

**Factores Psicosociales de Riesgo que Inciden en la Salud Bucal de  
población del Adulto Mayor**

**Adame Vásquez Yesenia Del Pilar**

**Arias Rojas Natalia Andrea**

**Fornes Pineda Luisa Estefanía**

**Universidad Antonio Nariño**

**Facultad de Odontología**

**Bogotá**

**2021**

**Factores Psicosociales de Riesgo que Inciden en la Salud Bucal de  
población del Adulto Mayor**

**Adame Vásquez Yesenia Del Pilar**

**Arias Rojas Natalia Andrea**

**Fornes Pineda Luisa Estefanía**

**Trabajo de grado para obtener el título de Odontólogo General**

**Eugenia Cepeda- Yeily Thomas**

**Especialista en Cirugía Oral-Magister en Salud Publica y Desarrollo  
Social**

**Universidad Antonio Nariño**

**Facultad de odontología**

**Bogotá**

**2021**

**Nota de Aceptación**

El trabajo de grado titulado, **Factores Psicosociales de Riesgo que Inciden en la Salud Bucal de población del Adulto Mayor**. Elaborado por: **Yesenia P. Adame, Natalia A Arias y Luisa E. Fornes** el cual ha sido aprobado como requisito parcial para optar el título como Odontólogos generales.

---

Firma presidente del Jurado

---

Firma del Jurado

---

Firma del Jurado

## **Dedicatoria**

El presente trabajo de investigación lo dedico a mi familia; por haber sido mi apoyo a lo largo de toda mi carrera y a lo largo de mi vida. A Eduardo Villamil por su ayuda ofreciendo palabras de aliento y demostrando su apoyo incondicional, dando motivación en los momentos difíciles y celebrando mis logros sin que este fuera la excepción. Se lo dedico a los doctores que hicieron posible este proceso académico que transmitiendo sus conocimientos y experiencias lograron formarnos y a mis compañeras de tesis por este gran esfuerzo para culminar este reto (Yesenia Adame).

Primero agradezco a Dios, por permitirme iniciar este bello proceso de aprendizaje, por acompañarme y darme la fuerza para culminar este sueño de mi carrera; segundo a toda mi familia en especial a mis padres, por su apoyo incondicional, acompañamiento, la comprensión, la paciencia y el amor; por último y no menos importante a Juan Zapata que día a día estuvo a mi lado apoyándome, sin importar las adversidades que pasaba, dando todo de el para que yo llegara a mi meta, con mucho amor, paciencia y alegría (Natalia Arias).

En primer lugar, este proyecto quiero dedicarlo a Dios, por la sabiduría, perseverancia e inteligencia que me concedió durante todo este proceso, a pesar de las dificultades, a mi familia y principalmente a mi madre María Elsy Pineda quien con amor y paciencia supo cómo brindarme su apoyo incondicional en cada instante; a mis compañeras de tesis y docentes con quienes formamos un gran equipo para conseguir este logro tan anhelado (Luisa Fornes).

## Agradecimientos

Especialmente, quiero darle gracias a Dios como base fundamental en mi vida, porque me ha permitido lograr las metas propuestas siendo esta una de ellas. A las directivas de la fundación Soacha Vive, a los abuelos que participaron permitiéndonos el desarrollo y dándonos apoyo en el proceso que conllevo. A nuestros tutores que nos guiaron paso a paso para poder dar los mejores resultados en todo el proceso (Yesenia Adame).

En primer lugar, agradezco a Dios y a la vida por darme la oportunidad de escoger y amar esta carrera tan bonita como lo es la Odontología, poniendo en mi camino de formación excelentes seres humanos y excelentes docentes, que sin dudar compartieron sus conocimientos durante estos años de carrera sin importar las circunstancias.

En especial a las doctoras Eugenia Cepeda y Yeily Thomas por su paciencia, comprensión y el conocimiento que nos impartieron a lo largo de este proceso de creación del trabajo (Natalia Arias).

De manera especial quiero agradecerle a Dios, Nuestra Señora la Virgen María y San José por la sabiduría, entendimiento y fe que me han regalado desde el momento en el que elegí esta carrera, a mi familia por el apoyo, el acompañamiento y fortaleza que me brindaron en el proceso con amor incondicional, a mis pacientes que fueron una parte fundamental para lograr mi sueño de ser odontóloga ; a mis compañeras de tesis y a mis docentes las Doctoras Eugenia Cepeda y Yeily Thomas por su entrega, dedicación y compromiso (Luisa Fornes).

## **Directivas**

Las directivas de la Universidad Antonio Nariño, los jurados calificadores y el cuerpo docente no son responsables por los criterios e ideas expuestas en el presente documento

## Abstract

**Introducción:** La promoción y prevención en la población adulta mayor es fundamental debido a que la capacidad regenerativa del cuerpo disminuye por la edad, en esta etapa de la vida se llega a un proceso de desgaste en el que sobrevienen enfermedades crónicas. Así mismo, se evidencian manifestaciones orales propias de la edad o de la condición sistémica de cada individuo, por tal motivo, las alteraciones de la cavidad bucal pueden limitar el desempeño de las actividades diarias y el impacto psicosocial de estos problemas bucales pueden perjudicar el estilo de vida de los individuos.

**Objetivo:** Identificar los factores psicosociales de riesgo que inciden en la salud bucal del adulto mayor de 60 a 79 años.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en 42 adultos mayores de la fundación Soacha vive. Se aplicaron dos tipos de instrumentos para determinar el grado de conocimiento en salud bucal de los adultos mayores y la medición de factores psicosociales de riesgo en salud.

**Resultados:** El estado de prótesis dental se encontró que el 64% refirió usar algún tipo de prótesis bucal, el 37 % refirió no usarlas. La población de sexo femenino tuvo la mayor prevalencia en el uso de estas, con un valor de 73%. Se evidencio que el sexo masculino el nivel de higiene oral malo corresponde a un 29%, el sexo femenino indica que con el 14% para la categoría de malo, evidenciando que en las mujeres hay mayor interés por el auto cuidado. Las mujeres componen aproximadamente el 57% de la muestra y poseen una mejor higiene oral respecto a los hombres. La soledad es un factor que afecta la higiene

oral, en tanto es peor la higiene oral (mayor nivel promedio) de las personas que presentan este factor psicosocial respecto a las que no (  $t = -2.79$  significativo al 5%).

**Conclusiones:** Los bajos niveles de bienestar psicosocial, están relacionados con una mayor cantidad de factores psicosociales como la soledad, la inactividad física y falta de recursos económicos. Se evidencio en los adultos mayores, múltiples factores de riesgo para la salud bucal como: bajo interés por su cuidado oral, la falta de implementación de los elementos para la higiene oral, el uso o no de sus prótesis dentales y la poca motivación a los controles odontológicos

**Palabras Clave:** anciano, factores psicosociales, salud bucal

## Summary

**Introduction:** Promotion and prevention in the older adult population is essential because the regenerative capacity of the body decreases by age, at this stage of life a process of wear and tear in which chronic diseases occur and thus mimms are evident, oral manifestations typical of the age or systemic condition of each individual, for this reason, alterations of the oral cavity can limit the performance of.

**Objective:** To identify the psychosocial risk factors that affect the oral health of adults over 60 to 79 years of age living in the Soacha Foundation live, through the management of virtual tools.

**Materials and methods:** An observational descriptive post-versal cut study was conducted in 42 older adults of the Soacha lives. Foundation Two types of instruments were applied to determine the level of oral health knowledge of older adults.

**Results:** The state of dental prosthesis was found that 64% referred to using some kind of oral prosthesis, 37% said not to use them. The female population had the highest prevalence in the use of women, with a value of 73%. It is evident that male the poor oral hygiene level corresponds to 29%, the female sex indicates that with 14% for the bad category, showing that in women there is greater interest in self-care. Women make up approximately 57% of the sample and have better oral hygiene compared to men. Solitude is a factor that affects oral hygiene, while oral hygiene is worse (higher average level) among people with this psychosocial factor than those who do not.

**Conclusions:** Low levels of psychosocial well-being are related to a greater number of psychosocial factors such as loneliness, physical inactivity, and lack of economic resources. Multiple risk factors for oral health are evident in older adults, such as: low interest in oral care, lack of implementation of the elements for oral hygiene, or not use of their dental prostheses, and little motivation for dental controls.

**Keywords:** elderly, psychosocial factors, oral health,

## Tabla de Contenidos

### Contenido

<b>1.</b>	21
<b>1.1.</b>	24
<b>2.</b>	25
<b>3.</b>	27
<b>3.1.</b>	27
<b>3.2.</b>	27
<b>4.</b>	28
<b>4.1.</b>	28
<b>4.2.</b>	31
<b>4.3.</b>	32
<b>4.4.</b>	33
<b>4.5.</b>	35
<b>4.6.</b>	37
<b>4.7.</b>	39
<b>4.8.</b>	44
<b>5.</b>	46
<b>5.1.</b>	46
<b>5.2.</b>	46

<b>5.3.</b>	46	
<b>5.4.</b>	46	
5.4.1.	Criterios de Inclusión	41
5.4.2.	Criterios de exclusión	41
5.4.3.	Recolección de la información	43
5.4.4.	Prueba piloto	43
5.4.5.	Criterios para la recolección de datos	45
<b>5.5.</b>	54	
<b>5.6.</b>	57	
<b>5.7.</b>	58	
<b>6.</b>	59	
<b>6.1.</b>	59	
<b>6.2.</b>	61	
<b>6.3.</b>	63	
<b>6.4.</b>	64	
<b>6.5.</b>	67	
<b>6.6.</b>	70	
<b>6.7.</b>	74	
<b>7.</b>	80	
<b>8.</b>	84	

**9.** 85

**10.** 86

## Ilustraciones

<i>Ilustración 1. Aplicación de instrumento en prueba piloto virtualmente.</i>	50
<i>Ilustración 2. Aplicación de instrumento en prueba piloto virtualmente.</i>	51
<i>Ilustración 3.lugar Fundación Soacha vive, comedor de adultos mayores.</i>	55
<i>Ilustración 4.Proceso de diligenciamiento de consentimiento informado de forma presencial.</i>	<b>¡Error!</b>

### **Marcador no definido.**

<i>Ilustración 5. Diligenciamiento de instrumento de forma presencial</i>	57
<i>Ilustración 6. Diligenciamiento de instrumentó de manera virtual.</i>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## Ilustración

### Tablas

<i>Tabla 1. Operacionalización de variables.</i>	48
<i>Tabla 2. Población total estudiada por edad en adultos mayores en la Fundación Soacha vive, Bogotá 2020.</i>	59
<i>Tabla 3. Población total estudiada por ocupación en adultos mayores en la Fundación Soacha vive, Bogotá 2020.</i>	61
<i>Tabla 4. Población total evaluada con prótesis dental en adultos mayores en la Fundación Soacha vive, Bogotá 2020.</i>	63
<i>Tabla 5. Población total de las enfermedades persistentes en adultos mayores en la Fundación Soacha vive, Bogotá 2020.</i>	64
<i>Tabla 6. Otras enfermedades persistentes en adultos mayores en la Fundación Soacha vive, Bogotá 2020.</i>	65
<i>Tabla 7. Población total estudiada por Higiene oral en adultos mayores en la Fundación Soacha vive, Bogotá 2020.</i>	67
<i>Tabla 7. Población total estudiada por Higiene oral en adultos mayores en la Fundación Soacha vive, Bogotá 2020.</i>	68
<i>Tabla 8. Población estudiada evaluando diferencia de medias de higiene oral por sexo.</i>	69
<i>Tabla 9. valores que se darán a la población estudiada evaluada por bienestar psicosocial. (Estudio psicométrico de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en adultos jóvenes colombianos., 2018).</i>	73
<i>Tabla 10. Población estudiada evaluando diferencia de medias de higiene oral por factor soledad.</i>	76
<i>Tabla 11. Población estudiada evaluando diferencia de medias de higiene oral por factor inactividad.</i>	77
<i>Tabla 12. Población estudiada evaluando diferencia de medias de higiene oral por factor falta de recursos</i>	79



## Gráficas

<i>Gráfica 4. Uso de prótesis en la población encuestada.</i>	64
<i>Gráfica 5. Mayor uso de prótesis orales en el sexo femenino.</i>	65
<i>Gráfica 6. Enfermedades que la población encuestada refiere.</i>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<i>Gráfica 7. Población estudiada evaluando la higiene oral en adultos mayores en la Fundación Socha vive, Bogotá 2020.</i>	68
<i>Gráfica 8. Población estudiada evaluando la higiene oral en adultos mayores en la Fundación Socha vive, Bogotá 2020.</i>	70
<i>Gráfica 9. Población estudiada evaluando medida de uso de prótesis relacionada con bienestar psicosocial.</i>	71
<i>Gráfica 10. Población estudiada evaluando higiene oral relacionado con bienestar psicosocial.</i>	72
<i>Gráfica 11. Población estudiada evaluando factores psicosociales totales por bienestar psicosocial.</i>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<i>Gráfica 12. Población estudiada evaluando factores psicosociales por nivel de higiene oral.</i>	75
<i>Gráfica 13. Población estudiada evaluando higiene oral por cantidad de factores psicosociales.</i>	76
<i>Gráfica 14. Población estudiada evaluando higiene oral por factor soledad.</i>	77
<i>Gráfica 15. Población estudiada evaluando higiene oral por factor inactividad.</i>	78
<i>Gráfica 16. Población estudiada evaluando higiene oral por factor falta de recursos económicos.</i>	79

## **Introducción**

Según la OMS, el adulto mayor va desde los 60 años en adelante, donde se presenta una adaptación de su organismo con respecto a los cambios presentados con la edad. De igual forma, la capacidad regenerativa del cuerpo disminuye por la edad, en esta etapa de la vida se llega a un proceso de desgaste en el que sobrevienen enfermedades crónicas, Así mismo, se evidencian manifestaciones orales propias de la edad o de la condición sistémica de cada individuo, por tal motivo, las alteraciones de la cavidad bucal pueden limitar el desempeño de las actividades diarias y el impacto psicosocial de estos problemas bucales pueden perjudicar el estilo de vida de los individuos.

El objetivo de este estudio es identificar los factores psicosociales de riesgo que inciden en la salud bucal en 42 adultos mayores de 60 a 79 años que asisten en la Fundación Soacha vive. Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, que busco establecer las variables sociodemográficas, hábitos de higiene oral, uso y mantenimiento de las prótesis dentales.

Para el índice de higiene oral, se tomó bajo los valores de buena, regular y malo dándole a cada ítem un valor, el bienestar psicológico, y factores

psicosociales el cual comprende: el desarrollo y crecimiento personal, los estilos y maneras como las personas enfrentan los retos vitales y el esfuerzo e interés por conseguir lo que desea se implementó a (Blando & Diaz, 2005) en la escala de Ryff.

En la presente investigación se desarrolló un marco teórico sobre las patologías más prevalentes en la salud de los adultos mayores y los factores psicosociales y bienestar psicológico más persistentes como, envejecimiento, ancianidad, discapacidad, fármacos y efectos secundarios, acceso a servicios de salud bucal, factores psicosociales, salud bucal, confort y satisfacción, describiendo así cada una.

De igual forma, en un capítulo se presentan los resultados del índice de higiene oral, enfermedades de base, uso de prótesis dental, bienestar psicosocial, factores psicosociales según la escala de Ryff, los resultados de los instrumentos aplicados se encuentran relacionados por sexo.

En otro capítulo, se relacionaron y se discutieron los resultados encontrados con otros estudios realizados en Colombia y en Latinoamérica teniendo en cuenta la variación de tamaño de muestra, se extrajeron conclusiones y se formularon recomendaciones.

En el último capítulo se concluyó que el estado de higiene oral de la población estudiada fue deficiente, la diferencia significativa respecto a la higiene oral entre hombres y mujeres, los bajos niveles de bienestar psicosocial

relacionados con otros factores psicosociales como la soledad, inactividad física y falta de recursos económicos. Por otro lado, los factores psicosociales que impactan negativamente la salud bucal de los adultos mayores de la población estudiada son: la soledad generada por el abandono de la familia, la carencia de recursos económicos propios y la carencia de actividad física generando en ellos sentimientos de frustración, conduciéndolos a una mala calidad de vida.

## 1. Planteamiento del Problema

El envejecimiento es una combinación de procesos dinámicos que se hace evidente en un plano biológico, una transformación de procesos moleculares, celulares y condiciones psicológicas. Con el paso del tiempo se reducen gradualmente las reservas fisiológicas y se disminuye en general la capacidad del individuo que responde e interacciona con el medio ambiente que lo rodea (OMS, 2015). El adulto mayor va desde los 60 años en adelante, donde se presenta una adaptación de su organismo con respecto a los cambios presentados con la edad (OMS, Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud, 2015).

De igual modo, los sucesos dados a partir del paso de los años son una serie de cambios que producen patologías a nivel del sistema cardiovascular, respiratorio, endocrino, músculo esquelético, neurológico, entre otros, donde se reduce la capacidad del esfuerzo y resistencia al estrés físico en los adultos mayores, reduciéndose así mismo su autonomía, calidad de vida, habilidad y capacidad de aprendizaje motriz. Estos mecanismos de envejecimiento son únicos y variables ya que algunas personas que llegan a esta etapa no indican ni refieren patologías en sus estados tanto físicos como mentales, mientras que otros requieren de cuidados especiales (Moreno González, 2005).

Por otra parte, los impactos en salud a los cuales está sometido el cuerpo al transcurrir los años, influenciados por los factores psicosociales de riesgo individual desempeñan un papel relevante en la satisfacción de la vida en la etapa de la vejez. Estos factores son esenciales en la asociación entre el estado

funcional de las personas mayores y en la satisfacción fundamental de la vida. Se debe tener en cuenta que el papel modificador de los factores psicosociales podría cambiar a lo largo de vida debido al entorno donde se desenvuelven los adultos mayores (Puvill, y otros, 2019).

De igual manera, se evidencia una pérdida de funcionalidad en las actividades diarias básicas, a consecuencia de los cambios físicos y mentales que sufren al transcurrir los años, razón por la cual deben recurrir a la ayuda de terceros para manejar sus asuntos diarios como son la alimentación, movilidad, vestuario e higiene, continencia urinaria e intestinal entre otros, siendo un motivo de preocupación y temor en los adultos mayores generando en muchas oportunidades depresión, pensamientos negativos sobre la muerte y el fin de la vida (Jansson M., 2001).

En la cavidad bucal, podemos encontrar una gran variedad de patologías entre las cuales la caries y las enfermedades periodontales tienen mayor predominio, debido a que el adulto mayor es susceptible a una serie de eventos graduales, irreversibles y acumulativos. Estos cambios son de tipo individual que pueden causar alteraciones en las funciones como la resequedad por la disminución salival a causa de la edad o el consumo de medicamentos para el manejo de enfermedades crónicas no transmisibles. Además, pueden presentar desgaste en la superficie dental, pérdida de hueso alveolar, menos capacidad defensiva y reparadora de los tejidos entre otros, ocasionando un mayor riesgo cuando se enfrentan a agentes traumáticos e infecciosos en boca.

Estas entidades pueden limitar la alimentación y repercutir negativamente en el estado nutricional y funcional; también bajan la autoestima por la apariencia personal y dificultan la comunicación al ser irreversibles e influir sobre la calidad de vida de las personas (Moya, Hernández Castañeda, Gutiérrez Sánchez, Agudelo Prada, 2013).

Según el ENSAB IV, dentro de la salud bucal en la población adulto mayor colombiana, se incluyen factores de riesgo como el hábito de fumar (7.19 %), el (3.37%) lo hace ocasionalmente mientras que el (45.41%) se reportan como exfumadores. La experiencia de caries dental dentro del estudio fue de (96.26%) de las personas y la prevalencia del (43.47%). el promedio de enfermedad periodontal según índice y extensión mayor a 1 mm es de (79.0%), el edentulismo parcial es del (98.90%) con una baja función masticatoria producto de la enfermedad acumulada a lo largo de los años, el uso de prótesis dental para pacientes edéntulos es de 93.74 % y las lesiones asociadas al uso de prótesis en tejidos blandos es de 39,65% (estomatitis protésica) (Salud, 2014).

A partir de lo anteriormente mencionado, se debe analizar la condición bucal en estos pacientes teniendo en cuenta sus factores sociales y los factores médicos que rodean el entorno del adulto mayor, en especial en un hogar geriátrico donde condiciones psicológicas como la depresión son más altas debido principalmente a la ausencia familiar, por lo anteriormente mencionado surge la siguiente pregunta de investigación.

### Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los factores psicosociales de riesgo que inciden en la salud bucal del adulto mayor de la Fundación Soacha vive?

## 2. Justificación

Este proyecto de grado se desarrollará dentro de la línea de promoción y prevención del grupo de investigación en salud bucal; este trabajo contribuye a la interacción entre las actividades de proyección social y la Investigación; sus resultados permitirán trazar nuevos trabajos de investigación, así como orientar las actividades de promoción y prevención.

La promoción y prevención en la población adulta mayor es fundamental debido a que la capacidad regenerativa del cuerpo disminuye por la edad, en esta etapa de la vida se llega a un proceso de desgaste en el que sobrevienen enfermedades crónicas y así mismo, se evidencian manifestaciones orales propias de la edad o de la condición sistémica de cada individuo, por tal motivo, las alteraciones de la cavidad bucal pueden limitar el desempeño de las actividades diarias y el impacto psicosocial de estos problemas bucales puede perjudicar el estilo de vida de los individuos (Cerón Bastidas, 2014).

Por lo cual, se debe considerar la salud bucal como un elemento importante de la salud general y de la calidad de vida en esta población; para el adulto mayor un mal funcionamiento de su cavidad bucal va a influir notablemente en su capacidad para alimentarse y poder comunicar sus dolencias y desde el punto de vista estético puede generar vergüenza por su aspecto físico, a la par que se generan otros problemas en el contexto social, cultural y en ciertas ocasiones religioso (Moya Aránzazu, Hernández Castañeda, Gutiérrez Sánchez, & Agudelo Prada, 2012).

Así mismo, se debe considerar la situación actual de la pandemia del SARS COV 2 la cual ha tenido serios efectos para los grupos vulnerables, y especialmente para los adultos mayores, es necesario conocer el impacto que ha generado esta condición de aislamiento tanto en la parte psicosocial como en la parte de salud bucal, esto debido a que la pandemia de la Covid-19 implica para las personas mayores el desafío fundamental del acceso a tratamientos y atención médica, según la ONU (ONU, 2020) existe un colapso de los sistemas de salud y los altos costos de los servicios sanitarios.

### **3. Objetivos**

#### **3.1. Objetivo General**

Identificar los factores psicosociales de riesgo que inciden en la salud bucal del adulto mayor de 60 a 79 años.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

Establecer las variables sociodemográficas de los pacientes adultos mayores que asisten a la Fundación Soacha vive.

Identificar los hábitos de higiene oral en los pacientes adultos mayores que asisten a la Fundación Soacha vive.

## **4. Marco Teórico**

### **4.1. Envejecimiento**

El envejecimiento está relacionado con la acumulación de diversos daños moleculares y celulares que con el tiempo disminuyen significativamente las reservas fisiológicas y aumentan el riesgo en salud, en la población de 60 años en adelante, este concepto puede variar debido a las condiciones y mecanismos de envejecimiento diversos en cada ser, influenciados ampliamente por el entorno y el comportamiento de cada persona. (Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. (OMS, 2015)

Todo individuo a lo largo de su vida envejece de múltiples maneras, teniendo en cuenta sus experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas en cada momento vivido donde se relacionan procesos de desarrollo y deterioro multidimensionales con características heterogéneas, intrínsecas e irreversibles, proceso en el cual se evidencian necesidades específicas, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas humanas. Los factores demográficos fundamentales para el envejecimiento de la población son: la reducción de la fertilidad y el incremento de la longevidad (Minsalud, 2019).

El proceso de envejecimiento es complejo y amplio donde hay una relación en las condiciones físicas y mentales para el funcionamiento y manejo de la persona adulto mayor, dando como resultado, el aumento de enfermedades crónicas como: la pérdida de la audición, visión y movilidad debido a la edad, y las enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y la

demencia, sin importar las condiciones sociales o económicas de cada región donde habita cada adulto mayor (Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud (OMS, Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud, 2015).

Dentro del envejecimiento se encuentra el término “Multimorbilidad” el cual consiste en la presencia de varias afecciones crónicas al mismo tiempo, donde sus actividades diarias se ven limitadas, algunas afecciones son tratadas con medicamentos simples y otras son tratadas con tratamientos de alto impacto con efectos secundarios amplios. Debido a esto, las personas adulto mayor al día a día, deben tener cuidadores y atenciones especiales, dentro del núcleo familiar y social que los rodea (A.Fernandez & Vasquez bustos, 2016).

Del mismo modo, en el proceso de envejecimiento se presenta un deterioro biológico, el cual implica problemas de salud, como resultado de diversos factores, socio ambientales, hábitos alimenticios, actividad física y presencia de algunas enfermedades y por lo tanto, el consumo y uso de medicamentos y también acuden a la práctica de polifarmacia; esta se define simplemente como el uso de múltiples medicamentos por un paciente, al mismo tiempo debido a la presencia de varias entidades patológicas en un mismo cuerpo, incluyendo los medicamentos sin fórmula médica o los suplementos herbales (Robles, y otros, 2017).

Por lo cual, la vejez hace referencia a un estado irreversible al que se llega a cierta edad de la vida y que varía dependiendo de los lugares, las épocas e incluso los individuos: en la Edad Media se era viejo a los 35 – 40 años y hoy los

hombres de 70 años pueden dar una impresión de “juventud” (Maya, Gerokomos vol.25 no.2 Barcelona jun. 2014).

El envejecimiento no se trata de un hecho patológico, el transcurso del tiempo actúa disminuyendo así, el nivel de competencia del organismo frente a la presión, las exigencias y el estrés del entorno, como consecuencia hace que se torne vulnerable incrementando de este modo las probabilidades de morbilidad y mortalidad en los seres vivos, al final de su ciclo vital (Ruiz, 2002).

La vejez, es un concepto abstracto, considerado como una etapa de la vida, otros la han considerado como una construcción socio-antropológica el cual representa la fase final del proceso de envejecimiento. Es equivalente a vivir muchos años, en comparación con otras personas del mismo grupo poblacional. Sus límites, excepto la muerte, han sido y son siempre imprecisos y dependientes; sin embargo, la definición de vejez depende del contexto y del grupo de personas al que se hace referencia. Por otro lado, hace referencia a la última etapa de la vida del ser humano, es el estado de una persona que por razones de aumento en su edad sufre un declive biológico en su organismo (ANN BOWUNG, 1997).

Por otro lado, el bienestar es un término que se ha definido como: la percepción o apreciación subjetiva de sentirse o hallarse bien, de buen ánimo y sentirse satisfecho. Se sostiene que el estado de bienestar que experimentan los individuos guarda relación entre las condiciones sociales y personales, y de la forma como los individuos se enfrentan a ellas. Teniendo en cuenta, que esto sucede dentro del contexto de una sociedad y que los individuos conviven o están interactuando con otros miembros de la misma (Mella, y otros, 2004).

## 4.2. Ancianidad

La "ancianidad" o cuarta edad viene delimitada tanto por factores de cambio biológico como determinantes del cambio psicológico a medida que avanza la edad de la persona "El término anciano es asignado únicamente a ese género particular de organismos que denominamos personas, y ello, en las últimas etapas de la vida (Ma.De la Paz Alba HernandezEloisa, 2010) y se refiere a la etapa que abarca el final de la vida, la cual se inicia aproximadamente a los 60 años. Se caracteriza esta edad por una creciente disminución de las fuerzas físicas, lo que, a su vez, suscita una sensible y progresiva baja de la actividad mental. El individuo paulatinamente va perdiendo el interés por las cosas de la vida y va viviendo más en función del pasado (Maya, Gerokomos vol.25 no.2 Barcelona jun. 2014).

A la etapa del proceso vital humano relacionado con el envejecimiento se le han dado distintas denominaciones, términos como: vejez, ancianidad, tercera edad, longevidad, discapacidad, entre otros, los cuales tienen diversas explicaciones y connotaciones, algunas percibidas de manera negativa; los términos anteriormente mencionados presentan una complejidad para la conceptualización, depende de las ideas, valores, creencias y expectativas de cada individuo, de la familia y de la sociedad, así como del paradigma científico del que nos posicionamos (Ruiz, 2002).

En las últimas décadas se han propuesto diferentes modelos de envejecimiento que intentan dar una mirada más positiva al término de envejecimiento. Entre estos tenemos:

Envejecimiento exitoso, que fue propuesto por Rowe, el cual hace referencia a la habilidad para mantenerse en bajo riesgo de enfermar, con un alto nivel de actividad física y mental y decididamente comprometido con la vida por medio del mantenimiento de relaciones interpersonales y de la participación en actividades significativas (Maya, Gerokomos vol.25 no.2 Barcelona jun. 2014).

Envejecimiento saludable, propuesto por la (OMS, 2015) de esta manera fue definido como la etapa que comienza mucho antes de los 60 años. Esta solo puede obtenerse desarrollando desde edades tempranas hábitos y estilos de vida saludables, así como realizando prevención temprana de algunas discapacidades y enfermedades (Maya, Gerokomos vol.25 no.2 Barcelona jun. 2014).

Envejecimiento activo Según el informe de la (OMS) fue enunciado como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. El término “activo” el cual hace referencia a una participación continua en aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra, si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva con una vida más larga (Maya, Gerokomos vol.25 no.2 Barcelona jun. 2014)

### **4.3. Discapacidad**

La OMS define discapacidad como toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

De otro lado, funcionalidad se refiere a la capacidad que tiene un individuo de realizar sus actividades básicas cotidianas de forma independiente y serían sus alteraciones o limitaciones, sin importar la edad del que las padezca, las que llevarían a un individuo a ser persona con discapacidad. Por consiguiente, y a pesar de ser uno de los errores más frecuentes no podemos equiparar vejez con discapacidad.

Más allá de la discapacidad, las limitaciones o deficiencias que pueden llevar a una posterior discapacidad tienen porcentajes altos en las personas mayores: 20% de estas reportan alguna dependencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) (como vestirse, comer y ducharse) y 38% tiene alguna dependencia en la realización de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) (cuidado de otros, gestión económica, cuidado de la salud, entre otros (Minsalud, 2019).

#### **4.4. Fármacos y efectos secundarios**

Pese a que los fármacos son la herramienta terapéutica más potente y eficaz de la que se dispone para mejorar la calidad de vida de la sociedad, su uso no está exento de efectos adversos. En la actualidad existen muchos casos de pacientes con múltiples patologías por ende medicadas con varios medicamentos, haciendo complicado encontrar la causa de los efectos adversos generados por la medicación y aumentando estos de manera exponencial cuando se combinan más de 4 fármacos. Existe un amplio número de fármacos que pueden dar lugar a numerosos efectos adversos en la cavidad bucal.

Por ende, el uso de medicamentos puede ocasionar alteraciones en las glándulas salivales tales como: xerostomía, tumefacción y dolor; alteraciones de la mucosa: ulceraciones orales o quemaduras químicas, mucositis por quimioterapia, reacciones liquenoides, agrandamientos gingivales, eritema multiforme, pénfigo; pigmentaciones: tinciones dentales, pigmentaciones de la mucosa oral, de igual forma se presenta, lengua vellosa, Halitosis, Osteonecrosis, sialometaplasia necrosante, infecciones oportunistas, diátesis hemorrágicas y disgeusia.

Por consiguiente, una de las alteraciones más comunes anteriormente mencionada es la halitosis o el mal olor oral, el cual puede estar ocasionado por el efecto adverso tras la toma de ciertos medicamentos, estos fármacos pueden causarla de manera directa, como el dinitrato de isosorbida, el sulfóxido de dimetilo o el disulfiram; o pueden producir xerostomía y, de modo indirecto, la halitosis.

Por otro lado, encontramos el agrandamiento gingival el término que se refiere al aumento de tamaño de los tejidos gingivales, existen diversos medicamentos que pueden condicionar el agrandamiento gingival como reacción adversa, sin embargo se destacan algunos grupos farmacológicos como los antihipertensivos, anticonvulsivantes e inmunosupresores, lo cual produce el incremento en la producción de matriz extracelular, predominantemente colágeno y aumento del número de componentes celulares, Su mecanismo de acción se relaciona con la inhibición de canales de calcio, de la misma manera,

se asocia a otros factores, como la susceptibilidad individual y la presencia de inflamación crónica por placa bacteriana (Isabella Manzur-Villalobos, 2017).

#### **4.5. Acceso a servicios de salud bucal**

Según las proyecciones del Departamento Nacional de Estadística (dane), para el año 2020 la población mayor de 65 años en Colombia será de 4'324.532 personas, un 8,5% de la población total, para las proyecciones del año en curso se demostró que la población adulto mayor se encuentra en un 9,1% indicadores que revelan las condiciones sociales, psicosociales y calidad de vida en el país, indicando que esta población encuentra en situación de vulnerabilidad (Agudelo-Suarez AA-Alzate-Urea S, 2014).

En Colombia Agudelo Suarez & col (2014) realizaron un estudio cualitativo descriptivo, con el fin de obtener las percepciones, vivencias, experiencias, necesidades no satisfechas e información sobre el acceso a los servicios de salud bucal y sus determinantes en el grupo poblacional adulto mayor; en donde evidenciaron dificultades en la implementación de políticas sociales; prioridad de otras poblaciones para dar atención en salud, insuficiente recurso humano y factores determinantes como la situación de discapacidad, aspectos culturales, de género y crisis del sector salud (Agudelo-Suarez AA-Alzate-Urea S, 2014).

En Perú Diego Azañedo & col (2016) realizaron un análisis secundario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2014). Específicamente en las enfermedades orales, las cuales se ubican dentro de las patologías más prevalentes en adultos mayores, por ello, se ha evidenciado el limitado acceso

a la atención odontológica, lo cual puede atribuirse a diversos motivos en esta población. Los aspectos que se tomaron fueron con la finalidad de conocer los patrones de acceso a servicios de salud dental según área de residencia, región natural, tiempo desde la última atención, lugar de atención y regiones de esta población en el Perú (Diego Azañedo, 2016).

No obstante, se tomaron tres aspectos fundamentales para fortalecer las estrategias en el acceso a la salud; primero fortalecer la investigación en el área de la salud bucal, segundo aumentar la oferta en servicios en salud bucal para el adulto mayor, diseñar políticas para una mejor distribución de profesionales en las zonas alejadas (Diego Azañedo, 2016).

En Argentina en la región de Iberá María Ojeda & col (2014) se llevó a cabo un estudio, epidemiológico descriptivo de corte transversal, donde se buscó la relación entre los usuarios y los servicios de salud en cuanto a la atención en salud bucal, entre las barreras para la accesibilidad a la atención de salud bucal, cabe destacar que el odontólogo es una figura ajena a la realidad habitual de la población (María Cristina Ojeda, 2014).

En consecuencia, el miedo, sumado a la falta de profesionales, de salas de atención, así como la escasez de recursos para asistir a centros de mayor complejidad, los trayectos y el desconocimiento de sus derechos, motiva la falta total de controles odontológicos, con la consecuente alta prevalencia de patologías bucodentales (María Cristina Ojeda, 2014).

#### **4.6. Factores psicosociales**

Se debe analizar el concepto psicosocial como una interacción humana que permite una relación directa con la sociedad bajo su comportamiento, definiendo su personalidad dentro de varios grupos sociales específicamente el del adulto mayor. Los factores psicosociales pueden llegar a modificar, la relación entre el estado funcional de las personas mayores y su satisfacción con la vida, estos factores se pueden clasificar de esta manera: 1.) Salud mental 2.) Recursos sociales 3.) Discapacidades y 4.) Satisfacción y calidad de vida (A.Fernandez & Vasquez bustos, 2016).

En primer lugar, cuando nos referimos a salud mental, esta es definida por la OMS (OMS, Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud, 2015). como: “el estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”; para el caso de los adultos mayores, la salud mental según los estudios realizados sobre esta población, podemos hablar de dos condiciones presentes en ellos: la soledad y la depresión (Puvill, y otros, 2019).

En segundo lugar, cuando se habla de recursos sociales se hace referencia a las relaciones del adulto mayor y su entorno, en donde el individuo desarrolla la capacidad de dar y recibir amor, esto implica mantener relaciones estrechas, tanto afectivas como físicas. Se incluyen, el grado en que las personas piensan que pueden compartir

momentos de felicidad o de aflicción con sus seres queridos, y se demuestra hasta qué punto siente una persona el compromiso, la aprobación y la disponibilidad de asistencia práctica por parte de su familia y sus amigos (Puvill, y otros, 2019) .

Por otro lado, para referirse al término discapacidad, se deben explicar varios términos como: las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones del individuo con respecto a su entorno. Las deficiencias, son problemas que afectan la función corporal; respecto de las limitaciones de la actividad, se habla de dificultades para ejecutar acciones o quehaceres, y las restricciones de la participación, son problemas para actuar en situaciones de la vida cotidiana.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive (OMS, Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud, 2015).

Por último, cuando se refiere al término satisfacción este se define como, el resultado de procesos psico-sociales de carácter cognitivo y afectivo lo cual conlleva a realizar procesos evaluativos que conducen a los individuos a mantener determinadas conductas positivas o negativas; finalmente de acuerdo a la definición de la OMS “la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene, de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del

sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno” (Adams, 2012).

#### **4.7. Salud bucal**

Cuando la persona llega a esta etapa de su vida de vejez, en su mayoría suele presentar cambios drásticos como disminución de actividad física, pérdida de personas cercanas, abandono de sus seres queridos, frustración de sueños sin cumplir, entre otros, donde se ven afectados a nivel emocional y psicológico, los factores anteriormente mencionados influyen negativamente en el cuidado de ellos mismos reflejándose en su salud bucal entre otras.

Por lo anterior, es fundamental que el odontólogo busque e implemente mecanismos de ayuda de tratamientos odontológicos a través de programas que incluyan atención a nivel psicológico para que sea menos traumático para el adulto mayor (Hernandez Castañeda, Moya, Gutierrez Sanchez, & Agudelo Prada, 2013).

La salud bucodental es considerada fundamental, para gozar de una buena calidad de vida y salud, debido a que, si hay falencias en la misma, limita a la persona afectada su capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial. Cuando nos referimos al adulto mayor se puede decir, que ellos tienen una calidad de vida muy diferente debido a sus hábitos, ya que no tienen un seguimiento muy estricto con su higiene oral, debido a la cultura en la que fueron educados con hábitos orales y preventivos que no eran obligatorios sino opcionales, lo que confirma la tasa elevada de caries radicular en este grupo de la población, lo que da a entender que la caries como

enfermedad es algo que para esta población no requiere mayor interés dado a verlo como algo que después se puede solucionar (OMS, Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud, 2015).

Según datos arrojados por la OMS, la manifestación de enfermedad en personas mayores es diferente al resto de la población, pues se encontró que existe una proporción grande que tenía problemas dentales aparte de problemas médicos: tales como la diabetes , hipertensión y cardiopatía isquémica, y se empezó a formular una pregunta sobre porqué la población de adulto mayor sufre un porcentaje tan alto de problemas médicos y dentales y la respuesta fue: que este segmento de la población tiene limitaciones físicas y financieras que les impide una utilización oportuna de servicios de atención médica disponible como son: Distancias considerables a los puntos en salud, costo del tratamiento, transporte, tiempo prolongado de no tener seguridad social, y otras como creencias, estado educativo y experiencia previa al tratamiento (Reategui, Manrique Chavez, & Manrique Guzman , 2014).

A su vez, es importante evidenciar las demás enfermedades sistémicas que pueden estar presentes en el adulto mayor, las cuales conllevan a un cambio en su calidad de vida, se pudo determinar que las principales patologías padecidas por los adultos mayores se pudieron determinar que son: la hipertensión, diabetes, artritis, osteoporosis e hipercolesterolemia. La hipertensión es una de las enfermedades más comunes en el adulto mayor, es una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea

sangre a su cuerpo superando el rango de normalidad de 120/80 mm/hg (Reategui, Manrique Chavez & Manrique Guzman , 2014).

El grupo poblacional del adulto mayor ha mostrado un incremento, posiblemente, por factores como la natalidad, mortalidad, siendo la migración de los más jóvenes lo que contribuye al envejecimiento del país y otros. Este aumento, ha generado cierta transgresión, en la población adulta mayor debido a la desigualdad en la atención a los padecimientos de salud, que podrían llegar a afectar su calidad de vida (Hernandez Castañeda, Moya, Gutierrez Sanchez & Agudelo Prada, 2013).

Según un estudio realizado en la ciudad de Barranquilla por (Rebolledo M, 2018) sobre lesiones bucales en pacientes adulto mayor en donde tomaron una población de 62 pacientes geriátricos con hipertensión arterial, evidenció una prevalencia de la enfermedad (Hipertensión arterial) en el género femenino, mientras que en el género masculino, la prevalencia fue notoria en lesiones bucales, en este estudio se demostró que ningún paciente con hipertensión arterial estaba sano bucalmente, pero no se evidenció que debido a esta enfermedad se asociara con las lesiones persistentes (Cobos & De La Cruz Villa, 2018).

Además, los pacientes adultos mayores presentan características en la cavidad oral como son: el desgaste fisiológico de los dientes, cambio de color, pérdida de brillo y aumento de la mineralización; a nivel gingival, también se observa cambios tanto de disminución de color por la irrigación sanguínea, como el fenotipo periodontal el grado y frágil, causando la disminución de éste y a su

vez la reabsorción ósea. A consecuencia de lo anterior el adulto mayor con el tiempo tiene a sufrir pérdida de piezas dentarias (Hernandez Castañeda, Moya, Gutierrez Sanchez & Agudelo Prada, 2013).

Por otra parte, el comportamiento de salud bucal en los adultos mayores es deficiente, esto debido a que los hábitos de higiene oral en esta población están por debajo de las recomendaciones internacionales como las sugeridas por la Federación Dental Internacional, especialmente en relación con la limpieza interdental y las visitas regulares a la consulta odontológica, lo que contribuye al incremento de enfermedades bucodentales, entre éstas, las enfermedades periodontales y la caries radicular las cuales junto con las enfermedades sistémicas, coadyuvan al deterioro de la calidad de vida en los pacientes adultos mayores (Taboada-Aranza, Loeza-Galindo, & Hernández Palacios, 2019).

De igual forma, se deben considerar las limitaciones asociadas a la edad las cuales. Pueden afectar notablemente la calidad de la higiene bucal y merecen una atención especial por parte del odontólogo dependiendo de las necesidades del paciente, considerando que las prótesis dentales tienen relevancia en el adulto mayor debido a que contribuyen a mejorar la calidad de vida, pero también requieren de cuidados especiales que varían según el tipo de prótesis (Farmacia Profesional, Leire Azcona, Vol. 21, Núm. 8, septiembre 2007).

Según Shyrley Díaz Cárdenas y colaboradores quienes aplicaron un estudio a una población de 120 adultos mayores en la ciudad de Cartagena Colombia, encontrando una significación estadística entre la salud bucal deficiente y el impacto negativo sobre la

calidad de vida, donde los factores más prevalentes fueron problemas de origen endodóntico, presión arterial y vivir con más de cinco miembros en la familia (Ramos, 2012).

Por consiguiente, según el ENSAB IV (2014) la pérdida dental aumenta con la edad, es así como en el grupo de 65 a 79 años es de 91.68% en el maxilar superior, cuatro puntos porcentuales menos que en el maxilar inferior (95.95%), con un promedio de 6,25 dientes perdidos y el promedio de dientes perdidos en general en este grupo de edad es de 19.97 dientes en promedio (ENSAB IV M. , 2014).

Además, el uso de prótesis dental en esta población es común, aun así no están exentas de provocar daños, lo cual, junto a la susceptibilidad de los tejidos propiciados por el envejecimiento y por los inadecuados estilos de vida, puede llevar a cambios importantes de las mucosas, los huesos de la cavidad bucal y, en especial, la aparición de lesiones que pueden variar desde las más simples hasta las malignas y causar un gran problema de salud (Alpizar, Benet Rodríguez, & Castillo Betancourt, 2010).

Según un estudio realizado por Alpizar y col. (2010) en 125 pacientes adultos mayores portadores de prótesis dentales un 12 % de personas presentó estomatitis subprotésica, el 8 % presentaba lesiones de crecimiento hiperplásico y el 5,6 % padecían de queilitis angular. Las lesiones mucosas bucales aumentaron en las personas con prótesis en mal estado, mala higiene de esta y en el sexo femenino.

#### **4.8. Confort y satisfacción**

Dado que el ser humano al envejecer genera una serie de cambios tanto en el aspecto social, económico y de salud, uno de los principales problemas que se evidencia en la población adulto mayor a nivel de salud bucal, es la pérdida de dientes y ausencia de prótesis (Ramos, 2012).

El adulto mayor que adquiere este tipo de afecciones en su salud bucal evidencia una inadecuada función masticatoria originando una mala digestión que a su vez desencadena trastornos nutricionales. Lo anterior ha llevado a diferentes investigadores a realizar estudios significativos al respecto como son María de Lourdes Padilla y Colaboradores, en Ciudad de México, quienes efectuaron un estudio en una población de 100 adultos mayores arrojando como resultado que el Edentulismo tuvo un porcentaje del 87%; 12% pacientes con prótesis totales, el 40% prótesis parciales y tan solo el 37% refirió que sus prótesis eran funcionales (María de Lourdes Padilla -Sanchez, 2017).

Estas ausencias dentarias y/o protésicas en el adulto mayor, no solo afecta el estado emocional por su apariencia física, la dificultad que tienen al masticar; sino que acarrea problemas serios de salud que contribuyen a un deterioro a nivel general de esta población de estudio.

Se realizó una evaluación de impacto que surgió de la rehabilitación con prótesis en el adulto mayor de acuerdo con la calidad de vida del mismo. Esta evaluación realizada por Valentina Degrandi y Colaboradores, consistió en la rehabilitación de 100 pacientes adultos edéntulos bimaxilares, donde se mostró

una mejoría estadísticamente significativa en la calidad de vida en relación a la salud bucal percibida en los pacientes evaluados (Degrandi Valentina, 2017).

## **5. Metodología**

### **5.1. Tipo de estudio**

Observacional descriptivo de corte transversal

### **5.2. Población**

Se tomaron como sujeto de estudio, adultos mayores de 60 -79 años de edad, los cuales asisten a la Fundación Soacha vive durante el año 2020 en la localidad de Soacha Cundinamarca. Se incluyeron aquellos adultos que firmaron el consentimiento informado y aceptaron que se les realizará.

### **5.3. Diseño Muestral**

Muestreo probabilístico por conveniencia.

### **5.4. Tamaño Muestral**

El total de la muestra fueron 42 adultos mayores, de 24 del sexo femenino y 18 del sexo masculino.

#### **5.4.1. Criterios de Inclusión**

Adultos que firmaran el consentimiento informado y aceptaran participar en el estudio dejando registro escrito de las mismas para hacer parte de la investigación. Se tuvo en cuenta como criterio de inclusión, el hecho de que los adultos mayores de la fundación Soacha Vive, manifestarán voluntariamente su participación en el estudio y dieran respuesta a la herramienta diseñada para la investigación de todos aquellos que presentaran capacidad de comunicación para responder el hecho de tener o no presencia de piezas dentales o uso de prótesis dental.

#### **5.4.2. Criterios de exclusión**

Adultos mayores que presentan alguna condición de discapacidad o enfermedad en el momento de la toma de la información a través del instrumento (encuesta diseñada).

Tabla 1. Operacionalización de variables

Relación de la variable	Nombre	Escala	Definición Conceptual	Definición operativa	Categoría	Objetivo que cubre
Independiente	Edad	Cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el tratamiento	Años cumplidos		Uno
Independiente	Estado conyugal (civil)	Cuantitativa nominal Policotómica	Condición de un individuo en lo que toca a sus relaciones con la sociedad	Estado civil actual	1.Casada	Uno
					2.Union libre	
					3.Separada/divorciada	
					4.Viuda	
					5.Soltera	
Independiente	Escolaridad	Cualitativa ordinal	Conjunto de los cursos que un estudiante sigue durante su vida.	Último curso que aprobó	1Primaria.	Uno
					2.Secundaria	
					3.Superior	
					4.Posgrado	
Independiente	Ocupación	Cualitativa nominal policotómica	Acción y efecto de ocupar	Estado civil actual	Preguntas abiertas	Uno
Independiente	Antecedentes médicos	Cualitativa nominal policotómica	Dato o circunstancia personal o familiar en la historia patológica del enfermo	Enfermedades anteriores al evento	Preguntas abiertas	Uno

### 5.4.3. Recolección de la información

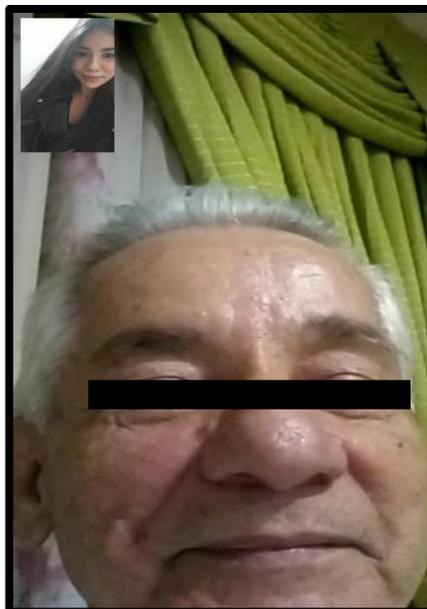
#### 5.4.4. Prueba piloto

Con el acompañamiento de los asesores científicos se realizó la respectiva prueba piloto para el instrumento, en la cual se trabajaron en las áreas de higiene oral, cuidado de la prótesis, enfermedades de base y bienestar psicosocial, esta fue realizada por los estudiantes de X semestre de la facultad de odontología Universidad Antonio Nariño

La prueba inicialmente se trabajó con 2 adultos mayores, los cuales están en el rango de 65 a 79 años, y que no pertenecían a la fundación Soacha Vive en la que se llevaría a cabo la prueba del instrumento.



*Ilustración 1. Aplicación de instrumento en prueba piloto virtualmente.*



*Ilustración 2. Aplicación de instrumento en prueba piloto virtualmente.*

Para el índice de higiene oral, se tomó bajo los valores de buena, regular y mala dándole a cada ítem un valor para un entrenamiento con la prueba piloto, evaluando cada uno de los criterios fuera 1 buena, 2 regular y 3 mala.

Inicialmente se realizó una búsqueda de varias instituciones que contaran con la capacidad tecnológica y de personal para realizar la implementación del instrumento, de acuerdo con estas características se descartaron aquellas que no cumplían las especificaciones.

Posteriormente se decidió que la muestra se tomaría en la fundación Soacha vive, donde inicialmente se contó con la presentación del programa y cómo se realizaría; este fue presentado a la directora y representante Dayan Figueredo donde se le informó cuál sería la muestra que se tomaría, el formato que se manejaría y la guía que ellos usarían, acompañado del consentimiento informado el cual deberían firmar los adultos mayores respectivamente.

Selección de los pacientes según el criterio de inclusión

Se realizará actividad de integración con los pacientes de manera virtual con aquellos que tenían la facilidad de comunicarse por vía remota mediante video llamada.

Se hizo entrega del instructivo en donde se les da a conocer la manera en la cual este instrumento será diligenciado, a los representantes de la fundación para su posterior desarrollo.

Diligenciamiento del consentimiento informado

Diligenciar formulario el cual consta de 5 componentes, una dirigida a la identificación de la persona, la segunda dirigida a antecedentes médicos, la tercera hábitos higiénicos, la cuarta cuidado y mantenimiento de las prótesis, el quinto su estado psicosocial.

#### **5.4.5. Criterios para la recolección de datos**

- Dentro de este estudio se utilizará un enfoque cuantitativo, puesto que se ejecutará una recolección de datos, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer así patrones de comportamiento y probar teorías (Hernandez, Fernandez Collado, & baptista Lucio, 2014). También se llevó a cabo el método Hipotético – Deductivo, en el cual (Hernandez, Fernandez Collado, & baptista Lucio, 2014). explica que se parte de la deducción lógica que se aplica a una hipótesis inicial, con la finalidad de obtener predicciones que son sometidas a verificación posterior.

- La primera parte del componente V del instrumento que se implementara, está basado en el bienestar psicológico, el cual comprende: el desarrollo y crecimiento personal, los estilos y maneras como las personas enfrentan los retos vitales y el esfuerzo e interés por conseguir lo que desea (Blando & Diaz, 2005). Con respecto al instrumento Ryff (1996). Escala de bienestar Psicológico, está conformado o cuenta con un total de seis escalas y 39 ítems a los que los participantes respondieron utilizando un formato de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 1: totalmente en desacuerdo y 6: totalmente de acuerdo, para una totalidad de 234 puntos como máximo. Puntuaciones mayores de 176 en el total señalan un bienestar psicológico elevado, entre 141 y 175 un bienestar psicológico alto, entre 117 y 140 puntos un bienestar psicológico moderado y menores a 116 puntos un bienestar psicológico bajo. La dimensión de autoaceptación se compone de 6 ítems, igual que los factores control de las situaciones, relaciones positivas y propósito de la vida. La dimensión de crecimiento personal está conformada por 7 ítems y autonomía por 8 ítems
- La segunda parte de este consta de 30 ítems que comprenden tanto ítem de la Escala de ESTE (Barreto & Sosa de Canatta, 2011). diseñada para medir soledad, al igual que ítems formulados bajo la revisión de literatura y validadas por el criterio de experto y la prueba piloto que se ejecutó. Esta escala consta de 30 ítems de tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, cuya puntuación oscila entre 1 y 4, 1: nunca, 2: a veces, 3: frecuentemente, 4: siempre. Si se contesta positivamente, es decir en más del 50 por ciento de alternativas se

- Ha escogido siempre o frecuentemente muestra una presencia alta de factores psicosociales de riesgo por otro lado si contesta en más del 50 por ciento: a veces o nunca no habría presencia de factores psicosociales que se calificaría como baja presencia de factores psicosociales de riesgo. Si en el factor psicosocial soledad hay la suma de más de 21 puntos en los ítems del 1 al 11 existe la presencia del factor psicosocial soledad, por otro lado si en los ítems siguientes del 11 hasta el 21 hay la suma mayor a 20 existe la presencia del factor psicosocial inactividad y si está por abajo la suma estará ausente dicho factor, en el factor psicosocial de falta de recursos económicos del ítem 22 al 30 hay una suma mayor a 18 puntos hay presencia del factor y por el contrario si es menor la suma a 18 estará ausente.
- El cuestionario comprende un total de 30 ítems, divididos en 11 ítems que corresponden al factor soledad del ítem: 1 al 11, 10; ítems de inactividad del ítem: 11 al 21 y 8 dirigidos a la falta de recursos económicos del 22 al 30.
- Para variables cuantitativas se realizarán medidas de tendencia central como la *media aritmética*, medidas de dispersión como la *desviación estándar* y medidas de homogeneidad como el *coeficiente de variación* con los siguientes parámetros: 0 a 10% homogéneo, 10.1 a 20% medianamente homogéneo y >20% heterogéneo.
- Para variables cualitativas se realizarán frecuencias y porcentajes.<sup>1</sup>
- En los cruces de variables se realizarán frecuencias y análisis por filas o columnas.

#### 5.4.6. Recolección de datos

El grupo de investigación tomó la muestra con ayuda del personal de la Fundación Soacha vive, para realizar la aplicación del instrumento, se evaluó una población total de 42 personas adulto mayor, se escogieron por medio aleatorio, los que quisieran participar. Posterior a esto, por medio de correo certificado se les hizo llegar a Dayana Figueroa, directora de la Fundación. Fue explicado y aceptado en reunión por medio virtual.

En lo que respecta al lugar, se adecuó el comedor como sitio de aplicación del instrumento (ilustración 3#), primeramente, se contó con la comunicación por medio virtual entre el grupo de investigación y la población a encuestar.



*Ilustración 3.lugar Fundación Soacha vive, comedor de adultos mayores.*

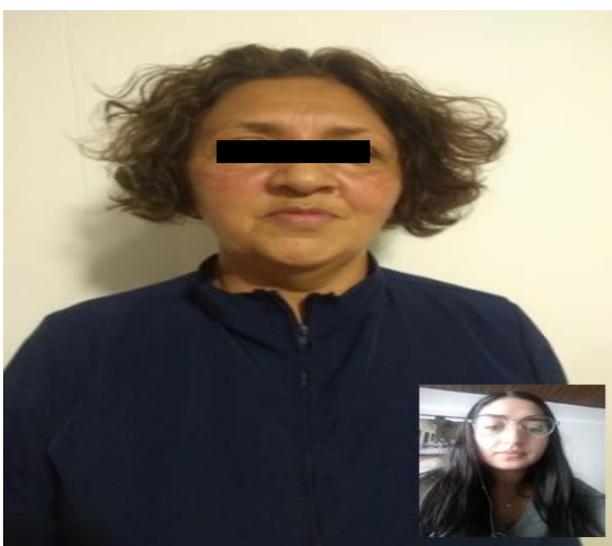
Mediante el consentimiento informado (anexo #1), los cuales diligenciaron con nombre, cédula y firma (ilustración #4).



Inicialmente, se dividió a los adultos mayores, en donde algunos trabajadores de la fundación en forma presencial (ilustración #5, anexo #2) y los investigadores en forma remota (ilustración #4, anexo #2), por medio virtual se repartieron cierta cantidad, para alcanzar en el tiempo estimado la totalidad de 42 encuestados.



*Ilustración 5. Diligenciamiento del instrumento de forma presencial*



### 5.5. Análisis de los datos

Se describieron las variables cualitativas mediante distribuciones de frecuencias y porcentajes, variables cuantitativas con medidas de tendencia central como el promedio y medidas de dispersión como la desviación estándar, se midió la variación mediante el coeficiente de variación u homogeneidad. Los datos fueron digitados y depurados en Microsoft Excel versión 2010.

Se realizó un análisis de comparación media por grupos de la muestra. Estas fueron estadísticamente probadas mediante pruebas T, por pruebas de hipótesis. Donde se busca rechazar o no la hipótesis nula, la cual hace referencia a que no hay diferencia entre las medias. Esto es posible si el estadístico t da mayor a 1.96 para una significancia del 5%, es decir, si el estadístico t de una prueba de hipótesis entre dos medias es mayor a 1,96, se rechaza la hipótesis nula, lo que significa que hay evidencia estadísticamente relevante al 5% para confirmar que las medias no son iguales. Por el contrario, si el valor estadístico t de la prueba entre las dos medias da menor a 1.96, no es posible rechazar la hipótesis nula, por lo cual las medias no son estadísticamente distintas, no hay una diferencia entre ellas estadísticamente relevante.

A partir de este análisis de medias se graficaron los promedios de cada grupo como se puede observar en las imágenes.

## 5.6. Aspectos éticos de la investigación

Según la resolución número 008430 de 1993 los investigadores se comprometieron:

- ✓ Salvar el secreto profesional donde los investigadores se comprometieron a no divulgar ni la identidad ni los antecedentes de las personas que voluntariamente participarán en el estudio.

- ✓ Pedir autorización a la directora de la Fundación Soacha vive, para la aplicación del instrumento.

En esta investigación se tendrá en cuenta los siguientes artículos:

**Artículo 8.** En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándose sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

**Artículo 11.** Este estudio se clasifica en la categoría de Investigación con riesgo mínimo: son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios y por lo tanto se aplicará asentimiento y consentimiento informado.

Los sujetos participantes serán informados acerca de los objetivos, métodos, riesgos y beneficios del programa, se obtendrá su consentimiento o asentimiento, manteniendo la libertad de abandono del estudio en cualquier momento.

## 6. Resultados

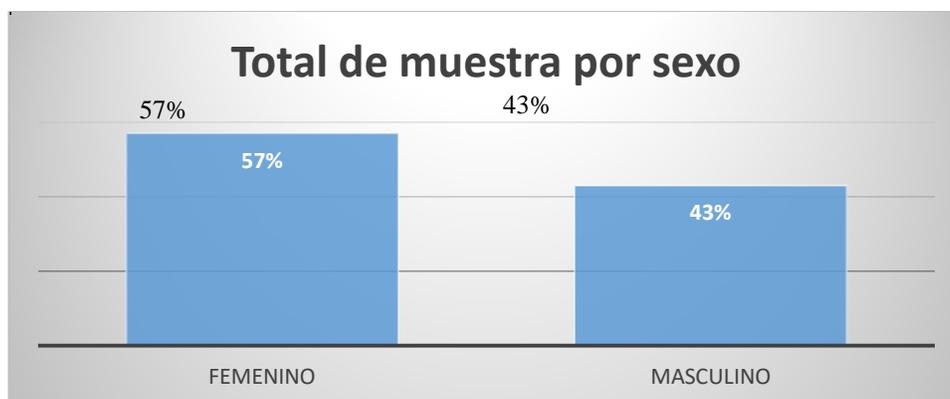
### 6.1. Distribución de la muestra

La población total de estudio fue de 42 adultos mayores, la edad promedio es 68,8 años (ver tabla 2). El sexo predominante fue el femenino con un 57 % (n= 24), en relación con el masculino, con un 43% (n=18) (ver gráfica 1).

Población total				
Edad			Total General	
	no.	%	no.	%
60	2	5	2	5
63	1	2	3	7
64	1	2	4	10
65	3	7	7	17
66	6	14	13	31
67	2	5	15	36
68	3	7	18	43
69	2	5	20	48
70	4	10	24	57
71	2	5	26	62
72	4	10	30	72
73	2	5	32	76
74	3	7	35	84
75	1	2	36	86
76	1	2	37	88
77	1	2	38	91
78	2	5	40	95
79	2	5	42	100
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>		

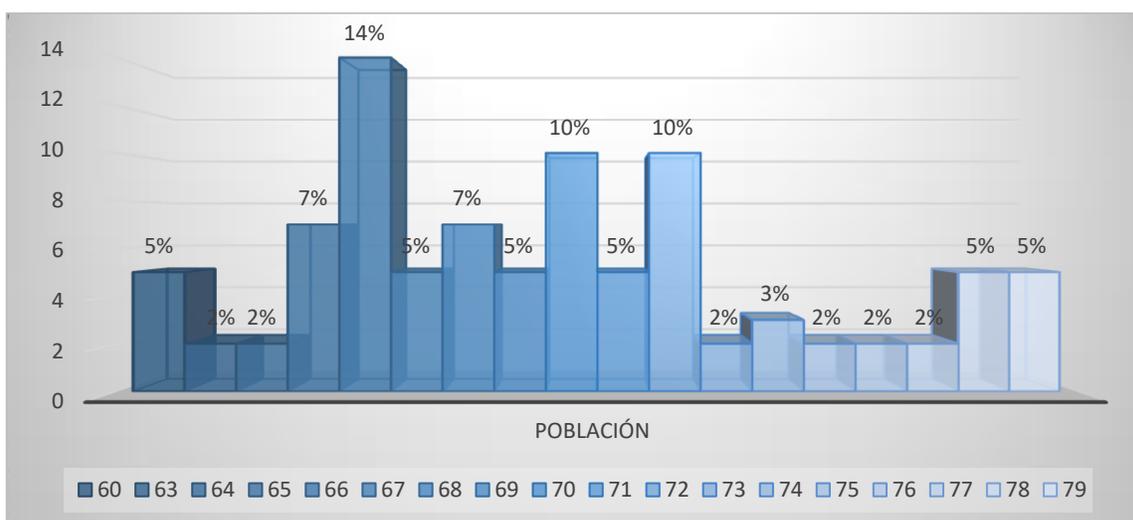
*Tabla 2. Población total estudiada por edad en adultos mayores en la Fundación Socha vive,*

*Bogotá 2020.*



Gráfica 1. Población total estudiada por sexo en adultos mayores en la Fundación Soacha vive, Bogotá 2020.

Se encontró que gran parte de la muestra se halla en el rango de edad de 66 años con 14% y la menor densidad de la población se muestra en las edades de 63, 64, 75, 76 y 77 años con 2% (ver Gráfica 2).



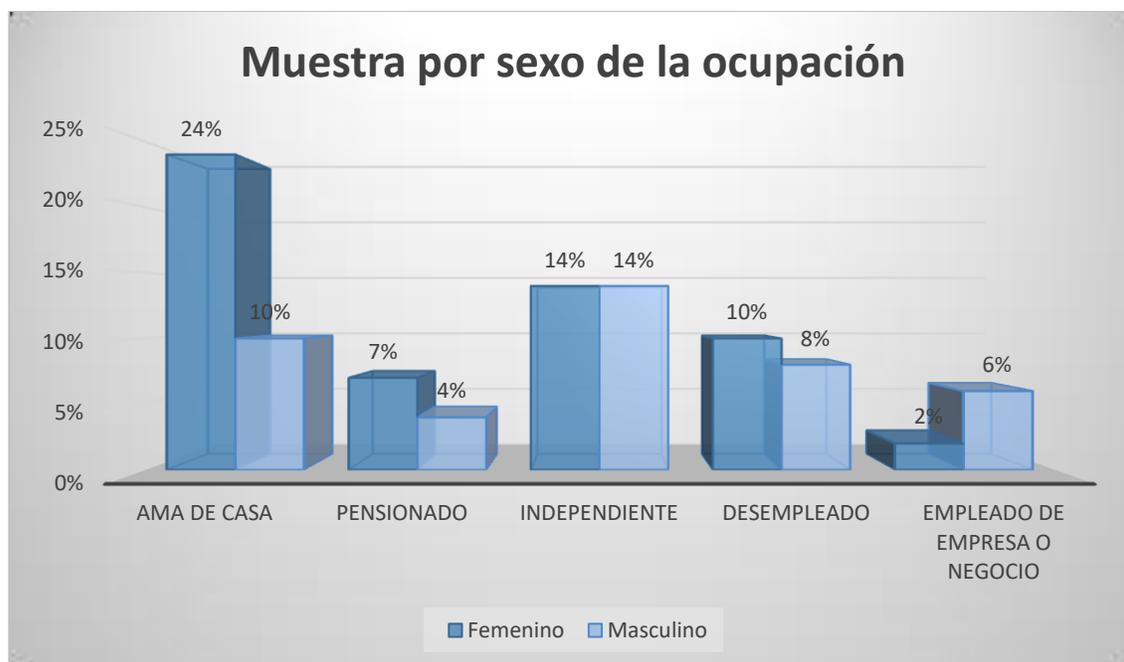
Gráfica 2. Población total estudiada por edad en adultos mayores en la Fundación Soacha vive, Bogotá 2020.

## 6.2. Descripción por Ocupación

Dentro de la población adulto mayor se realizó la descripción de la ocupación, se encontró que el 33% refirieron que se dedicaban a alguna función como independiente, el 24% refirió que se dedica únicamente a las labores de la casa, el 19% refirió que se encuentra desempleado, otros se dedican a alguna función de operador dentro de un negocio o empresa equivalente al 14%, tan solo un 10% refirió que son pensionados (ver tabla 3).

*Tabla 3. Población total estudiada por ocupación en adultos mayores en la Fundación Soacha vive, Bogotá 2020.*

Ocupación	Femenino		Masculino		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Ama de casa</b>	10	24	0	0	10	24
<b>Pensionado</b>	3	7	1	2	4	10
<b>Independiente</b>	6	14	8	19	14	33
<b>Desempleado</b>	4	10	4	10	8	19
<b>Empleado de empresa o negocio</b>	1	2	5	12	6	14
<b>TOTAL</b>	24	57	18	43	42	100



*Gráfica 3. Población total estudiada por ocupación en adultos mayores en la Fundación Soacha vive, Bogotá 2020.*

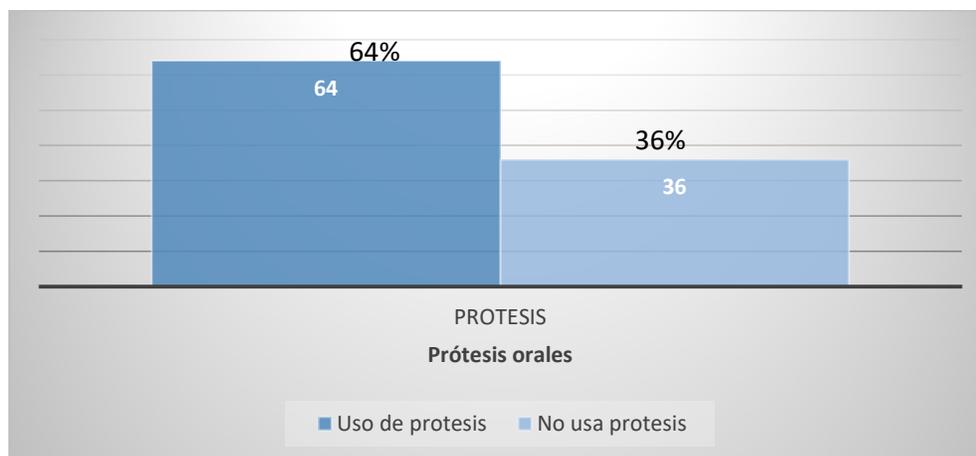
Se encontró que gran parte de la muestra de sexo femenino, tenía como ocupación, ser ama de casa con un porcentaje 24%, mientras que la población masculina se desempeñaba como trabajadores independientes, con un porcentaje del 14 %, se evidencia que el 8% de la población conformada en un 2% femenino y un 6% masculino se encuentra empleados en empresas (ver Gráfica 3).

### 6.3. Prótesis dental

Dentro de la población encuestada, se encontró que el 64% refirió usar algún tipo de prótesis bucal, el 36% refirió no usarlas (ver gráfica 4 y tabla 4). La población de sexo femenino tuvo la mayor prevalencia en el uso de estas, con un valor de 73% (ver gráfica 5).

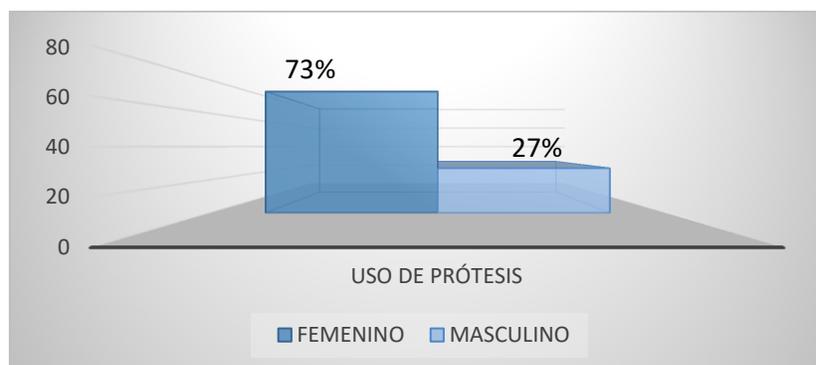
Tabla 4. Población total evaluada con prótesis dental en adultos mayores en la Fundación Soacha vive, Bogotá 2020.

Sexo	Si		No		Total general	
	No	%	No	%	No	%
Femenino	18	43	6	14	24	57
Masculino	8	19	10	24	18	43
Total	26	62	16	38	42	100



Gráfica 4. Uso de prótesis en la población encuestada.

Se evidencio que del 64% de la población estudiada, el uso de prótesis en mujeres es más alto con una prevalencia del 73%, y en el sexo masculino con un porcentaje de 27 % (ver gráfica 5 ).



Gráfica 5. Mayor uso de prótesis orales en el sexo femenino.

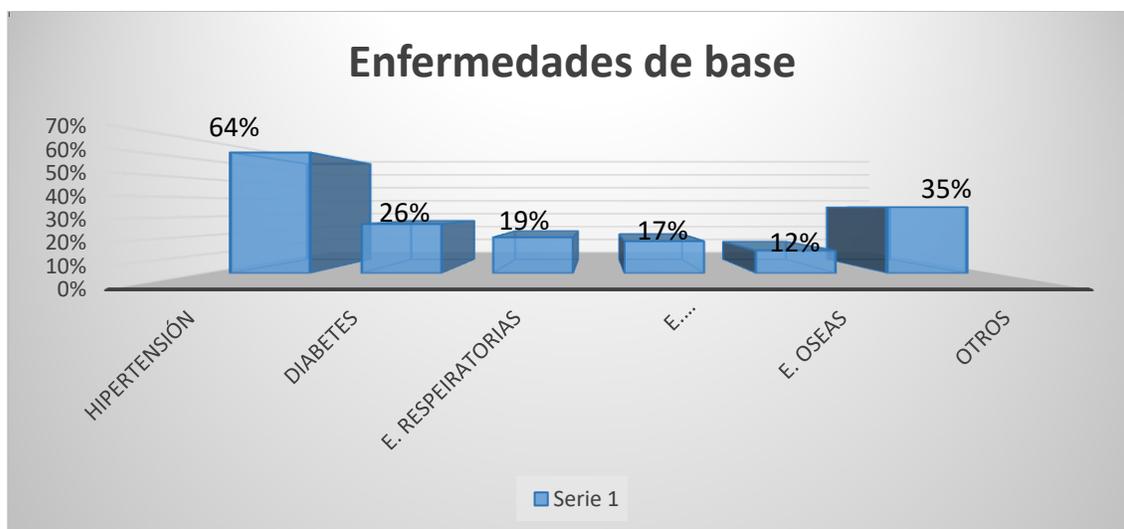
#### 6.4. Enfermedades de base

Se encontró que gran parte de la muestra con relación a las enfermedades de base presentan un porcentaje de 64% de hipertensión arterial, la diabetes presenta evidencia con un 26% (ver Gráfica 6).

Tabla 5. Población total de las enfermedades persistentes en adultos mayores en la Fundación

Soacha vive, Bogotá 2020.

Enfermedades	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
0. Ninguna	5	6	0	0	5	6
1. Hipertensión	15	19	12	15	27	35
2. Diabetes	5	6	6	8	11	14
3. Enfermedades respiratorias	6	8	2	3	8	10
4. Gastrointestinales	3	4	1	1	4	5
5. Enfermedades Oseas	6	8	2	3	8	10
6. Otros	6	8	9	12	15	19
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>59</b>	<b>32</b>	<b>41</b>	<b>78</b>	<b>100</b>



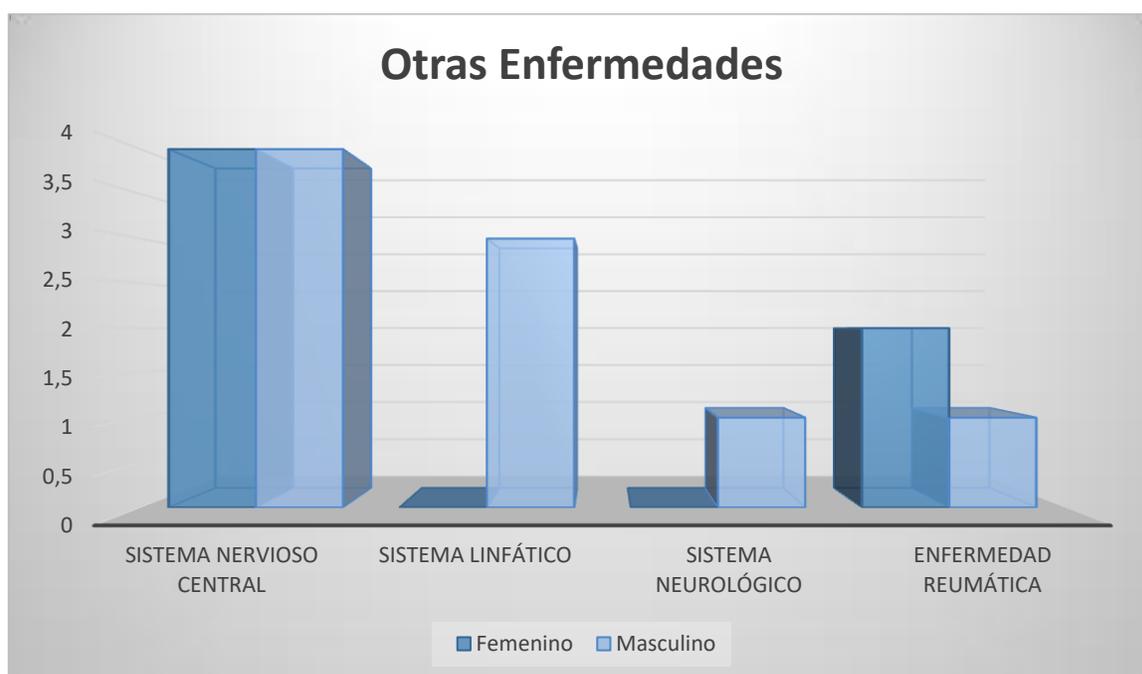
Gráfica 6. Enfermedades que la población encuestada refiere.

Las otras enfermedades que se encontraron en esta población encuestada fueron degenerativas del sistema nervioso central, con un total de 53%, siendo 27% valor de sexo femenino y masculino, siguiendo con enfermedades que afectan el sistema linfático de un 20% de prevalencia.

Tabla 6. Otras enfermedades persistentes en adultos mayores en la Fundación Socha vive, Bogotá 2020.

Enfermedades	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Sistema nervioso central	4	27	4	27	8	53
Sistema linfático	0	0	3	20	3	20
Sistema neurológico	0	0	1	7	1	7
Enfermedad reumática	2	13	1	7	3	20
<b>Total</b>	6	40	9	60	15	100

Se evidencio que 8 personas presentan enfermedades del sistema nervioso central, 4 de sexo femenino y 4 de sexo masculino, continuando con las enfermedades del sistema linfático en el sexo masculino con un total de 3 individuos; a la ves 2 mujeres refieren tener enfermedades reumáticas (ver grafica 7).

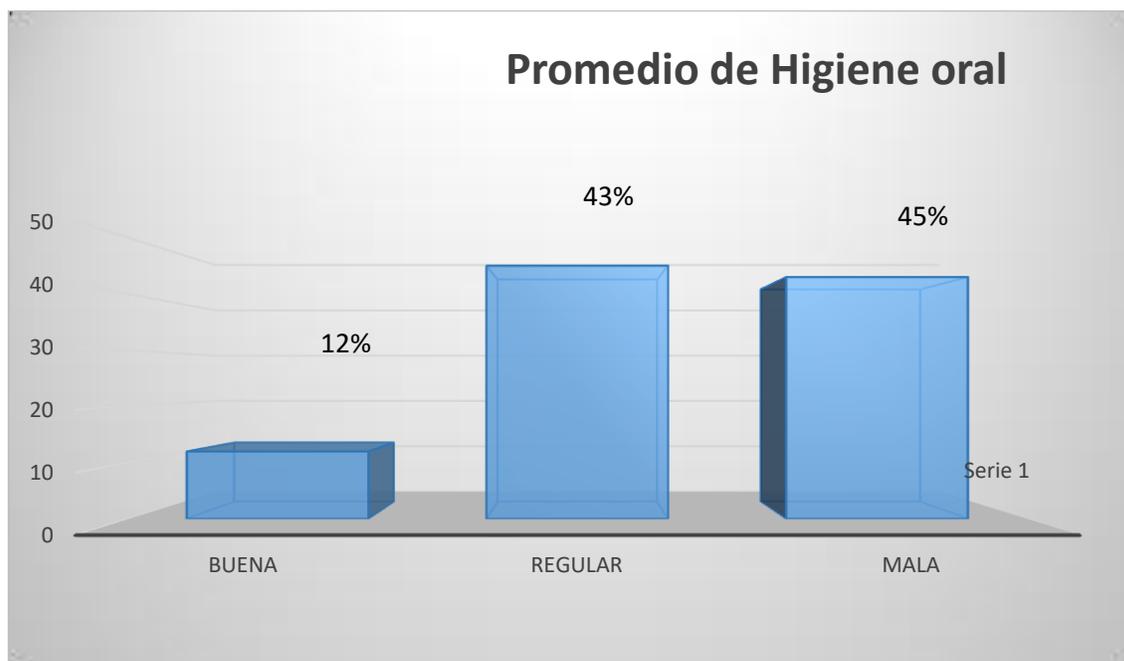


Gráfica 7. Otras enfermedades que la población encuestada refiere.

## 6.5. Higiene Oral

En cuanto a la higiene bucal, en el grupo de adultos mayores entre 60 a 79 años de edad, un 45% de la muestra presentó una higiene regular, un 43 % con una higiene mala o deficiente, y tan solo el 12% de los adultos mayores presentó una higiene bucal buena. Se encontró que las mujeres y los hombres presentaron un 88% una higiene deficiente (ver tabla 7).

*Tabla 7. Población total estudiada por Higiene oral en adultos mayores en la Fundación Soacha vive, Bogotá 2020.*



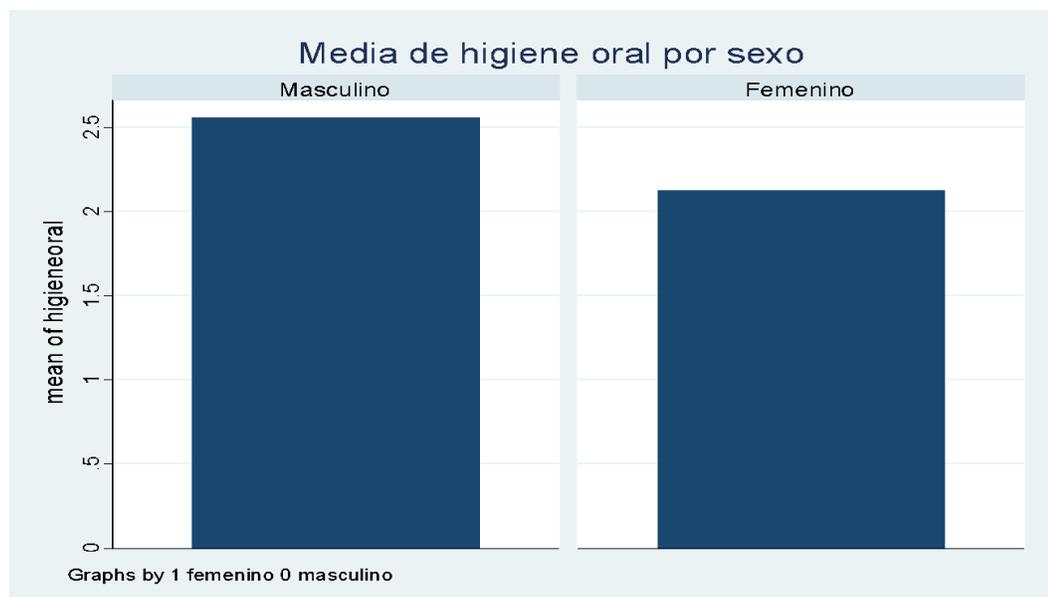
*Gráfica 7. Población estudiada evaluando la higiene oral en adultos mayores en la Fundación Soacha vive, Bogotá 2020.*

	Buena		Regular		Mal		total general	
Sexo	No	%	No	%	No	%	No	%
Femenino	3	7	15	36	6	14	24	57
Masculino	2	5	4	10	12	29	18	43
Total	5	12	19	45	18	43	42	100

*Tabla 7. Población total estudiada por Higiene oral en adultos mayores en la Fundación Soacha vive, Bogotá 2020.*

Se evidencio que el sexo masculino el nivel de higiene oral para la categoría de bueno es de 2 hombres con un valor del 5%, hombres correspondientes a un 29% en la categoría de malo, el sexo femenino presento con 3 mujeres un 7% par a la categoría de Bueno, mujeres indica que con el 14% para la categoría de malo, evidenciando que en las mujeres hay mayor interés por el auto cuidado (ver tabla 7 y gráfica 7).

Para los siguientes análisis tener en cuenta que la variable higiene oral está evaluada en una escala en la cual el mayor valor representa el peor nivel de higiene de manera que la calificación 1 es buena, 2 es regular y 3 es malo.

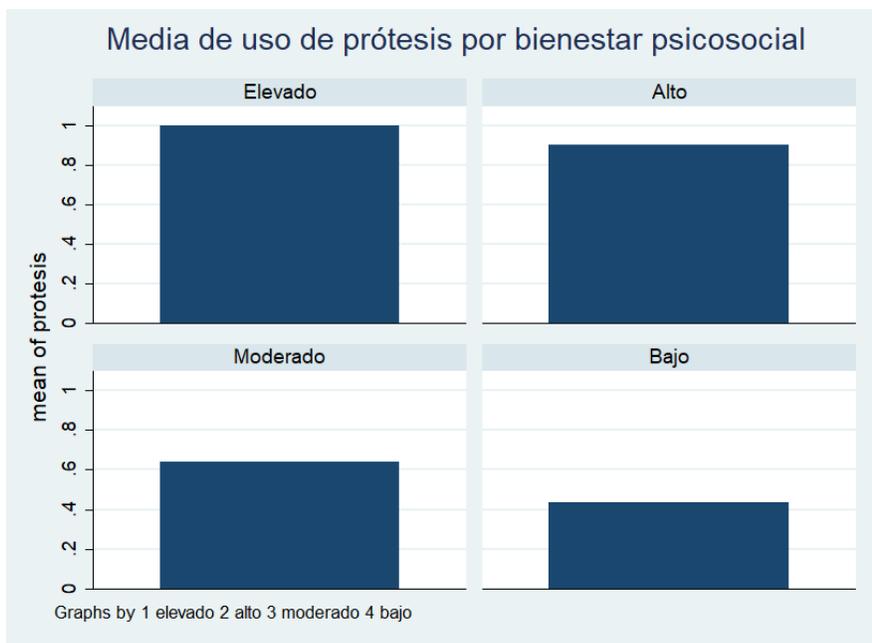


Gráfica 8. Población estudiada evaluando la higiene oral en adultos mayores en la Fundación Soacha vive, Bogotá 2020.

Las mujeres componen aproximadamente el 57% de la muestra y poseen una mejor higiene oral respecto a los hombres, diferencia que se confirmó con una prueba de diferencia de medias que tiene relevancia estadística.

Prueba de diferencia de medias de higiene oral por sexo	
<b>Femenino</b>	Promedio = 2.125
<b>Masculino</b>	Promedio = 2.556
<b>Estadístico T</b>	$t = 2.11$ (significativo al 5%)

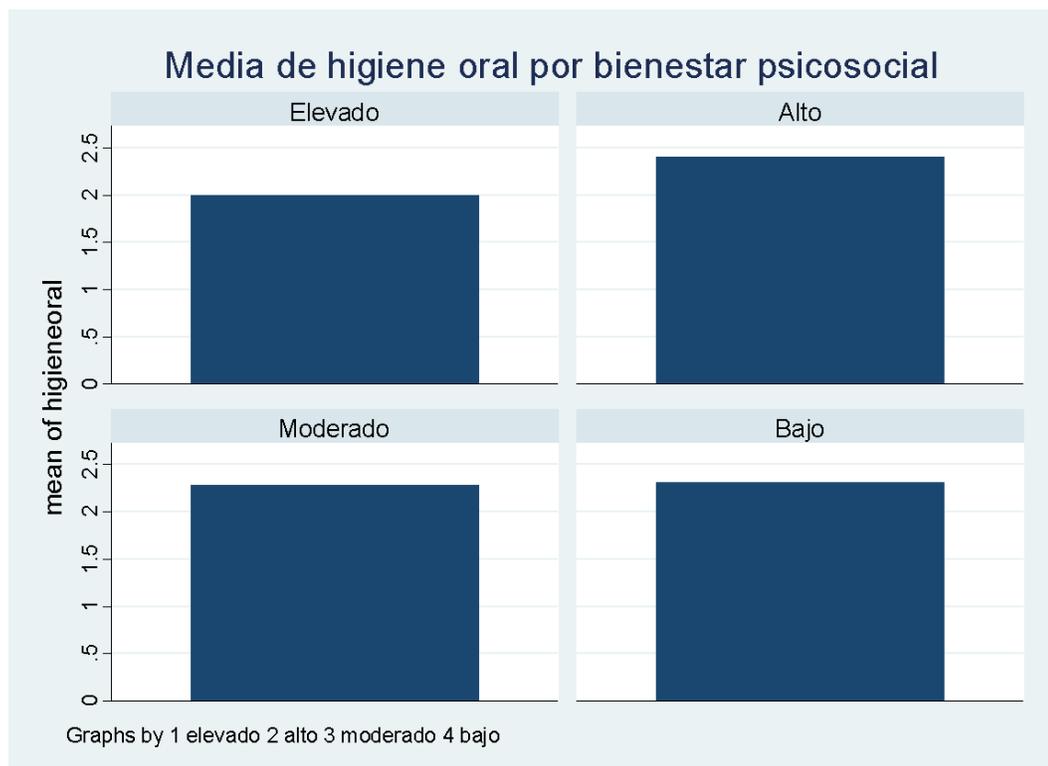
Tabla 8. Población estudiada evaluando diferencia de medias de higiene oral por sexo.



### 6.6. Prueba de diferencia de medias por bienestar psicosocial

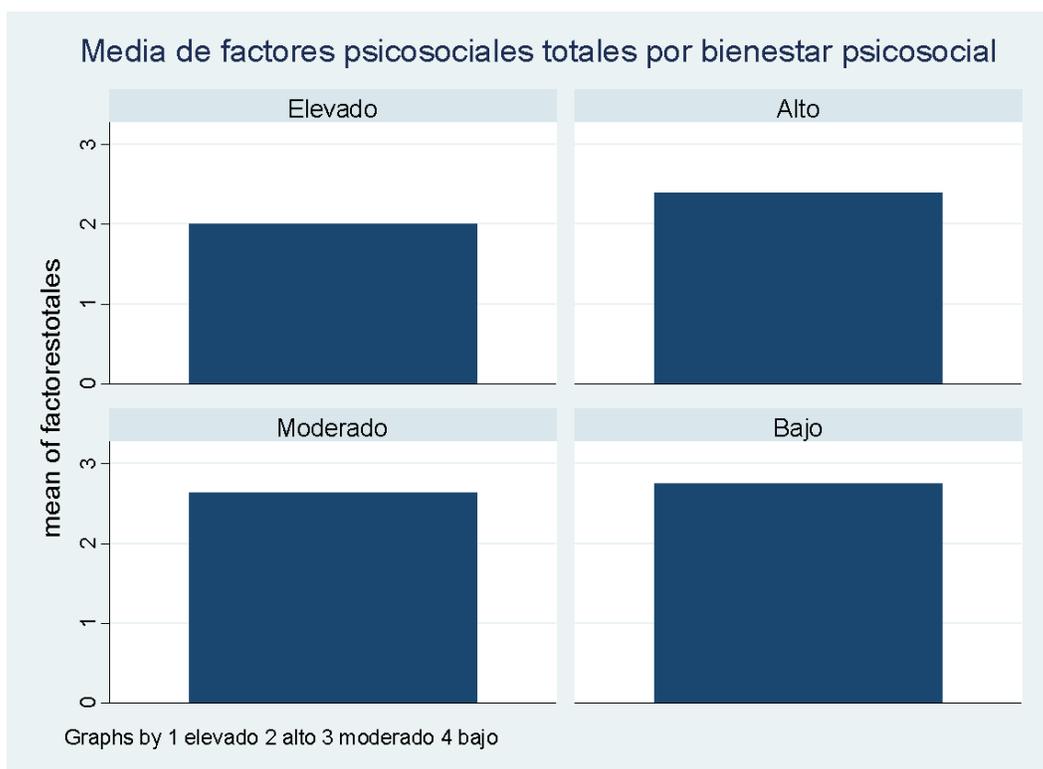
*Gráfica 9. Población estudiada evaluando medida de uso de prótesis relacionada con bienestar psicosocial.*

De la gráfica anterior se puede observar que, en promedio, hay una correlación positiva entre el uso de la prótesis y el mayor bienestar psicosocial. con el uso de las prótesis dentales se alcanza un mejor nivel de bienestar social en la muestra. No se puede demostrar el efecto causal entre una variable y la otra.



Gráfica 10. Población estudiada evaluando higiene oral relacionado con bienestar psicosocial.

Gráficamente es imposible establecer una dirección de la relación que existe, en promedio, entre el nivel de higiene oral y su nivel de bienestar psicosocial, sin embargo, la mejor calificación de higiene (más bajo promedio) se ubica cuando el bienestar psicosocial es elevado, un hecho ciertamente dicente. Se sugiere que con una mayor muestra los resultados variarán, pero manteniéndose esta última anotación.



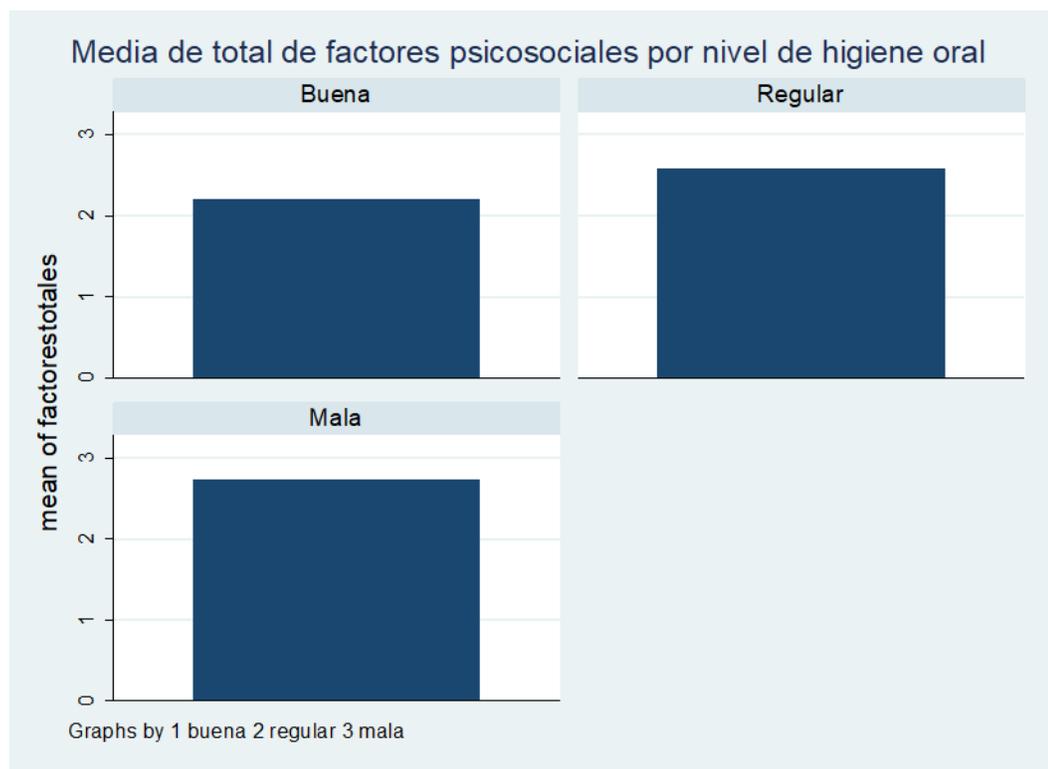
*Gráfica SEQ Gráfica \\* ARABIC 11. Población estudiada evaluando factores psicosociales totales por bienestar psicosocial.*

En la gráfica anterior se puede evidenciar cómo menores niveles de bienestar psicosocial están relacionados con una mayor cantidad de factores psicosociales (soledad, inactividad y falta de recursos económicos) en la muestra. La variable factores totales es el total de factores psicosociales que presenta cada individuo. Con estos resultados no es posible asumir un efecto causalidad, pero en promedio, gráficamente es visible la relación y la dirección que existe entre estas variables.

*Tabla 9. valores que se darán a la población estudiada evaluada por bienestar psicosocial. (Estudio psicométrico de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en adultos jóvenes colombianos., 2018).*

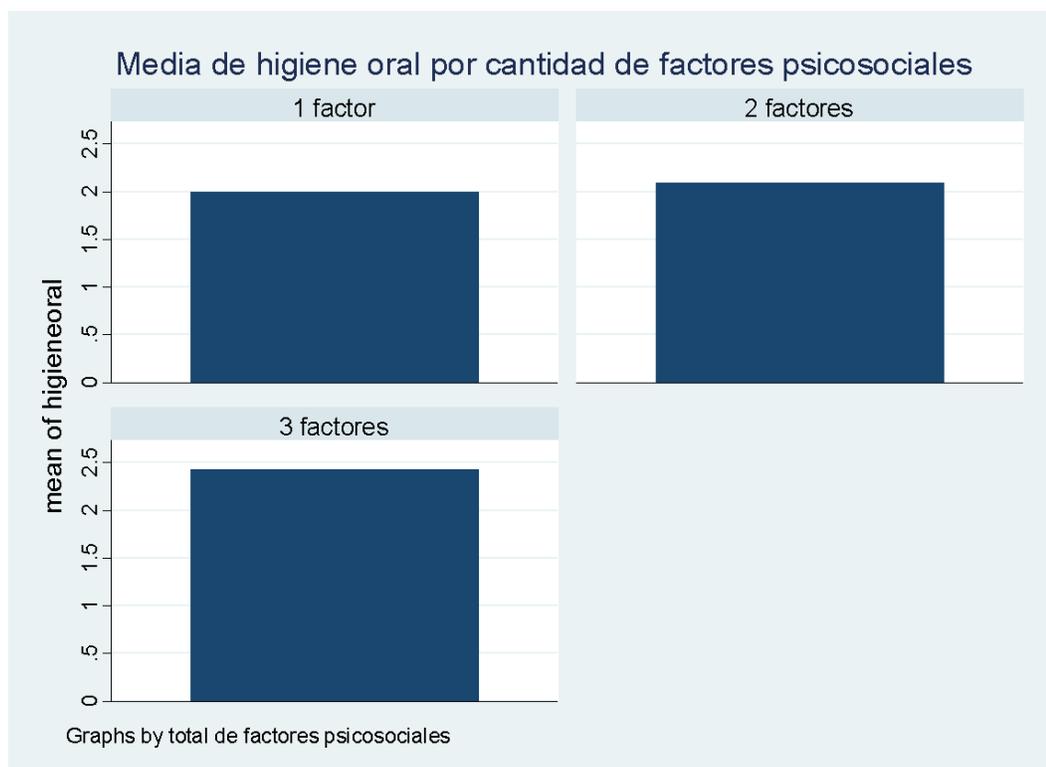
<b>El bienestar psicosocial es una variable que se distribuye de la siguiente manera:</b>		
Puntajes mayores a 176	definen bienestar psicológico	elevado =1
Puntajes 141 y 175	definen un bienestar psicológico	alto=2
Puntajes 117 y 140	bienestar psicológico	moderado=3
Puntajes menores de 116	bienestar psicológico	bajo=4

### 6.7. Prueba de diferencia de medias por factores psicosociales



Gráfica 12. Población estudiada evaluando factores psicosociales por nivel de higiene oral.

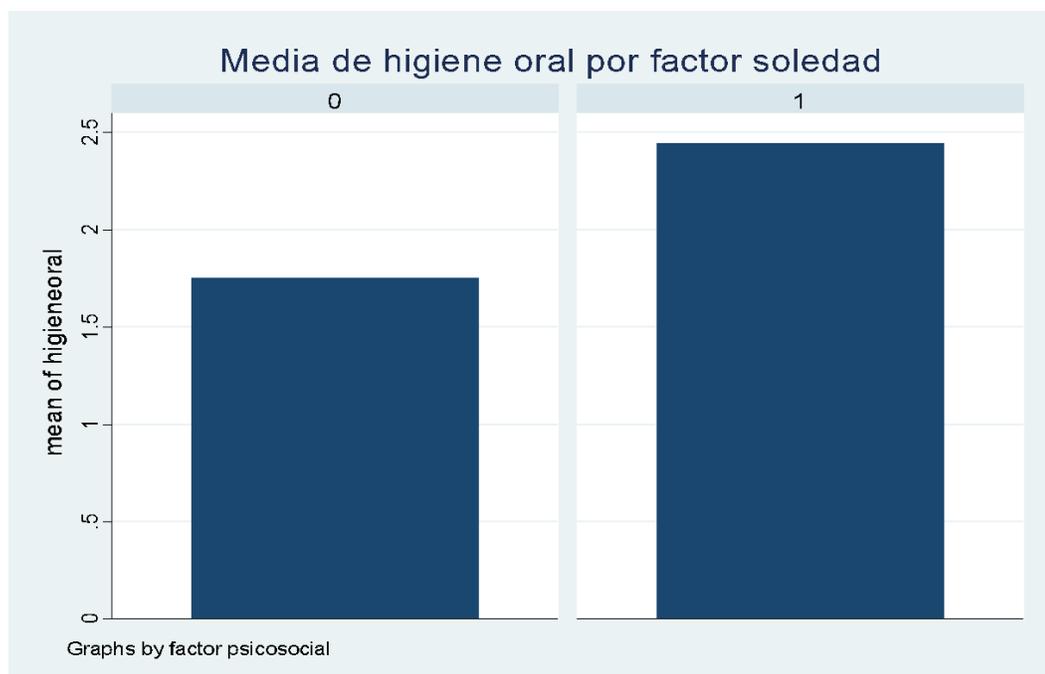
En la gráfica anterior se puede observar cómo peores niveles de higiene oral, en promedio, se relacionan con un mayor número de factores psicosociales. Relación que puede verse gráficamente y que indica la dirección de la correlación entre estas dos variables.



Gráfica 13. Población estudiada evaluando higiene oral por cantidad de factores psicosociales.

En la gráfica anterior, se puede observar que una mayor cantidad de factores psicosociales está correlacionada con una peor higiene oral (mayor promedio indica peor calificación), hecho que se había analizado en la anterior gráfica.

Ahora, en los factores psicosociales se obtuvieron los siguientes resultados. donde el factor psicosocial **soledad** sí tuvo una diferencia estadísticamente significativa respecto a las demás, siendo así este un factor determinante en la higiene oral, al menos en la muestra estudiada.

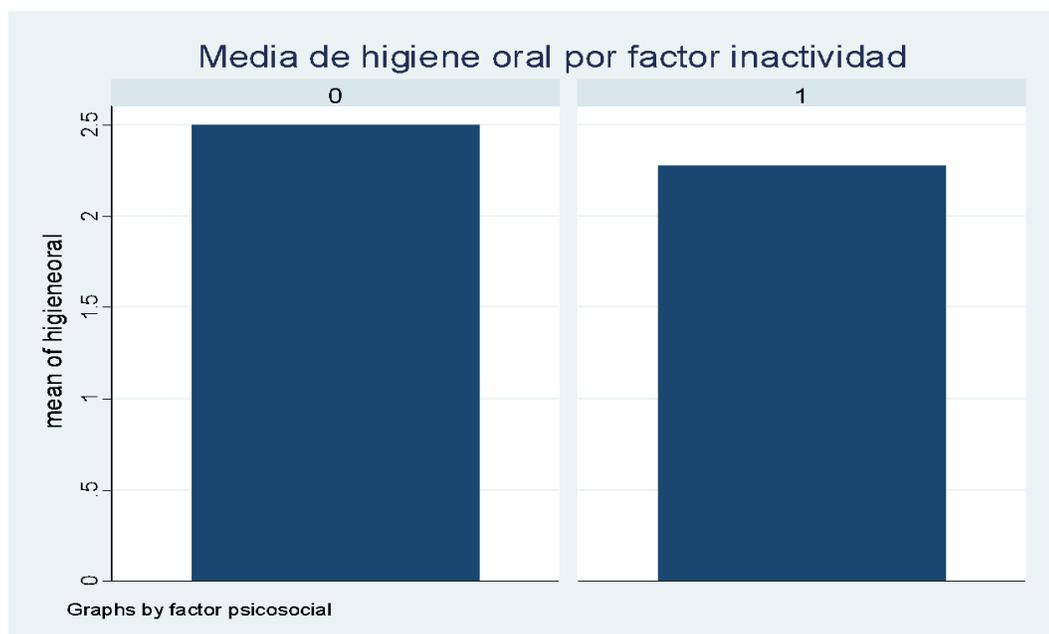


*Gráfica 14. Población estudiada evaluando higiene oral por factor soledad.*

Se observa cómo la soledad es un factor que afecta la higiene oral, en tanto es peor la higiene oral (mayor nivel promedio) de las personas que presentan este factor psicosocial respecto a las que no. Diferencia estadísticamente significativa que muestra la relevancia del análisis en la muestra (  $t = -2.79$  significativo al 5%).

Prueba de diferencia de medias de higiene oral por factor soledad	
<b>0 = no presenta</b>	Promedio = 1.75
<b>1= si presenta</b>	Promedio = 2.44
<b>Estadístico T</b>	$t = -2.79$ (significativo al 5%)

*Tabla 10. Población estudiada evaluando diferencia de medias de higiene oral por factor soledad.*

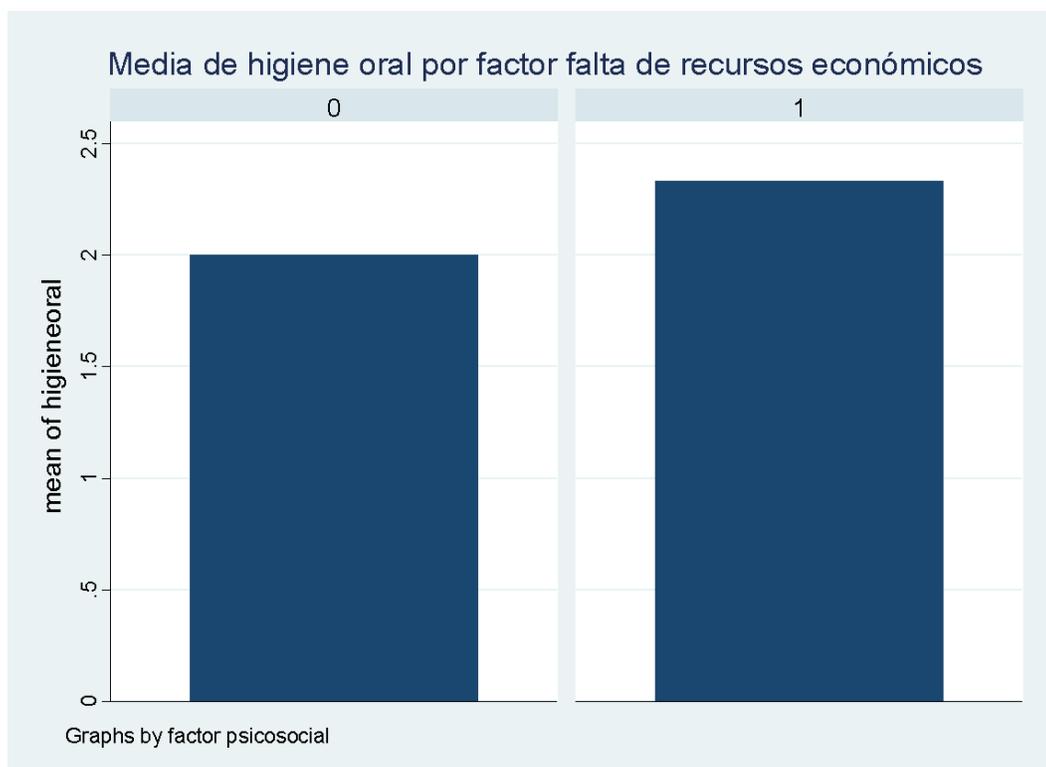


Gráfica 15. Población estudiada evaluando higiene oral por factor inactividad.

En la gráfica anterior, se observa cómo, en promedio, la inactividad es un factor que poco afecta la mala higiene oral, en tanto es relativamente mejor la higiene oral (menor nivel promedio) de las personas que presentan este factor psicosocial respecto a las que no. Sin embargo, la diferencia no es estadísticamente significativa, hecho que impide la relevancia del análisis en la muestra.

Prueba de diferencia de medias de higiene oral por factor inactividad	
<b>0 = no presenta</b>	Promedio = 2.5
<b>1= si presenta</b>	Promedio = 2.27
<b>Estadístico T</b>	t = 0.74 (no significativo al 5%)

Tabla 11. Población estudiada evaluando diferencia de medias de higiene oral por factor inactividad.



Gráfica 16. Población estudiada evaluando higiene oral por falta de recursos económicos.

Se observa gráficamente cómo la falta de recursos económicos es un factor que podría afectar la higiene oral, en tanto es peor la higiene oral (mayor nivel promedio) de las personas que presentan este factor psicosocial respecto a las que no. Diferencia que no es estadísticamente significativa, lo que impide concluir relevancia del análisis en la muestra. Sin embargo, se esperaría que para una muestra más grande se diera un resultado significativo pues es de esperarse que este factor tenga un gran impacto sobre la higiene de las personas.

resultado significativo pues es de esperarse que este factor tenga un gran impacto sobre la higiene de las personas.

<b>Prueba de diferencia de medias de higiene oral por factor falta de recursos económicos</b>	
<b>0 = no presenta</b>	Promedio = 2
<b>1= si presenta</b>	Promedio = 2.33
<b>Estadístico T</b>	t = -0.81 (no significativo al 5%)

*Tabla 12. Población estudiada evaluando diferencia de medias de higiene oral por factor*

*falta de recursos*

## 7. Discusión

En el estudio realizado por Adame y Col en 2020, se evidenció un reporte del bienestar psicológico del adulto mayor, en el cual como resultado, se obtuvo un índice elevado de adultos mayores con bienestar psicológico bajo con un porcentaje de 38% la fundación “SOACHA VIVE”, diferente al realizado por el estudio De la Cueva J. en 2015, donde las estadísticas nos indican un elevado bienestar psicológico con un porcentaje de 18% en los adultos mayores, realizado en una población de jubilados; cabe resaltar que tanto el estudio de Adame y Col y el De la Cueva, se utilizaron la escala de bienestar psicológico de Ryff.

Por otro lado, se debe considerar que esta, pese a que las poblaciones analizadas, son del mismo rango de edad en el estudio de Adame y Col, solo el 12% de la población eran personas jubiladas mientras que en el estudio De la CUEVA, la totalidad de la población eran jubilados; también se pueden mencionar otros estudios como, el realizado en Valencia, España por Mayordomo, T y Col en el 2016, donde se resalta, cómo el bienestar psicológico está ligado a las diferentes etapas de vida y cómo se va perdiendo esta capacidad a través de los años con mayor prevalencia en esta etapa (CUEVA, 2015) (Mayordomo, 2016)

En síntesis, en el estudio realizado por Adame y Col, se debe resaltar que esta población está demarcada por factores psicosociales que afectan representativamente, el bienestar psicosocial de esta población, al evidenciar bajos puntajes respecto a dimensiones como: la auto aceptación, relaciones positivas, dominio del entorno, autonomía, propósito de vida y crecimiento

personal, la incidencia negativa al no existir una motivación no solo por parte de sus familias sino también, del estado por falta de accesibilidad a programas que les permitan, sentirse parte de la sociedad activa y dinámica, en la cual ellos puedan participar en actividades físicas, asistidos por personas que los motiven como seres importantes para nuestra sociedad y demás, incentivándolos a tener una mejor salud mental y física, que retribuye en una mejor calidad de vida.

Con respecto a la condición bucal, en el estudio de Adame y Col en el 2020, se encontró que el porcentaje del uso de prótesis en edades de 60 a 79 años es de un 64% contra un 36% que no usaban prótesis o no estaban rehabilitados, similar a los resultados obtenidos por el ENSAB IV situación bucal 2014, el cual haciendo un análisis, las gráficas de los datos obtenidos, nos arroja que en el promedio de edades entre 65 y 79 años de edad la población, se presenta el uso de prótesis con un porcentaje de 77,43% Fuente: Gráfica 59, presencia de algún tipo de prótesis en la población 18, 20 a 79 años (Ministerio de Salud y Protección social, 2014 Ensab IV Estudio nacional de salud bucal. Situación bucal actual. Colombia: Minsalud) (Protección, 2014)

Las patologías de base, están muy presentes en los adultos mayores y son gran parte de su cotidianidad, Adame y Col en el 2020, mostró que en la evaluación de esta variable, la enfermedad que mayormente presentan los adultos mayores de esta población es la hipertensión con un 64%, seguida otras enfermedades que competen:(Parkinson, gota, fibromialgia, alzhéimer, cáncer de próstata y asma), con un 35% la diabetes, con un 26%,las enfermedades óseas

que representan un 12%, las enfermedades respiratorias un 19% y finalmente las enfermedades gastrointestinales con un 17%. Diferentes a los resultados arrojados por el ENSAB IV que muestra que, la mayor parte de la población no presenta antecedentes médicos con 25.04% y los que mayores índices arrojan son: otras enfermedades distintas a enfermedades transmisibles y neoplasias el 47.59% (Todas las demás enfermedades) y las enfermedades del sistema circulatorio con un 45,48% y finalmente las enfermedades transmisibles con un 4.55% y las Neoplasias con 2.79%. (Ministerio de Salud y Protección social, 2014 Ensab IV Estudio nacional de salud bucal. Situación bucal actual. Colombia: Minsalud) (Protección, 2014)

La presencia de factores psicosociales de riesgo son un aspecto de gran importancia en los adultos mayores, con la presencia de factores de riesgos como: soledad, inactividad física y falta de recursos económicos; Adame y Col mostró un elevado índice del factor soledad con un porcentaje estadísticamente representativo 2.79 (significativo al 5%), diferente al estudio realizado por De la Cueva. J en 2015, en el que se obtuvo mayor prevalencia en este factor, respecto a la falta de recursos económicos con un 41% pese a ser una población de jubilados. (CUEVA, 2015). Por otro lado, el estudio realizado por Mella R, el cual mencionaba los factores psicosociales como algo de gran relevancia en esta etapa de la vida (Rafael Mella, 2004)

De igual manera, se evidencio en los resultados estadísticos, como incide negativamente en la salud del adulto mayor, a la vez que la mayoría de ellos reflejan soledad, traduciéndose en abandono en varios de los casos, lo cual influye de manera representativa en la salud mental y física.

Por otra parte, el factor de inactividad física no tuvo una estadística significativa, sin embargo, el impacto en la salud de los adultos mayores es importante, tal como se identificó en el estudio de Moreno González A (2005), denominado “Incidencia de la actividad física en el adulto mayor”. Así mismo, las deficientes condiciones económicas de cada adulto mayor, por la falta de recursos propios y la carencia de compañía ideal para ellos, es decir, la soledad y finalmente, el poco acceso a programas sociales del gobierno, para este tipo de población, hacen que estos factores psicosociales, impacten negativamente la salud en general y particularmente la salud bucal de esta población. (MORENO GONZÁLEZ, 2005)

Por lo anteriormente descrito, los factores psicosociales impactan a la población estudiada, de manera tal que al no tener los medios, y el acompañamiento adecuado el cual los motive a tener una mejor calidad de vida en algunos de los aspectos del ser humano, ciertamente afecta la salud bucal de esta población, al no tener acceso a programas del estado que les permitan sentirse en comunidad, acompañados y protegidos para realizar actividades lúdicas y deportivas permanentemente, debido en parte a la carencia de recursos, y falta de acompañamiento familiar que les respalde a mejorar su calidad de vida.

## **8. Conclusiones**

Los bajos niveles de bienestar psicosocial, están relacionados con una mayor cantidad de factores psicosociales como la soledad, la inactividad física y falta de recursos económicos. En lo que respecta, al impacto de los factores psicosociales en esta población, es determinante el factor soledad, que afecta negativamente la higiene bucal de los adultos mayores.

Se evidencio en los adultos mayores, múltiples factores de riesgo para la salud bucal como: bajo interés por su cuidado oral, la falta de implementación de los elementos para la higiene oral, el uso o no de sus prótesis dentales y la poca motivación a los controles odontológicos.

Se encontró que gran parte de la muestra con relación a las enfermedades de base padecen de hipertensión arterial y diabetes.

## 9. Recomendaciones

Los resultados del presente estudio nos indican que es necesario la continuidad de los programas en promoción de la salud y prevención de la enfermedad bucal para la fundación Soacha Vive.

Crear programas de extensión vinculando a las facultades de odontología, psicología y enfermería de la universidad Antonio Nariño.

Trabajar de la mano con los docentes para lograr que los adultos mayores se vinculen en el proceso. De igual manera, concientizarlos ya sea de manera directa; pidiendo a la fundación un espacio para aplicar estrategias de promoción y prevención, enfocadas en el cuidado de la salud bucal.

Los adultos mayores que asisten a la Fundación SOCHA VIVE, acuden a este lugar, para satisfacer no solo su necesidad básica de comer, encontrando en esta fundación apoyo económico para su alimentación, sino también porque en este lugar, encuentran personas de sus mismas condiciones, edad, proyecciones y circunstancias, con quienes establecen algún vínculo por afinidad.

## 10. Referencias

- (FDI), F. D. (2015). El desafío de las enfermedades bucodentales . *Federación Dental Internacional (FDI)*.
- A.Fernandez, J., & Vasquez bustos, E. (2016). Multimorbilidad: bases conceptuales, modelos epidemiológicos y retos de su medición. *biomédica*, 188-201.
- Adams, E. M. (2012). Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad. *Invest Medicoquir* .
- Agudelo Suárez, A., Martínez Flórez, L., Madrid Gutiérrez, L., Vivares Builes, A., & Rocha Buelvas, A. (2013 Ene-Jun). Panorama de la fluorosis dental en Colombia: una revisión exploratoria de la literatura. *Univ Odontol.*, 32(68): 133-145.
- Agudelo-Suarez AA-Alzate-Urea S, L.-V. O.-H.-G. (2014). Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulto mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia. *Revista gerencia y políticas de salud*, 181-199.
- Alpizar, B. G., Benet Rodríguez, M., & Castillo Betancourt, E. (2010). Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor . *Medisur*.
- Alzate-Urrea, S., Agudelo-Suárez, A., López-Vergel , F., López-Orozco , C., Espinosa-Herrera , E., & Posada-Lopez , A. (2015). Calidad de vida y salud bucal: Perspectiva de adultos mayores atendidos en la red hospitalaria pública de Medellín, Colombia. *Gerenc. Polít. Salud*, 83-96.
- American Academy of Pediatrics. (2004). *American Academy of Pediatrics*. Obtenido de DATOS SOBRE LA FLUOROSIS: Guía para profesionales de la salud:

<https://ilikemyteeth.org/wp-content/uploads/2014/12/FluorosisFactsforHealthProfessionals.pdf>

- ANN BOWUNG, E. G. (1997). Activities of daily living: changes in functional ability in three samples of elderly and very elderly people. *The international Journal of the British Geriatrics Society* , 107-14.
- Anne Rowan-Legg, C. P. (2013). Oral health care for children – a call for action. *Paediatr Salud Infantil*, 37-43.
- Barreto, M. d., & Sosa de Canatta, B. (2011). “ADAPTACIÓN CULTURAL DE LA ESCALA ESTE PARA MEDIR SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES”. *Eureka*, 92-99.
- Blando, A., & Diaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Universidad Autónoma de Madrid*, 583-588.
- Bobadilla turriago, L. R. (2017). experiencia modificada de caries dental en personas con discapacidad de la comunidad misak (guambiano) (2017). *universidad nacional de colombia* .
- Bordoni, N., Alfonso , E., & Ramón . (2010). *Odontología pediátrica / Pediatric Dentistry: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual* . Buenos Aires: Panamericana .
- Cárdenas, S. D., Arrieta Vergar, K., & Ramos Martinez, K. (2018). Pobreza y salud bucal en comunidades afrodescendientes vulnerables. *Revista Cubana de salud pública*, 44.

- Casamassimo, P., P.S. Casamassimo, M.L. Marazita, P. Milgrom, D.L. Chi, & K. Divaris. (2014). Improving Children's Oral Health An Interdisciplinary Research Framework. *Journal of dental research*, 38–942.
- Casas, A. (2020). Nueva clasificación de enfermedades periodontales y periimplantarias. *El dentista Moderno*.
- Castellanos JE, M. L. (2013). La remineralización del esmalte bajo el entendimiento actual de la caries dental. *Univ Odontol.*, 49-59.
- Castro-Muñoz, J. A.-C. (2018). Estudio psicométrico de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en adultos jóvenes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 44-55.
- Cerón Bastidas, X. A. (2014). Calidad de vida y su relación con la salud oral en personas de la tercera edad. *Revista Nacional de odontología*, 83-89.
- Cerón-Bastidas, X. A. (noviembre 2015). El sistema ICDAS como método. *CES odontología*, 100-102.
- Cobos, M. R., & De La Cruz Villa, A. (2018). Lesiones bucales en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial de *Ciencia y Salud*, 4-13.
- Colombia, M. d. (2014). ENSAB IV Situación Bucal Actual. 381.
- cols, H. y. (2011). Amoxicillin use during early childhood and fluorosis of later developing tooth zones. *J public Health dent*.

CUEVA, J. E. (2015). *CORNISA: Bienestar psicológico y Factores psicosociales en el adulto mayor* . QUITO, ECUADOR.

Degrandi Valentina, B. M. (2017). Evaluación del impacto en la calidad de vida de pacientes adultos rehabilitados con nuevas prótesis removibles totales . *Odontoestomatología*, 64-75.

Diego Azañedo, D.-S. H. (2016). SALUD ORAL DEL ADULTO MAYOR:ACCESO, DESAFÍOS,Y OPORTUNIDADES PARA LA SALUD PÚBLICA PERUANA . *REV PERÚ MED SALUD PÚBLICA*, 373-375.

Edgar Sánchez Rodas, E. V. (s.f.). Estudio epidemiológico de caries dental y fluorosis. *Comisión nacional de salud bucal*, 21.

ENSAB IV, M. (2014).

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>.

Ferrera Poyato, M., Segura Egea, J., Ríos Santos, V., & Bullón Fernández, P. (2001). La placa bacteriana: Conceptos básicos para el higienista bucodental. *Periodoncia para el higienista dental*, 140-165.

fluorosis, E. e. (2002). Edgar Sanchez Rodas, Ernesto villagrán colón, Lissette vanegas. *Comisión nacional de salud bucal* , 22.

- Gaona, M. I., Diaz, C., Perez, N., & López Franco, M. (2016). Salud bucal en preescolares y nivel de conocimiento sobre higiene bucal de sus madres, en escuelas públicas y privadas de San Lorenzo, Paraguay. *Pediatr. (Asunción)*, 129-136.
- González-Solís J, M.-C. E.-L. (2017). Detection of dental fluorosis using Ramanspectroscopy and principal component analysis. *Lasers in Medical Science* .
- Gudiño Fernández, S., & Lanata, E. J. (2015). From Black to Contemporary Cariology: Learning to Look at the Same lesions with a different perspective. *International Journal of Dental Sciences*, 11-13.
- Gutierrez, J. R., & Huerta, V. L. (2005). Fluorosis dental: Metabolismo. *Asociación dental Mexicana*, 225-229.
- Gutiérrez, J. R., & Vega, L. H. (2005). Fluorosis dental: metabolismo, distribución y absorción del fluoruro. *Revista ADM*, 227-229.
- Hanan Siddiq, K.-C. P. (2020.02.05). Children's perception of other children with dental fluorosis – A cross-sectional study. *J Oral Biol Craniofac Res*, 72-77.
- Hechavarria, M. B., Venzant, Z. S., Carbonell, R. M., & Carbonell, G. C. (2013). salud bucal en la adolescencia. *Scielo*, 118.
- Hernandez Castañeda, A. A., Moya, G. C., Gutierrez Sanchez, M. A., & Agudelo Prada, D. F. (2013). NECESIDAD DE TRATAMIENTO BUCAL Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR. *Usta Salud*, 47-52.

- Hernandez, S., Fernandez Collado, C., Baptista Lucio, M. D. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mcgraw Hill education.
- HOMI. (29 de 05 de 2009). *GUÍA DE DIAGNÓSTICO, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE CARIES DENTAL* . Obtenido de [http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion\\_homi](http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion_homi)
- Isabella Manzur-Villalobos, I. A.-R.-V.-C. (2017). agrandamiento gingival fármaco inducido. *universidad y salud*, 89-96.
- Jimeno–Cisternas Maria José, 1. V.-P. (2016). PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN ESCOLARES DE 12 AÑOS EN LA PARROQUIA MACHÁNGARA, CUENCA 2016. *Oactiva UC Cuenca* .
- Lathrop, B. (2020). Moving Toward Health Equity by Addressing Social Determinants of Health. *Elsevier Nursing for Women's Health*, 36-44.
- Lázaro Sarduy Bermúdez, M. E. (2016). La biopelícula: una nueva concepción de la placa dentobacteriana. *Medicentro Electrónica*.
- M. Marmot, R. B. (2011). Social Determinants and Dental Health. *sage journal*.
- Ma.De la Paz Alba HernandezEloisa, D. O. (2010). EL Adulto Mayor ante la Muerte: Análisis del Discurso en el Estado de México. *Revista de Psicología GEPU*, 65-66.
- Mafla, M. C. (2008). Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral. *Colombia medica*, 41-57.
- Maria Cristina Ojeda, R. O. (2014). Barreras a la accesibilidad para la atencioin odontologica en parejas de la region Iberica . *revista facultad de odontologia* , 55-59.

Maria de Lourdes Padilla -Sanchez, G. S.-C.-R.-P. (2017). Estado de denticion y su impacto en la calidad de vida en adultos mayores . *CES Odont 2017*, 16-22.

Martell, Y. D., & Hidalgo Gato Fuentes, I. (2011). Intervención educativa sobre salud bucal en maestros de enseñanza primaria. *Revista medica electronica* .

Martínez, L. L., Gracia Cortés, M., Hernández Rodríguez, A., Sánchez Sierra, E., López Luna, M., & Sánchez Rodríguez, S. (2013). La caries, gingivitis, periodontitis y la maloclusión siguen siendo las afecciones estomatológicas más frecuentes en la población. *Archivos de medicina* , 1-9.

Martínez-Pérez, K. M., Monjarás-Ávil, A., Patiño-Marín, N., Loyola-Rodríguez, J., Mandeville , P., Medina-Solís, C., & Islas-Márque, A. (2010). Estudio epidemiológico sobre caries dental y necesidades de tratamiento en escolares de 6 a 12 años de edad de San Luis Potosí. *Revista de investigacion clinica* , 206-213.

- Maya, A. M. (Gerokomos vol.25 no.2 Barcelona jun. 2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Scielo* .
- Mayordomo, T. S. (2016). Bienestar psicológico en función de la etapa de vida, el sexo y su interacción. *Pensamiento psicológico*, 14(2), 101-112.
- Medina-Solís, C. E. (8 mayo 2007). Caries dental en escolares de una comunidad noroeste de Mexico en dentición mixta y su asociación con algunas variables clínicas socioeconómicas y sociodemográficas. *revista de investigación clínica ric*, 12.
- Mella, R., Gonzalez, L., Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalinda, A., & Diaz, A. (2004). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *Scielo chile*.
- Meyer Lueckel, H., Paris, S., R Ekstrand, K., & Jo Chau, S. (2015). *Manejo de la caries: ciencia y práctica clínica*. Amolca.
- Ministerio de salud . (2014). IV estudio nacional de salud bucal . *ENSAB IV*, 65.
- MINISTERIO DE SALUD, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. (10 de Marzo de 2015). *Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Exposición a fluor*.
- MINSALUD. (2014). *IV Estudio nacional de salud bucal* .
- Minsalud. (2019). *Boletines Poblacionales Personas Adultas de 60 años o más*.
- Moreno González, A. (2005). INCIDENCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL ADULTO. *Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 222-237.

- Moya Aránzazu, G. C., Hernández Castañeda, A. A., Gutiérrez Sánchez, M. A., & Agudelo Prada, D. F. (2012). NECESIDAD DE TRATAMIENTO BUCAL Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR. *Ustasalud*, 47-54.
- Moya, G. C., Hernández Castañeda, A., Gutiérrez Sánchez, M., & Agudelo Prada, D. (2013). NECESIDAD DE TRATAMIENTO BUCAL Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR. *Uata Salud* , 47-54.
- Navarro, M. L., Reyes, s., Fajardo, M. E., & Zavala, V. H. (2014). Prevalence and degree of gingivitis relationship with microbial plaque in children. *Nova Scientia*.
- Nurelhuda, N. M., Tordis Agnete Trovik, Raouf Wahab Ali, & Mutaz Faisal Ahmed. (2009). Oral health status of 12-year-old school children in Khartoum state,the Sudan; a school-based survey. *Bimed Central* , 9-15.
- Ochoa, R. (2017). In silico search of inhibitors of Streptococcus mutans for the control of dental plaque. *Archives of oral biology*, 68-75.
- Olmos, P., Sylvia, P., Musto, M., Lorenzo , S., Alvarez , R., & Massa , F. (2013). Caries dental. La enfermedad oral más prevalente: Primer Estudio poblacional en jóvenes y adultos uruguayos del interior del país. *Odontoestomatología*.
- OMS. (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*.
- OMS. (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*.
- OMS. (febrero 2006). Caries dental en el niño. Una enfermedad contagiosa. *revista chilena de pediatria*, 2-10.

- ONU. (2020). *Organizacion de las Naciones Unidas* . Obtenido de <https://news.un.org/es/story/2020/05/1473762>
- Organizacion Mundial De La Salud . (25 de Marzo de 2020). *Salud Buco dental*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
- Ospina, M., Martinez, M., Pacheco , O., & Quijada, H. (2016). Documento técnico perspectiva del uso del flúor vs caries y fluorosis dental en Colombia. *Minsalud*, 11-17.
- Pérez, A. S. (2006). *Manual de prácticas de periodoncia 4° de Odontología clínica odontológica universitaria*. Murcia: Universidad de Murcia, Servicio de publicaciones.
- Pitts, N. B. (2014). Guía ICCMS™ para clínicos y educadores. *ICDAS Foundation*.
- PLANEACIÓN, S. D. (2018). *Monografía de localidades*.
- Posada-Jaramillo, G. A. (2016). Dietary and environmental risk factors associated with dental. *Facultad Nacional de salud publica* , 80-81.
- Puvill, T., Kusumastuti, s., Lund, R., Mortensen, E. L., Slaets, J., Linderberg,, J., & Westendorp, R. (2019). Do psychosocial factors modify the negative association between disability and life satisfaction in old age? *University of Groningen*.
- Rafael Mella, L. G. (2004). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor . *PSYKHE* , Vol.13, Nº 1, .
- Ramos, S. D.-K.-K. (2012). Impacto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores . *Revista clinica de medicina familiar* , 9-16.

- Ramos-Sanes, D., Martínez, L., Chica-Corrales, E., Ortiz-Camargo, Y., & Díaz-Garavito, M. (2014). Prevalencia de caries de los escolares de la Institución Educativa Rural El Filo de Damaquiel, municipio de San Juan de Urabá, Colombia, 2014. *Revista nacional de odontología* , 52-55.
- Reategui, B. D., Manrique Chavez, J. E., & Manrique Guzman , J. A. (2014). Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor: Revisión de literatura. *Rev Estomatol Herediana*, 199-206.
- Rebolledo M, D. L. (2018). Lesiones bucales en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial de una institución geriátrica de Barranquilla. *ciencia y salud revista virtual*, 5-10.
- Richards, V. P., Alvarez , A., Luce, A., Bedenbaugh , M., Mitchell, M., Burne , R., & Marcelle , M. (2017). Microbiomes of Site-Specific Dental Plaques from Children with Different Caries Status. *Bacterial Infections*, 1-11.
- Robles, A. R., Hernandez Martines, E. K., Dalabra Salinas, M. M., Covarrubias Solis, I. F., Leija Mendoza, A., & Ponce Ibarra, B. B. (2017). Calidad de vida y polifarmacia del adulto mayor integrante del programa “adultos mayores empacadores”. *Nure Investigacion*, 1-8.
- Rodas, E. S., villagrán, E., & vanegas, L. (2002). Estudio epidemiologico de caries dental y fluorosis. *Comisión nacional de salud bucal*, 22.

Romero, V., Norris, F., Río, J., Cortés, I., González, A., Gaete, L., & Tchernitchin, A. (2017).

The impact of tap water fluoridation on human health. *Salud Pública*, 240-249.

Ruiz, E. D. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida

humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 17-27 vol. 34, núm. 1-2.

Ryff. (1996).

Salas, M. A. (2008). Guía de fluorosis dental . *Secretaria de salud departamental.*

*Gobernación del Huila*, 15-16.

Saliba Moimaz, S. A., Saliba, O., Marques, L. B., Saliba Garbin, C. A., & Saliba, N. A. (2015).

Dental fluorosis and its influence on children's life. *Brazilian Oral Research*, 1-7.

salud, A. M.-S. (2007). *Guía De Práctica Clínica Para El Diagnóstico, Prevención Y*

*Tratamiento De La Enfermedad Gingival*. Obtenido de

[http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Documentos%20Salud%20Oral/Gu%C3%ADa%](http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Documentos%20Salud%20Oral/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20en%20Salud%20Oral%20-%20Enfermedad%20Gingival.pdf)

[20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20en%20Salud%20Oral%20-](http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Documentos%20Salud%20Oral/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20en%20Salud%20Oral%20-%20Enfermedad%20Gingival.pdf)

[%20Enfermedad%20Gingival.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Documentos%20Salud%20Oral/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20en%20Salud%20Oral%20-%20Enfermedad%20Gingival.pdf)

Salud, S. D. (2019). *Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData*. Obtenido de

<http://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>.

Sanabria-Castellanos, C. M., Suárez-Robles, M. A., & Estrada-Montoya, J. H. (2015).

Relationship between Socioeconomic Determinants, Health Coverage, and Dental

Caries in Twenty Countries. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá*, 161-189.

- Sanchez, E., Villagran, E., & Venegas, L. (2002). *Estudio Epidemiologico de Caries Dental y Fluorosis*. Obtenido de Comision de Salud bucal Guatemala.
- Sánchez-Peña, M. K., Galvis-Aricapa, J. A., Álzate-Urrea, S., Lema-Agudelo, D., Lobón-Córdoba, L. M., Quintero-García, Y., & Carmona-Medina, S. L. (2019). Conocimientos y prácticas de las agentes educativas y condiciones de salud bucal. *Unoversalidad y salud*, 28-37.
- Schwarzer, R., & Gutiérrez, B. (2009). Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption. *Costarirricence de psicoilogia*, 11-39.
- Silvia Cáceres, E. H. (2018). Elements of psysiological and pathophysiological in dental fluorosis. *Mediciencias UTA*, 4.
- Soria Hernández, M. A. (2013). Pasado y presente de la caries dental. *acta pediatria de mexico* , 195-196.
- Stefania, M. B., & Lucía, G. C. (2002). Prevalencia de fluorosis dental y análisis de asociación a factores de riesgo en escolares de Bogotá. *ResearchGate*, 54.
- Taboada-Aranza, O., Loeza-Galindo, A., & Hernández Palacios, R. (2019). Caries y hábitos de higiene oral en un grupo de adultos mayores del Estado de México. *ADM* , 141-145.
- Torres Haydeé, M. L., López Sepúlveda, Y., Vázquez Aguilar, J., & Hernández Pérez, R. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Ciencias Médicas La Habana*.

Torres, M. L., Pérez Campos, Y. E., Pascual Casamayor, D., & Noa, D. Y. (2015).

Modificación de conocimientos sobre salud bucal en adolescentes de la secundaria básica "Orlando Fernández Badell". *Redalyc*, 366-368.

Wu Investigación y políticas de salud, m. (2020). Aislamiento social y soledad de los adultos mayores en el contexto del COVID-19: un desafío global. *Bei Wu*, 5-27.

## ANEXO NUMERO 1

**1. Instrumento para la recolección de la información****CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIONAL**

**Consentimiento informado para la práctica de proyecto Factores psicosociales  
de riesgo que inciden en la salud bucal del adulto mayor**

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado con C.C ( ) CE ( )  
No. \_\_\_\_\_; con residencia en \_\_\_\_\_  
teléfono \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad manifiesto que he sido informado del estudio que la Facultad de Odontología, del grupo de investigación de la Universidad Antonio Nariño va a realizar y que tengo conocimiento de los objetivos y fases del estudio, así como de los beneficios de participar en el Proyecto.

Fui informado y comprendo las molestias y riesgos de la realización de estos procedimientos. Así mismo, manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al respecto. Se me explicó que no existe procedimiento alternativo y estoy informado de que mi participación en el proyecto es libre y voluntaria y puedo desistir de ella en cualquier momento, al igual que solicitar información adicional de los avances de la Investigación.

Conozco los objetivos del proyecto descrito a continuación:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Que los Procedimientos a realizarse serán:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

A si mismo entiendo que los datos aquí consignados son confidenciales y que en caso de daño, producto específico de estos procedimientos que me afecten, causados por la investigación me acogeré al tratamiento médico que brinde el Plan Obligatorio de Salud de la EPS: \_\_\_\_\_ a la cual estoy afiliado.

Acepto participar en el estudio mencionado.

---

Firma

Nombre(s), Apellido(s) del trabajador  
Investigador Principal

C.C o C.E.

Huella

---

Firma

Nombre(s), Apellido(s) del

C.C.

TP

---

Firma

Nombre (s), Apellido(s)

C.C.

Dirección

Teléfono

**Instructivo Para Diligenciamiento- Formulario**

Debido a la contingencia en que se encuentra el país por el COVID-19, el método de diligenciamiento y de actividad tuvo que reinventarse.

El formulario consta de tres componentes, el primero corresponde a la identificación de la persona, el segundo identifica los antecedentes médicos y el tercero a los hábitos higiénicos, estado de higiene oral y estado dental.

Para el diligenciamiento de este formulario es necesaria la ayuda del director de la Fundación, quien se encargará de apoyarnos de manera presencial ejecutando el instructivo con cada uno de los adultos mayores.

**Diligenciamiento de los tres primeros componentes:** Se tendrá en cuenta las siguientes reglas básicas:

- Exponer brevemente al director de la Fundación de que consistirá el examen, la importancia de la colaboración en el estudio, así como la importancia del mismo para nuevas intervenciones o programas preventivos en este tipo de población, pero sin crear falsas expectativas en los mismos.
- Enfatizar sobre la confiabilidad de los datos y la utilización estricta de los mismos con fines únicamente estadísticos.
- Al momento del examen estarán presentes el anotador (director) y el paciente.
- No sugiera respuestas, ya que traerá sesgos en las respuestas.
- No dejar leer o revisar estos formularios por personas diferentes, teniendo en cuenta la confiabilidad de la información registrada en los mismos.
- Una vez diligenciado el formulario revise que todas las preguntas están debidamente diligenciadas.
- Una vez realizada la entrevista y el examen dar por terminada el proceso y agradeciendo la colaboración.

**Diligenciamiento para el tercer componente:** Al diligenciamiento de este se encontrará con preguntas de tipo abiertas y de sí y no.

### **PRIMERA PARTE**

#### **Identificación:**

- Institución: Escriba el nombre completo de donde se \_\_\_\_\_
- Fecha: escriba con dos dígitos el día, mes año, en que se está realizando el cuestionario
- No: Numero de cedula de la persona a la cual se le realizara la encuesta con letra imprenta y clara
- Nombre: Escriba el nombre completo de la persona a la cual realiza el cuestionario en letra imprenta y clara. Primero los dos apellidos y luego los nombres completos.
- Fecha de nacimiento: Registre el día, mes y año del nacimiento de la persona examinada, utilizando dos dígitos.
- Edad: Registre la edad en años cumplidos.
- 
- Sexo: marque con una "X" al sexo que corresponda
- Ocupación: Registre la ocupación que indica el examinado, en letra clara y legible.

#### **Antecedentes médicos:**

- ¿Qué enfermedades ha sufrido?: Escribir el nombre de cada una de las enfermedades que su médico tratante le ha diagnosticado.
- Tiempo de evolución de la enfermedad Años/ tiempo: Registrar tiempo total de la enfermedad desde que su médico tratante se lo diagnostico, así con cada una de las enfermedades que padezca.
- ¿Está usted actualmente en tratamiento médico para estas enfermedades? Si ( ) No ( ): marque con una "X" si se encuentra bajo un tratamiento médico y si la respuesta es sí, escribir el nombre del tratamiento.

## ANEXO NUMERO 2

## Instrumento de recolección de la Información

## I. IDENTIFICACION

1. Institución: \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_
2. Fecha: \_\_\_\_\_
3. Nombre de la Persona: \_\_\_\_\_
- |           |         |
|-----------|---------|
| _____     | _____   |
| Apellidos | Nombres |
4. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad en años \_\_\_\_\_
5. Sexo: Hombre ( ) Mujer ( )
6. Ocupación: \_\_\_\_\_

## II. ANTECEDENTES MEDICOS

- a. ¿Qué enfermedades ha sufrido? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- b. Tiempo de evolución de la enfermedad  
 Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_
- c. ¿Está usted actualmente en tratamiento médico para estas enfermedades?  
 Si ( ) No ( )
- d. ¿Está usted consumiendo algunos medicamentos para esta enfermedad?  
 No ( ) Si ( ), ¿Cuál?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### III. ESTADO DENTAL

a. ¿Qué utiliza para limpiar sus dientes? (puede contestar con más de una respuesta)

- Cepillo
- Crema dental
- Seda dental
- Enjuague bucal
- Palillos
- Bicarbonato
- Otros ¿Cuál? \_\_\_\_\_

b. ¿Cuándo se cepilla los dientes? (puede contestar con más de una respuesta)

- Al levantarse
- Después del desayuno
- Después del almuerzo
- Después de la comida
- Antes de costarse
- Otras ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

### IV. ESTADO PRÓTESICO

1. ¿Cuenta con la presencia de algún tipo de prótesis dental? Si ( ) No ( )

2. ¿En qué parte se encuentra su prótesis dental?

- Superior
- Inferior
- Superior e Inferior

3. ¿Qué tipo de prótesis dental usa?

- Prótesis Fija
- Prótesis Removible
- Prótesis Total
- Implante

4. ¿Usted le realiza una limpieza a su prótesis dental?

- Si
- No
- Cómo:

\_\_\_\_\_

—

5. ¿Desde hace cuánto está utilizando la prótesis dental?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. ¿Ha tenido dificultad para masticar alimentos debido a problemas con sus dientes boca o prótesis dentales? Si ( ) No ( )
7. ¿Ha sentido que su digestión ha empeorado debido a problemas con sus dientes boca o prótesis dentales? Si ( ) No ( )
8. ¿Ha sentido que sus prótesis dentales no ajustan apropiadamente? Si ( ) No ( )
9. ¿Ha sido incapaz de comer con sus dentaduras? Si ( ) No ( )
10. ¿Ha evitado sonreír debido a problemas con sus dientes boca o dentaduras? Si ( ) No ( )

### Enfermedades relacionadas

Considera la historia médica, Puntaje:

- 0:** Sin enfermedad
- 1:** Enfermedad / fármaco nivel moderado
- 2:** Nivel grave, larga duración

### Dieta

Contenido Estimación de los carbohidratos fermentables presentes en la dieta (Según valor encuesta de dieta) Puntaje:

- 0:** Muy bajo
- 1:** Bajo
- 2:** Moderado
- 3:** Alto dieta inapropiada

### Frecuencia

Estimación del número de veces que el paciente ingiere comidas durante el día (desayuno, colación, almuerzo, onces, cena, etc) Puntaje:

- 0:** 0-3 ingestas
- 1:** 4-5 ingestas
- 2:** 6-7 ingestas
- 3:** Más de 7 ingesta

### Estado dental:

- ☐ ¿Qué utiliza para limpiar sus dientes? (puede contestar con más de una respuesta): señale que elementos utiliza para realizar la limpieza de sus dientes.
- ☐ ¿Cuándo se cepilla los dientes? (puede contestar con más de una respuesta): señale en que momento del día se cepilla los dientes.

### Estado protésico:

- ☐ ¿Cuenta con la presencia de algún tipo de prótesis dental? Si ( ) No ( ), marque con una “**x**” si, si tiene prótesis dental, si la respuesta es no diríjase a la parte del cuestionario llamada **enfermedades relacionadas**.
- ☐ ¿En qué parte se encuentra su prótesis dental?: si cuenta con prótesis dental señale en qué lugar la tiene,
- ☐ ¿Qué tipo de prótesis dental usa? Indique cual es la prótesis dental que usted tiene.
- ☐ ¿Usted le realiza una limpieza a su prótesis dental?: marque con una “**X**” y si la respuesta es si, escriba que elementos utiliza para realizar la limpieza de sus prótesis.
- ☐ ¿Desde hace cuánto está utilizando la prótesis dental?: escriba desde hace cuánto tiempo usted utiliza esa prótesis.
- ☐ ¿Ha tenido dificultad para masticar alimentos debido a problemas con sus dientes boca o prótesis dentales? Marque con una “**x**” en sí o no.
- ☐ ¿Ha sentido que su digestión ha empeorado debido a problemas con sus dientes boca o prótesis dentales? Marque con una “**x**” en sí o no.
- ☐ ¿Ha sentido que sus prótesis dentales no ajustan apropiadamente? Si ( ) No ( ) Marque con una “**x**” en sí o no.
- ☐ ¿Ha sido incapaz de comer con sus dentaduras? Si ( ) No ( ) Marque con una “**x**” en sí o no.
- ☐ ¿Ha evitado sonreír debido a problemas con sus dientes boca o dentaduras? Si ( ) No ( ) Marque con una “**x**” en sí o no.

**Enfermedades relacionadas:**

Lea con atención las preguntas, de acuerdo a su respuesta diligencie el número que le corresponda y colóquelo en la línea.

Considera su historia médica,

0: Sin enfermedad

1: Enfermedad / fármaco nivel moderado

2: Nivel grave, larga duración

Puntaje: \_\_\_\_\_

**Dieta**

Contenido Estimación de los carbohidratos fermentables presentes en la dieta  
(Según valor encuesta de dieta)

0: Muy bajo

1: Bajo

2: Moderado

3: Alto dieta inapropiada

Puntaje: \_\_\_\_\_

**Frecuencia**

Estimación del número de veces que el paciente ingiere comidas durante el día (desayuno, colación, almuerzo, onces, cena, etc)

0: 0-3 ingestas

1: 4-5 ingestas

2: 6-7 ingestas

3: Más de 7 ingestas

Puntaje \_\_\_\_\_

	ÍTEMS	totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Poco de acuerdo	Poco desacuerdo	Moderadamente desacuerdo	totalmente en desacuerdo
1	Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas						
2	A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones						
3	No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente						
4	Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida						
5	Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga						
6	Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad						
7	En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo						
8	No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar						
9	Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí						
10	Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes						
		totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Poco de acuerdo	Poco desacuerdo	Moderadamente desacuerdo	totalmente en desacuerdo
11	He sido capaz de construir un hogar y un						

	modo de vida a mi gusto						
12	Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo						
13	Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría						
14	Siento que mis amistades me aportan muchas cosas						
15	Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones						
16	En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo						
17	Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro						
18	Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí						
19	Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad						
20	Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo						
21	Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general						
22	Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen						
		totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Poco de acuerdo	Poco desacuerdo	Moderadamente desacuerdo	totalmente en desacuerdo
23	Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida						
24	En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo						

25	En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida						
26	No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza						
27	Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos						
28	Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria						
29	No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida						
30	Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida						
31	En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo						
32	Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí						
33	A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo						
34	No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está						
		totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Poco de acuerdo	Poco desacuerdo	Moderadamente desacuerdo	totalmente en desacuerdo
35	Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo						
36	Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona						
37	Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho						

	<b>como persona</b>						
<b>38</b>	<b>Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento</b>						
<b>39</b>	<b>Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla</b>						

ANEXO NUMERO 3

**FACTORES PSICOSOCIALES DE LOS ADULTOS MAYORES**

Instrucciones: Leer las afirmaciones que se presentan a continuación y seleccionar marcando con una X una de las 4 alternativas, teniendo en cuenta la descripción en la parte de arriba, que mejor se adecuada

Ítems	Afirmaciones	Siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca
1	Me siento solo/a				
2	Ya no tengo a nadie cerca de mí				
3	Tengo a alguien que comparte su vida conmigo				
4	Tengo compañía sentimental que me da el apoyo y aliento que necesito				
5	Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales				
6	No hay nadie en mi familia que me preste su apoyo				
7	No hay nadie en mi familia que abrace				
8	Me gusta la gente con la que salgo a distraerme				
9	Cuento con mis amigos/as si necesito				
10	Tengo amigos/as con los/as que comparto mis opiniones				

11	No siento apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas				
12	Realizo alguna actividad diaria				
13	Hago ejercicio físico				
14	Trabajo y gano remuneración haciéndolo				
15	Ayudo a personas cercanas a mí en labores				
16	Hago trámites de 3 a 4 días a la semana				
17	Salgo de la casa de 3 a 4 días de la semana				
18	Suelo pasar en Casa				
19	Cuido a mis Nietos				
20	Suelo estar cansado/a y no pararme de la cama				
21	Me siento enferma/o y no salgo de la casa.				
22	Muchas veces no tengo que comer				

23	No me alcanza el dinero que tengo para vivir				
24	Pido prestado dinero para mis necesidades básicas				
25	Tengo vivienda Propia				
26	Tengo un techo donde vivir				
27	El dinero no es un problema				
28	Constantemente estoy preocupada por el dinero				
29	No puedo comprar mis medicamentos				
30	No voy al médico a causa de ser muy costoso				