultad de hacer sus trabajos habituales debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.38
Obstáculo	13	¿Ha sentido usted que su vida es, en general, menos satisfactoria, debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.59
	14	¿Se ha sentido usted totalmente incapaz de funcionar debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0.41

Las respuestas se codifican en una escala de 5 puntos estableciéndose como 0= nunca, 1= casi nunca, 2= ocasionalmente, 3=frecuentemente, 4= muy frecuentemente. Dentro de cada dimensión, las respuestas codificadas pueden ser multiplicadas por el valor de la pregunta para obtener el puntaje de la dimensión

### MATRIZ DE SISTEMATIZACION

Influencia de la prótesis total bimaxilar en el grado de satisfacción personal en pacientes edéntulos totales de la Provincia de Azángaro – Puno 2012

**ESCALA:** 0 = nunca    1 = casi nunca    2 = ocasionalmente    3 = frecuentemente    4 = muy frecuente

**LEYENDA:** C = categoría    VN = valor no multiplicado    VM = valor multiplicado

N° ENREVISTA	EDAD	SEXO	PRETEST																																VALOR GLOBAL										
			LIMITACION FUNCIONAL			DOLOR FISICO			MOLESTIAS PSICOLOGICAS			INCAPACIDAD FISICA			INCAPACIDAD PSICOLOGICA			INCAPACIDAD SOCIAL			OBSTACULO																								
			1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14																
			C	VN	VM	C	VN	VM	C	VN	VM	C	VN	VM	C	VN	VM	C	VN	VM	C	VN	VM	C	VN	VM	C	VN	VM	C	VN	VM	C	VN		VM									
1	82	F	2	0.51	1.02	4	0.49	1.96	2	0.34	0.68	4	0.66	2.64	4	0.45	1.80	1	0.55	0.55	4	0.52	2.08	4	0.48	1.92	1	0.60	0.60	1	0.40	0.40	1	0.62	0.62	4	0.38	1.52	4	0.59	2.36	4	0.41	1.64	19.79
2	78	M	3	0.51	1.53	2	0.49	0.98	0	0.34	0	3	0.66	1.98	0	0.45	0	0	0.55	0	2	0.52	1.04	2	0.48	0.96	0	0.60	0	0	0.40	0	0	0.62	0	2	0.38	0.76	1	0.59	0.59	2	0.41	0.82	8.66
3	86	F	4	0.51	2.04	3	0.49	1.47	1	0.34	0.34	4	0.66	2.64	4	0.45	1.80	4	0.55	2.20	4	0.52	2.08	3	0.48	1.44	1	0.60	0.60	4	0.40	1.6	0	0.62	0	2	0.38	0.76	2	0.59	1.18	0	0.41	0	18.15
4	69	F	3	0.51	1.53	2	0.49	0.98	3	0.34	1.02	4	0.66	2.64	4	0.45	1.80	4	0.55	2.20	4	0.52	2.08	4	0.48	1.92	4	0.60	2.4	2	0.40	0.8	4	0.62	2.48	2	0.38	0.76	4	0.59	2.36	4	0.41	1.64	24.61
5	73	F	0	0.51	0	3	0.49	1.47	0	0.34	0	4	0.66	2.64	3	0.45	1.35	3	0.55	1.65	4	0.52	2.08	3	0.48	1.44	3	0.60	1.8	4	0.40	1.6	3	0.62	1.86	1	0.38	0.38	2	0.59	1.18	3	0.41	1.23	18.68
6	75	F	3	0.51	1.53	1	0.49	0.49	1	0.34	0.34	3	0.66	1.98	4	0.45	1.80	2	0.55	1.10	3	0.52	1.56	3	0.48	1.44	0	0.60	0	2	0.40	0.8	1	0.62	0.62	0	0.38	0	3	0.59	1.77	4	0.41	1.64	15.07
7	72	M	4	0.51	2.04	3	0.49	1.47	0	0.34	0	4	0.66	2.64	4	0.45	1.80	4	0.55	2.20	4	0.52	2.08	4	0.48	1.92	3	0.60	1.8	4	0.40	1.6	4	0.62	2.48	4	0.38	1.52	3	0.59	1.77	3	0.41	1.23	24.55
8	75	F	2	0.51	1.02	3	0.49	1.47	2	0.34	0.68	3	0.66	1.98	3	0.45	1.35	3	0.55	1.65	3	0.52	1.56	3	0.48	1.44	2	0.60	1.2	3	0.40	1.2	2	0.62	1.24	2	0.38	0.76	2	0.59	1.18	1	0.41	0.41	17.14
9	62	M	0	0.51	0	1	0.49	0.49	0	0.34	0	4	0.66	2.64	3	0.45	1.35	2	0.55	1.10	3	0.52	1.56	3	0.48	1.44	2	0.60	1.2	2	0.40	0.8	4	0.62	2.48	1	0.38	0.38	2	0.59	1.18	1	0.41	0.41	15.03
10	73	F	2	0.51	1.02	1	0.49	0.49	0	0.34	0	3	0.66	1.98	4	0.45	1.80	1	0.55	0.55	3	0.52	1.56	3	0.48	1.44	4	0.60	2.4	0	0.40	0	1	0.62	0.62	0	0.38	0	0	0.59	0	3	0.41	1.23	13.09
11	79	F	4	0.51	2.04	1	0.49	0.49	0	0.34	0	4	0.66	2.64	4	0.45	1.80	4	0.55	2.20	4	0.52	2.08	4	0.48	1.92	3	0.60	1.8	3	0.40	1.2	0	0.62	0	2	0.38	0.76	3	0.59	1.77	2	0.41	0.82	19.52
12	86	F	3	0.51	1.53	3	0.49	1.47	0	0.34	0	3	0.66	1.98	2	0.45	0.90	2	0.55	1.10	4	0.52	2.08	2	0.48	0.96	2	0.60	1.2	2	0.40	0.8	4	0.62	2.48	3	0.38	1.14	2	0.59	1.18	1	0.41	0.41	17.23
13	74	M	0	0.51	0	1	0.49	0.49	3	0.34	1.02	2	0.66	1.32	4	0.45	1.80	4	0.55	2.20	2	0.52	1.04	3	0.48	1.44	3	0.60	1.8	3	0.40	1.2	3	0.62	1.86	0	0.38	0	3	0.59	1.77	3	0.41	1.23	17.17
14	78	F	1	0.51	0.51	1	0.49	0.49	0	0.34	0	2	0.66	1.32	2	0.45	0.90	0	0.55	0	2	0.52	1.04	1	0.48	0.48	1	0.60	0.60	1	0.40	0.40	1	0.62	0.62	0	0.38	0	0	0.59	0	0	0.41	0	6.36
15	66	F	2	0.51	1.02	3	0.49	1.47	0	0.34	0	3	0.66	1.98	2	0.45	0.90	1	0.55	0.55	3	0.52	1.56	2	0.48	0.96	1	0.60	0.60	3	0.40	1.2	1	0.62	0.62	1	0.38	0.38	1	0.59	0.59	0	0.41	0	11.78

## MATRIZ DE SISTEMATIZACION

Influencia de la prótesis total bimaxilar en el grado de satisfacción personal en pacientes edéntulos totales de la Provincia de Azángaro – Puno 2012

**ESCALA:** 0 = nunca    1 = casi nunca    2 = ocasionalmente    3 = frecuentemente    4 = muy frecuente

**LEYENDA:** C = categoría                      VN = valor no multiplicado                      VM = valor multiplicado

N° ENREVISTA	EDAD	SEXO	POSTEST																														VALOR GLOBAL												
			LIMITACION FUNCIONAL			DOLOR FISICO			MOLESTIAS PSICOLOGICAS			INCAPACIDAD FISICA			INCAPACIDAD PSICOLOGICA			INCAPACIDAD SOCIAL			OBSTACULO																								
			1	2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14																	
			C	VN	VM	C	VN	VM	C	VN	VM	C	VN	VM	C	VN	VM	C	VN	VM	C	VN	VM	C	VN	VM	C	VN	VM	C	VN	VM													
1	82	F	0	0.51	0	2	0.49	0.98	0	0.34	0	2	0.66	1.32	2	0.45	0.90	2	0.55	1.10	1	0.52	0.52	1	0.48	0.48	2	0.60	1.20	1	0.40	0.40	1	0.62	0.62	1	0.38	0.38	1	0.59	0.59	0	0.41	0	8.49
2	78	M	0	0.51	0	2	0.49	0.98	0	0.34	0	0	0.66	0	0	0.45	0	0	0.55	0	1	0.52	0.52	0	0.48	0	1	0.60	0.60	0	0.40	0	0	0.62	0	0	0.38	0	1	0.59	0.59	1	0.41	0.41	3.10
3	86	F	1	0.51	0.51	1	0.49	0.49	0	0.34	0	2	0.66	1.32	2	0.45	0.90	2	0.55	1.10	2	0.52	1.04	1	0.48	0.48	2	0.60	1.20	2	0.40	0.80	0	0.62	0	0	0.38	0	1	0.59	0.59	1	0.41	0.41	8.84
4	69	F	2	0.51	1.02	1	0.49	0.49	2	0.34	0.68	2	0.66	1.32	3	0.45	1.35	2	0.55	1.10	1	0.52	0.52	1	0.48	0.48	1	0.60	0.60	0	0.40	0	0	0.62	0	0	0.38	0	1	0.59	0.59	0	0.41	0	8.15
5	73	F	1	0.51	0.51	2	0.49	0.98	1	0.34	0.34	1	0.66	0.66	1	0.45	0.45	0	0.55	0	2	0.52	1.04	1	0.48	0.48	0	0.60	0	1	0.40	0.40	0	0.62	0	0	0.38	0	0	0.59	0	1	0.41	0.41	5.27
6	75	F	3	0.51	1.53	3	0.49	1.47	0	0.34	0	3	0.66	1.98	0	0.45	0	0	0.55	0	3	0.52	1.56	3	0.48	1.44	3	0.60	1.80	3	0.40	1.20	0	0.62	0	1	0.38	0.38	2	0.59	1.18	2	0.41	0.82	13.36
7	72	M	1	0.51	0.51	2	0.49	0.98	0	0.34	0	2	0.66	1.32	3	0.45	1.35	3	0.55	1.65	2	0.52	1.04	2	0.48	0.96	0	0.60	0	0	0.40	0	2	0.62	1.24	2	0.38	0.76	1	0.59	0.59	0	0.41	0	10.40
8	75	F	0	0.51	0	2	0.49	0.98	0	0.34	0	1	0.66	0.66	0	0.45	0	1	0.55	0.55	2	0.52	1.04	1	0.48	0.48	1	0.60	0.60	1	0.40	0.40	1	0.62	0.62	1	0.38	0.38	3	0.59	1.77	2	0.41	0.82	8.30
9	62	M	1	0.51	0.51	2	0.49	0.98	0	0.34	0	1	0.66	0.66	2	0.45	0.90	1	0.55	0.55	1	0.52	0.52	1	0.48	0.48	2	0.60	1.20	2	0.40	0.80	0	0.62	0	1	0.38	0.38	0	0.59	0	0	0.41	0	6.38
10	73	F	3	0.51	1.53	0	0.49	0	0	0.34	0	2	0.66	1.32	2	0.45	0.90	1	0.55	0.55	1	0.52	0.52	2	0.48	0.96	1	0.60	0.60	1	0.40	0.40	0	0.62	0	0	0.38	0	1	0.59	0.59	1	0.41	0.41	7.78
11	79	F	2	0.51	1.02	1	0.49	0.49	2	0.34	0.68	2	0.66	1.32	2	0.45	0.90	1	0.55	0.55	2	0.52	1.04	2	0.48	0.96	1	0.60	0.60	1	0.40	0.40	0	0.62	0	1	0.38	0.38	1	0.59	0.59	0	0.41	0	9.53
12	86	F	1	0.51	0.51	1	0.49	0.49	0	0.34	0	2	0.66	1.32	0	0.45	0	0	0.55	0	2	0.52	1.04	1	0.48	0.48	1	0.60	0.60	1	0.40	0.40	3	0.62	1.86	1	0.38	0.38	1	0.59	0.59	1	0.41	0.41	8.08
13	74	M	1	0.51	0.51	1	0.49	0.49	2	0.34	0.68	1	0.66	0.66	2	0.45	0.90	2	0.55	1.10	1	0.52	0.52	2	0.48	0.96	2	0.60	1.20	2	0.40	0.80	2	0.62	1.24	0	0.38	0	1	0.59	0.59	0	0.41	0	9.05
14	78	F	0	0.51	0	1	0.49	0.49	0	0.34	0	0	0.66	0	1	0.45	0.45	1	0.55	0.55	0	0.52	0	2	0.48	0.96	0	0.60	0	0	0.40	0	0	0.62	0	1	0.38	0.38	0	0.59	0	0	0.41	0	3.43
15	66	F	1	0.51	0.51	1	0.49	0.49	0	0.34	0	2	0.66	1.32	2	0.45	0.90	2	0.55	1.10	2	0.52	1.04	1	0.48	0.48	1	0.60	0.60	1	0.40	0.40	0	0.62	0	0	0.38	0	0	0.59	0	0	0.41	0	5.69

## CALCULO DEL $\chi^2$

TABLA N° 17

### 1. HIPOTESIS ESTADISTICAS

$$H_0: P_1 = P_2$$

$$H_1: P_1 \neq P_2$$

### 2. TABLA DE CONTINGENCIA 2 \* 7

FASES	SMA	SA	SMeA	SME	SMB	SBE	I	TOTAL
Pretest	0	2	1	3	3	4	2	15
Postest	4	8	2	1	0	0	0	15
TOTAL	4	10	3	4	3	4	2	30

### 3. COMBINACION Y CALCULO DE $\chi^2$

COMBINACION	O	E	O - E	$(O - E)^2$	$\chi^2 = \frac{(O - E)^2}{E}$
Pretest SMA	0	2.0	-2.0	4.00	2.00
Pretest SA	2	5.0	-3.0	9.00	1.80
Pretest SMeA	1	1.5	-0.5	0.25	0.17
Pretest SME	3	2.0	1.0	1.00	0.50
Pretest SMB	3	1.5	1.5	2.25	1.50
Pretest SBE	4	2.0	2.0	4.00	2.00
Pretest I	2	1.0	1.0	1.00	1.00
Postest SMA	4	2.0	2.0	4.00	2.00
Postest SA	8	5.0	3.0	9.00	1.80
Postest SMeA	2	1.5	0.5	0.25	0.17
Postest SME	1	2.0	-1.0	1.00	0.50
Postest SMB	0	1.5	-1.5	2.25	1.50
Postest SBE	0	2.0	-2.0	4.00	2.00
Postest I	0	1.0	-1.0	1.00	1.00
TOTAL	30				17.94

$$E = \frac{\text{Total Fila} * \text{Total de columna}}{\text{Total General}}$$

### 4. NIVEL DE SIGNIFICACION

$$\alpha = 0.05$$

### 5. GRADOS DE LIBERTAD

$$G1 = 7 * 1 = 7$$

## 6. VALOR CRITICO

$$X^2_{(0,05; 7)}:14.07$$

## 7. NORMA

$X^2 \geq$  Valor Critico  $H_0$  se rechaza  $H_1$  se acepta.

$X^2 <$  Valor Critico  $H_0$  se acepta  $H_1$  se rechaza.

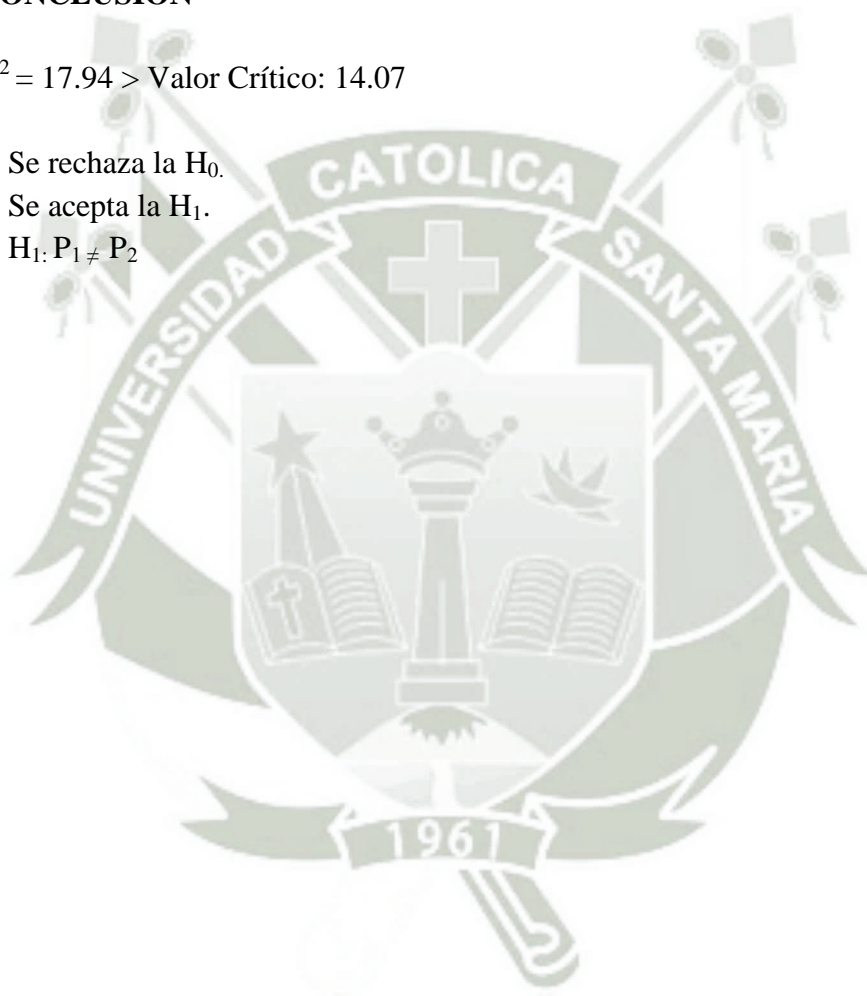
## 8. CONCLUSION

$$X^2 = 17.94 > \text{Valor Crítico: } 14.07$$

⇒ Se rechaza la  $H_0$ .

⇒ Se acepta la  $H_1$ .

⇒  $H_1: P_1 \neq P_2$



### FORMATO DE CONSENTIMIENTO EXPRESO

Yo..... Autorizo a la señorita Yised Edith Quispe Berrios egresada de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa María para tomarme en cuenta como unidad de estudio de la investigación titulada “Influencia de la prótesis total bimaxilar en el grado de satisfacción personal en pacientes edéntulos totales de la Provincia de Azángaro – Puno 2012” la misma que le servirá para obtener el título profesional de cirujano dentista.

Declaro que eh sido informado de la naturaleza los objetivos procedimientos alcances y fines de la presente investigación.

Declaro asimismo que se me ha informado de mis derechos y obligaciones que como unidad de estudio tengo así como el respeto a los principios de beneficencia anonimato y confiabilidad de la información brindada, el respeto a la libre determinación y el derecho a un trato justo y digno antes durante y después de la investigación.

En prueba de la aceptación pertinente firman las partes involucradas en este convenio.

---

INVESTIGADORA

---

INVESTIGADO (A)

Azángaro, Setiembre del 2012