

Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis parcial removible acrílica

Self-perception of oral health in elderly with acrylic removable partial acrylic prosthesis

Marcilia Rodríguez Fuentes,^I Yunier Arpajón Peña,^{II} Isis Bárbara Herrera López,^I Milay Justo Díaz,^I Zuilen Jiménez Quintana^I

^I Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

^{II} Departamento de Microbiología y Virología. Facultad de Biología. Universidad de La Habana. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el incremento de la población mayor de 60 años influye en que cada día acudan más personas a los servicios de prótesis en busca de rehabilitación, y en la mayoría de los casos no se adaptan a las nuevas condiciones.

Objetivo: determinar la asociación entre algunos factores que influyen en la autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis parcial removible acrílica.

Métodos: investigación observacional descriptiva (enero-diciembre de 2013) en 150 adultos, seleccionados al azar, mayores de 60 años rehabilitados protésicamente. Se evaluaron las variables: edad, sexo, tipo de prótesis, niveles de escolaridad, experiencia anterior y tiempo de uso, en asociación con la autopercepción de salud bucal, medida esta mediante el índice de salud bucal geriátrico.

Resultados: el 53 % de los pacientes tenía entre 60 y 69 años y fue en los que se obtuvo la mayor frecuencia de autopercepción regular (49,3 %). Los del sexo masculino (16 %) fueron quienes tuvieron una mayor frecuencia de respuestas que coincidió con una autopercepción buena. Las mayores frecuencias de autopercepción mala correspondieron a los de nivel preuniversitario y universitario, quienes en conjunto sumaron el 19 %, a los que tenían prótesis superior (17,3 %) y a los de experiencia previa (25 %). El 24 % tenía cuatro o más años de rehabilitados y con mala autopercepción.

Conclusiones: la edad inferior a 80 años, el sexo masculino, la rehabilitación con

prótesis en ambas arcadas y las experiencias previas, son los factores que más se asocian con la buena autopercepción de salud bucal de los adultos mayores.

Palabras clave: autopercepción; salud bucal; rehabilitación protésica; adulto mayor.

ABSTRACT

Introduction: the increase of the number of older people leads to an increase in the number of people going to the dental services looking for rehabilitation, and in most of cases, they do not adapt themselves to the new conditions.

Objective: to identify the association of some factors that influence in the self-perception of oral health over the older adults with removable acrylic partial denture.

Methods: observational and descriptive research study conducted in 150 randomly selected old people aged over 60 years with denture. The evaluation variables were age, sex, type of denture, schooling, previous experience and length of wear, in association with self-perception of oral health measured by the geriatric oral health assessment index.

Results: fifty three percent of patients were 60 to 69 years-old and this age group exhibited the most frequent regular self-perception (49.3 %). Males (16 %) were the ones with more frequency of responses that agreed with good self-perception. The highest frequency of bad self-perception was found in high school and university students who together accounted for 19 %, in persons wearing upper denture (17.3 %) and in those with previous experience of denture (25 %). Twenty four percent of the group had been orally rehabilitated for 4 years or more with bad self-perception of oral health.

Conclusions: less than 80 years of age, masculine sex, denture rehabilitation in both dental arches and previous experiences of wearing dentures are the factors that mostly relate to good self-perception of oral health in older adults.

Keywords: self-perception; oral health; denture rehabilitation; older adult.

INTRODUCCIÓN

Según los planteamientos realizados por *Locker*,¹ la autopercepción es una valoración propia de los individuos, que puede ser positiva o negativa, sobre el bienestar funcional, social y psicológico. O sea, se refiere a la experiencia individual y sus consecuencias en la vida diaria; se constituye en un contexto sociológico y psicológico, que puede ser aplicado en el plano individual o poblacional, y que pertenece a un paradigma socioambiental en el que se crea un compromiso con las maneras de medir la percepción, los sentimientos y los comportamientos.² Estos aspectos se han corroborado por estudios recientes, en los que se han evaluado la salud bucal en concordancia con su asociación tanto con parámetros clínicos como propios de la percepción del mismo paciente.³⁻⁵

En los adultos mayores existe una relación muy particular entre la salud general y la salud bucal, pues una gran proporción de ellos no perciben la necesidad de tener dientes o las prácticas adecuadas de higiene de las prótesis dentales, lo cual tiene un impacto negativo adicional en la salud bucal.⁶ Es por ello que los efectos de la salud bucal y de las distintas terapias para dichas condiciones se describen con el término "calidad de salud bucal relacionada con la calidad de vida".^{7,8} Por tanto, es necesario que el personal de asistencia en las clínicas conozca sobre si los problemas dentales y los distintos tratamientos presentan un impacto en la calidad de vida de este sector poblacional que atiende a diario.⁹

Por otra parte, desde hace varios años se habla de un incremento en la población anciana de personas dependientes.¹⁰ Según los datos del Anuario Estadístico de Salud de Cuba, publicado en el año 2015, el 18,3 % de la población cubana tiene 60 años o más. Esto se debe a que la esperanza de vida al nacer es de más de 75 años, a los 60 años es más de 20, y a los 80 es más de 7 años. Se pronostica que para el año 2015 habrá por primera vez más adultos mayores que niños, y ya en el 2025, uno de cada cuatro cubanos será una persona de 60 años de edad. La provincia La Habana es la más envejecida del país, y ha entrado al nuevo milenio con más del 15 % de su población en el grupo de 60 años y más.¹¹

Teniendo en cuenta estos criterios, es necesario conservar la calidad de vida en los ancianos de la población, donde se evidencia también un incremento en las enfermedades crónicas no transmisibles. Por consiguiente, es motivo de interés de los investigadores y de los decisores en salud conocer los determinantes de esta calidad de vida en las personas mayores.¹²

En los ancianos es muy frecuente la pérdida de dientes como resultado de caries dentales y la enfermedad periodontal; pero también de la actitud del paciente y el estomatólogo, la viabilidad y la accesibilidad a la atención odontológica y la prevalencia de estándares de cuidado. Estas enfermedades provocan que el estado dental que más prevalece en los ancianos sea la pérdida total o parcial de dientes, que provoca un grado variable de invalidez o incapacidad oral, lo cual solo es mejorable con una óptima rehabilitación protésica.¹³

Teniendo como base los aspectos expuestos y que la falta de dientes en la población anciana influye negativamente en la calidad de la salud en general y, por ende, de la salud bucal de sus miembros, la presente investigación tiene como objetivo determinar la asociación entre algunos factores que influyen en la autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis parcial removible acrílica.

MÉTODOS

Se realizó una investigación observacional descriptiva de carácter prospectiva en la que se seleccionó una muestra de 150 adultos mayores de 60 años portadores exclusivamente de prótesis parcial removible acrílica (PPRA) superior, inferior o ambas. Estos pacientes fueron seleccionados al azar, entre los que acudían a consulta en demanda de atención a sus dientes remanentes, reparación de sus prótesis o para la confección de una nueva prótesis.

Los pacientes tuvieron que cumplir con los siguientes criterios: que fueran rehabilitados en la Facultad de Estomatología, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, en el período comprendido entre enero y diciembre de 2013 y que las prótesis fueran instaladas un año atrás y que estuvieran de acuerdo con participar

en la investigación mediante la firma de un acta de consentimiento informado (anexo 1).

Anexo 1. Documento de consentimiento informado

Se realizará una investigación y se requiere tomarle algunos datos generales, aplicarle un cuestionario, hacerle un examen clínico bucal y un examen a la prótesis que porta en estos momentos. Necesitamos su conformidad para participar en dicha investigación, mediante la firma del siguiente documento:

Consentimiento informado:

Yo _____ consiento voluntariamente a participar en la investigación "Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis parcial removible acrílica. Facultad de Estomatología. Después de haber sido informado/a de los diferentes elementos del desarrollo de la investigación. Se me informó que tengo la posibilidad de abandonar el estudio en el momento que así lo decida sin que esto implique que se interrumpirá la atención estomatológica que se me brinda, y que los datos que aporte serán anónimos y solo se utilizarán para la realización del informe final. La publicación del mismo será con fines de divulgación de conocimientos científicos.

No. de orden _____

Firma del paciente _____

Fecha _____

Nombre y firma del investigador _____

Fecha _____

Las variables de estudio fueron: edad, sexo, tipo de prótesis, nivel de escolaridad, experiencia anterior de prótesis y tiempo de uso de la prótesis actual, las cuales fueron recogidas en una hoja de datos confeccionada por los autores (anexo 2). A cada paciente se le realizó un interrogatorio, el examen bucal siguiendo la metodología propuesta por el Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB)¹⁴ y el examen de la prótesis que portaba en ese momento el médico de asistencia.

Además se aplicó el cuestionario correspondiente al Índice de Salud Bucal Geriátrico (ISBG), el cual fue desarrollado para medir la calidad de vida en relación con la salud bucal según la percepción del paciente (anexo 2).¹⁵ Con el ISBG se miden los problemas funcionales bucales reportados por los pacientes y se evalúa el impacto psicosocial, asociado al estado de salud bucal de los adultos mayores. Este instrumento de medición está estructurado como un cuestionario formado por 12 ítems o preguntas autoadministradas, y fue aplicado por un profesional entrenado.

Los pacientes respondieron: siempre, a veces o nunca, a los 12 ítems planteados, y se establecieron puntos de corte equivalentes a los puntos establecidos en el ISBG original. Las preguntas aplicadas presentan una diferencia en la dirección de su planteamiento. Así tres de las preguntas se asocian a una mejor salud bucal cuando la respuesta es siempre, mientras que en las nueve restantes la respuesta mejor puntuada es nunca. Se realiza una sumatoria de cada pregunta donde el máximo puntaje es 36. La autopercepción de salud bucal se clasificó como buena (puntajes entre 34 y 36), regular (puntajes entre 30 y 33) y mala (puntajes inferiores a 30).

Anexo 2. Índice de salud oral geriátrico (Geriatric Oral Health Assessment Index GOHAI)

| Preguntas | Respuestas | | |
|--|------------|---------|-------|
| | Siempre | A veces | Nunca |
| 1. ¿Limita el tipo o cantidad de alimentos que come debido a problemas con sus dientes o prótesis? | (1) | (2) | (3) |
| 2. ¿Se siente incómodo al cortar o masticar algunos tipos de alimentos, tales como la carne o los vegetales? | (1) | (2) | (3) |
| 3. ¿Es capaz de tragar sin dificultades? | (3) | (2) | (1) |
| 4. ¿Sus dientes o sus prótesis no le permiten hablar del modo que quisiera hacerlo? | (1) | (2) | (3) |
| 5. ¿Sus dientes o sus prótesis le permiten comer cualquier alimento sin sentir molestia o dolor? | (3) | (2) | (1) |
| 6. ¿Limita sus contactos con la gente debido a las condiciones de sus dientes o prótesis dentales? | (1) | (2) | (3) |
| 7. ¿Se siente conforme o feliz por cómo se ven sus dientes, encías o aparatos protésicos? | (3) | (2) | (1) |
| 8. ¿Usa algún medicamento para aliviar dolores o molestias en su boca? | (1) | (2) | (3) |
| 9. ¿Se siente inquieto o preocupado por cómo se ven sus dientes, encías o prótesis dentales? | (1) | (2) | (3) |
| 10. ¿Se siente ansioso o nervioso debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales? | (1) | (2) | (3) |
| 11. ¿Se siente incómodo al comer frente a personas debido al estado en que se encuentran sus dientes o sus prótesis? | (1) | (2) | (3) |
| 12. ¿Siente sus dientes o encías sensibles al calor, el frío o lo dulce? | (1) | (2) | (3) |

Conclusiones:

Buena (34-36) _____ Regular (30-33) _____ Mala (menos de 30) _____

Para el análisis de los resultados se aplicó la prueba estadística de chi cuadrado de Pearson de homogeneidad o independencia, con el objetivo de comprobar la relación de las variables estudiadas con la autopercepción de salud bucal. En todos los casos se calcularon los intervalos de confianzas (IC_{95%}) a las proporciones calculadas para un nivel de significación $\alpha = 0,05$. Todos los datos fueron procesados en el paquete estadístico *Statistical Package of Social Sciences* en su versión 15 (SPSS-15). A cada uno de los 150 pacientes seleccionados se le explicó en qué consistía el estudio y que si decidía abandonar el estudio, eso no interferiría en tratamientos de seguimiento posteriores.

RESULTADOS

En la figura se muestran las frecuencias de respuestas obtenidas al aplicar el ISBG según la edad (A) y el sexo biológico (B) de los individuos evaluados. Como se puede observar, el mayor porcentaje de pacientes participantes estuvo en el grupo

de 60-69 años (53 %) y fue donde se obtuvo la mayor frecuencia de autopercepción regular (49,3 %). Además, el porcentaje más elevado de pacientes con buena autopercepción de salud bucal se encontró en el grupo de 70-79 años (9,3 %).

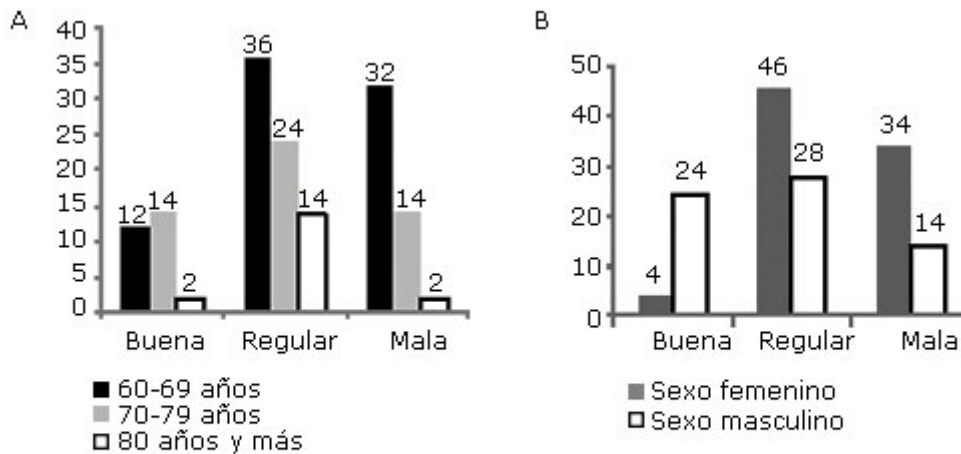


Fig. Distribución de las frecuencias absolutas de pacientes según la edad (A) y el sexo biológico (B), en correspondencia con el tipo de autopercepción obtenido al aplicar el ISBG.

Como los puntos de corte estuvieron tan bajos y estrictos, al unir los porcentajes de buena y regular autopercepción se obtuvo un 68 % (102 pacientes) que como vemos supera y duplica el 32,0 % que representan los pacientes con autopercepción mala. A estos resultados se les practicó una prueba de chi cuadrado de Pearson; se obtuvo que existe asociación entre la edad y la autopercepción de salud bucal con respecto al uso de este tipo de prótesis ($p= 0,0002$; $IC_{95\%}[0,23; 0,50]$).

En esta investigación, el 56 % correspondió a mujeres (Fig., B), y de ese grupo la mayoría manifestó una autopercepción de salud bucal regular (54 %); sin embargo, el mayor porcentaje de pacientes con mala autopercepción se obtuvo también en este grupo (22 %). Los individuos del sexo masculino fueron quienes tuvieron una mayor frecuencia de respuestas que coincidieron con una autopercepción buena (16 %). Al aplicarle a estos resultados la prueba chi cuadrado de Pearson, se demostró que existe asociación entre estas dos variables ($p < 0,05$; $IC_{95\%} [0,10; 0,13]$).

La distribución de las frecuencias autopercepción de su salud bucal y el nivel de escolaridad terminado de los pacientes se muestra en la tabla 1. La tercera parte tuvo un nivel escolar de secundaria y entre estos los que tuvieron autopercepción regular fueron los más representados entre todos los pacientes, quienes ocuparon la quinta parte del total.

Tabla 1. Distribución de frecuencias de pacientes según autopercepción en interacción con el grado de escolaridad, una vez aplicado el ISBG

| Escolaridad | Autopercepción | | | | | | | |
|------------------|----------------|------|---------|------|------|------|-------|-------|
| | Buena | | Regular | | Mala | | Total | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Primaria | 8 | 5,3 | 16 | 10,7 | 10 | 6,7 | 34 | 22,7 |
| Secundaria | 8 | 5,3 | 30 | 20,0 | 8 | 5,3 | 46 | 30,7 |
| Preuniversitario | 8 | 5,3 | 20 | 13,4 | 16 | 10,7 | 44 | 29,3 |
| Universitario | 4 | 2,7 | 8 | 5,3 | 14 | 9,3 | 26 | 17,3 |
| Total | 28 | 18,7 | 74 | 49,3 | 48 | 32,0 | 150 | 100,0 |

$$p = 0,0568; \text{gl} = 6; \chi^2 = 12,2435; \text{IC}_{95\%}[-0,07; 0,17].$$

Entre los que tuvieron mayor frecuencia de autopercepción mala (tabla 1) están los individuos con nivel de escolaridad preuniversitario y universitario. Entre ambos grupos sumaron aproximadamente el 19 %. En menos del 20 % se constató autopercepción buena, y la frecuencia más baja se observó entre los de nivel universitario, la cual fue inferior al 3 %. A través de la prueba chi cuadrado se pudo demostrar que las diferencias encontradas no tuvieron significación estadística ($p > 0,05$; $\text{IC}_{95\%}[-0,07; 0,17]$), indicativo de que el grado de escolaridad en esta muestra no influyó en la autopercepción de la salud bucal.

Por su parte, en la tabla 2, se muestra la distribución de los pacientes según su autopercepción de salud bucal en interacción con el tipo de prótesis superior, inferior o ambas, que usaban en el momento de la investigación. Los más representados, alrededor del 50 %, fueron los pacientes que portaban ambas prótesis, mientras que los que tenían solo la inferior no superaron el 11 %.

Tabla 2. Distribución de pacientes según autopercepción y tipo de prótesis

| Tipo de prótesis | Autopercepción | | | | | | | |
|------------------|----------------|------|---------|------|------|------|-------|-------|
| | Buena | | Regular | | Mala | | Total | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Ambas | 20 | 13,3 | 46 | 30,6 | 14 | 9,3 | 80 | 53,3 |
| Superior | 8 | 5,8 | 20 | 13,3 | 26 | 17,3 | 54 | 36,0 |
| Inferior | 0 | 0,0 | 8 | 5,3 | 8 | 5,3 | 16 | 10,7 |
| Total | 28 | 18,7 | 74 | 49,3 | 48 | 32,0 | 150 | 100,0 |

$$p = 0,0007; \text{gl} = 4; \chi^2 = 19,1495; \text{IC}_{95\%}[0,03; 0,52].$$

Del total de pacientes, la mitad tuvo autopercepción regular y dentro de estos el 62 % tenía prótesis en ambas arcadas. No se registró ningún individuo con prótesis inferior que refirió tener autopercepción buena. La prueba chi cuadrado indicó que existe significación estadística en las diferencias que se encontraron, a favor de los que usaban prótesis en ambas arcadas ($p < 0,05$; $\text{IC}_{95\%} [0,03; 0,52]$)

Más del 75 % de los pacientes reflejó haber tenido experiencia previa de prótesis, lo cual coincidió con los que fueron evaluados con mayor frecuencia de autopercepción regular (tabla 3). En este caso, como las frecuencias para la autopercepción fueron bajas, al unirlos con los que tuvieron autopercepción regular, se observó que ambos grupos constituyeron el doble de los que tuvieron autopercepción mala. Es por ello que al realizar la prueba estadística de chi cuadrado de Pearson se obtuvo que las diferencias encontradas, en la muestra estudiada, tuvieron significación estadística a favor de los que tenían experiencia previa del uso de prótesis ($p < 0,05$; $IC_{95\%} [0,24; 0,80]$).

Tabla 3. Distribución de frecuencias de pacientes según autopercepción y experiencia previa

| Experiencia previa | Autopercepción | | | | | | | |
|--------------------|----------------|------|---------|------|------|------|-------|-------|
| | Buena | | Regular | | Mala | | Total | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Sí | 16 | 10,7 | 64 | 42,7 | 38 | 25,4 | 118 | 78,7 |
| No | 12 | 8,0 | 10 | 6,6 | 10 | 6,6 | 32 | 21,3 |
| Total | 28 | 18,7 | 74 | 49,3 | 48 | 32,0 | 150 | 100,0 |

$$p = 0,0344; \text{gl} = 2; \chi^2 = 10,433; IC_{95\%} [0,24; 0,80].$$

La distribución de los pacientes según autopercepción y tiempo de uso de prótesis en años, se observa en la tabla 4, donde los pacientes con autopercepción regular y con cuatro años de uso fueron los mayoritarios, con una frecuencia aproximada del 15 %, cifra que coincidió con los los pacientes con mala autopercepción y con más de cinco años de usos de sus prótesis. Al aplicar a estos resultados la prueba chi cuadrado no se observó significación estadística entre las comparaciones realizadas, por lo que en la muestra objeto de estudio esta variable no se asocia a la autopercepción de los pacientes.

Tabla 4. Distribución de frecuencias de pacientes según autopercepción y tiempo de uso de prótesis

| Tiempo de uso en años | Autopercepción | | | | | | | |
|-----------------------|----------------|------|---------|------|------|------|-------|-------|
| | Buena | | Regular | | Mala | | Total | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| 1 | 4 | 2,6 | 10 | 6,6 | 6 | 4,0 | 20 | 13,3 |
| 2 | 4 | 2,6 | 8 | 5,4 | 4 | 2,6 | 16 | 10,7 |
| 3 | 8 | 5,4 | 16 | 10,6 | 2 | 1,3 | 26 | 17,3 |
| 4 | 6 | 4,0 | 22 | 14,7 | 12 | 8,0 | 40 | 26,7 |
| 5 | 0 | - | 4 | 2,6 | 2 | 1,3 | 6 | 4,0 |
| Más de 5 | 6 | 4,0 | 14 | 9,3 | 22 | 14,7 | 42 | 28,0 |
| Total | 28 | 18,7 | 74 | 49,3 | 48 | 32,0 | 150 | 100,0 |

$$p = 0,363; \text{gl} = 10; \chi^2 = 10,9295; IC_{95\%} [-0,05; 0,24].$$

DISCUSIÓN

En este estudio se utilizó el GOHAI para medir la autopercepción de salud bucal de los participantes debido a que es un instrumento escogido para aplicar a ancianos; es corto, además de las facilidades de respuestas, le ofrece una mayor importancia a la función física, al dolor e incomodidad que son factores de impacto más inmediatos y comunes de enfermedades bucales.¹⁶⁻¹⁸

Los resultados obtenidos en la presente investigación coinciden con los expuestos por *Duque* y otros,¹⁹ quienes encontraron diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres que pueden ser explicadas desde una perspectiva de género pues la percepción sobre el impacto negativo en la calidad de vida derivado de problemas bucales, ocurre dentro de contextos sociales, económicos, culturales e históricos específicos. Además, otros autores refieren que por generaciones las mujeres han vivido en un rol cultural que ha exigido de ellas la responsabilidad del cuidado familiar, lo que a su vez ha incentivado el autocuidado.²⁰ Un estudio realizado en población adulta mayor, muestra cómo las mujeres reportan mayores niveles de preocupación, dolor y otros síntomas bucales cuando se aplican encuestas subjetivas de salud bucal.²¹

Coincidentes con nuestros resultados, se encuentran los obtenidos por *Wu* y otros,²² quienes demostraron que las mujeres son las que con mayor frecuencia se encuentran más satisfechas con la rehabilitación protésica respecto a los hombres, las que representan el 58 % de los 193 pacientes de Taiguán incluidos en ese estudio. Por otra parte, también obtuvieron relación entre las edades superiores a 65 años con la mejor autopercepción de salud bucal, expresada por una buena capacidad para la masticación de alimentos duros. Sin embargo, *John*,²³ observó diferencias entre ligeras a moderadas en los puntajes del ISBG entre el género y los grupos de edades, con cambios más marcados entre las mujeres y los de menor edad con dentaduras removibles. *Napankangas* y otros,²⁴ obtuvieron en su estudio que las mujeres tuvieron mejor autopercepción (8 %) respecto a los hombres (4,8 %), todos rehabilitados protésicamente. Estos hallazgos también coinciden con los expuestos por *Tsakos* y otros,²⁵ en el Reino Unido, quienes plantean que existe una asociación entre la salud bucal y la presencia de rehabilitación protésica en pacientes edentes.

De Marchi y otros,²⁶ plantean que el desdentamiento sin rehabilitación protésica se asocia la imposibilidad de triturar adecuadamente algunos alimentos, como son frutas, vegetales y otros de consistencia dura. Por lo que van a tener una mejor autopercepción aquellos que han usado prótesis previamente y han sido rehabilitados completamente.⁹

En Cuba, la rehabilitación protésica de un paciente es a través del uso de aparatologías construidas con diferentes materiales, fundamentalmente el acrílico. Esto conlleva una serie de cambios tisulares locales y sistémicos, que en un período se traduce en todo un proceso adaptativo, del cual dependerá el éxito o no del tratamiento.²⁷ Quizás por ello es que en el presente estudio no se encontró relación entre el tiempo de uso y una buena o regular autopercepción, pues en su mayoría habían tenido problemas en dicho proceso de adaptación a pesar de los años de uso.

En este orden de ideas, *Gutiérrez*,²⁸ plantea que es necesario incentivar el trabajo educativo en pacientes ancianos portadores de prótesis y que este tiene que estar encaminado no solo a instruir o dar conocimientos, sino a lograr una motivación como vía de alcanzar cambios en sus actitudes y comportamientos. Con esto se logra que los adultos mayores apliquen lo que aprenden de las charlas con vistas a reforzar las actitudes positivas y eliminar las actitudes negativas.

Además, *Gutiérrez* y otros¹³ demostraron que con el tiempo prolongado de uso de prótesis se incrementan las lesiones bucales, y que esto se debe fundamentalmente a la falta de períodos de descanso, con prevaencia de su uso permanente, lo cual influye negativamente en la autopercepción de los pacientes de su salud bucal. Sin embargo, hay otros pacientes que, pese a las deficiencias que pueda tener la prótesis, continúan usándola por mucho tiempo, pero no lo harán cómodamente y tampoco estarán totalmente satisfechos con los resultados del tratamiento.²⁹

Oliveira y otros³⁰ coinciden con los hallazgos obtenidos en la presente investigación, pues ellos demostraron que el tiempo de uso no influye en la calidad de vida pues al evaluar esta a los dos meses y dos años, respectivamente, no se observaron diferencias significativas entre los puntajes del ISBG.

En conclusión, la rehabilitación con prótesis parcial removible acrílica influye positivamente en la autopercepción de salud bucal de los adultos mayores; los factores que más se asocian con esta son el incremento de la edad inferior a 80 años, el sexo masculino, la rehabilitación con prótesis superior e inferior a la vez y las experiencias previas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Locker D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: Slade GD, editor. *Measuring oral health and quality of life*. North Carolina: Chapel Hill University of North Carolina. Dental Ecology; 1997. p. 11-23.
2. Correia L, Prado RR, Batista TJ, Ferraz R. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(6):1101-10.
3. Souza RF, Leles CR, Guyatt GH. Exploratory factor analysis of the Brazilian OHIP for edentulous subjects. *J Oral Rehabil*. 2010;37:202-8.
4. Critchlow SB, Ellis JS. Prognostic indicators for conventional complete denture therapy: A review of the literature. *J Dent*. 2010;38(1):2-9.
5. de Souza RF, Terada AS, Vecchia M, Regis RR, Zanini AP, Compagnoni MA. Validation of the Brazilian versions of two inventories for measuring oral health-related quality of life of edentulous subjects. *Gerodontology*. 2012;29(2):e88-e95.
6. Divaris K, Ntounis A, Marinis A, Polyzois G, Polychronopoulou A. Loss of natural dentition: multi-level effects among a geriatric population. *Gerodontology*. 2012;29(3):192-9.
7. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res*. 2011;90(11):1264-70.
8. Rodakowska E, Mierzyńska K, Jamiołkowski J. Quality of life measured by OHIP-14 and GOHAI in elderly people from Białystok, north-east Poland. *BMC Oral Health* [Internet]. 2014 [cited 2014 Nov 6];14:106-14. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/14/106>
9. Dable R, Nazirkar G, Singh S, Wasnik P. Assessment of Oral Health Related Quality of Life Among Completely Edentulous Patients in Western India by Using GOHAI. *J Clin Diagn Res*. 2013;7(9):2063-67.

10. Sánchez LM, González U, Alern A, Bacallao J. Calidad de vida psíquica y estado de salud física en el adulto mayor. Rev Haban. Cienc. Méd [Internet]. 2014 Abr [citado 3 Oct 2014]; 13(2):337-49. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000200017&lng=es
11. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico 2014. La Habana: MINSAP; 2015.
12. Braine T. More oral health care needed for ageing populations. Bull World Health Organ. 2005;83:646-7.
13. Gutiérrez M, Sánchez Y, Castillo Y. Lesiones en la mucosa oral de pacientes mayores de 60 años y portadores de prótesis. CCM [Internet]. 2013 Dic [citado 13 Nov 2014];17(4):452-60. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400005&lng=es
14. Santana JC. Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
15. Atchinson KA, Dolan TA. Development on the geriatric bucal health assessment index. Journal Dental Education. 1990;54(11):680-6.
16. Hassel AJ, Steuker B, Rolko C, Keller L, Rammelsberg P, Nitschke I. Oral health-related quality of life of elderly Germans-comparison of GOHAI and OHIP-14. Community Dent Health. 2010;27(4):242-7.
17. Habashneh RA, Khader YS, Salameh S. Use of the Arabic version of Oral Health Impact Profile-14 to evaluate the impact of periodontal disease on oral health-related quality of life among Jordanian adults. J Oral Sci. 2012;54(1):113-20.
18. Hassel AJ, Danner D, Schmitt M, Nitschke I, Rammelsberg P, Wahl HW. Oral health-related quality of life is linked with subjective well-being and depression in early old age. Clin Oral Investig. 2011;15(5):691-7.
19. Duque VE, Tamayo J, Echeverri PA, Gutiérrez AY, Sepulveda D, Giraldo O, et al. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. Rev CES Odont. 2013;26(1):10-23.
20. Borrell C, Artazcoz L. Inequalities gender on health: challenges for the future. Rev Esp Salud Publica. 2008;82(3):245-9.
21. Olmedo M, Ramírez J, Sánchez MA, Guisado R, Villaverde C. Envejecimiento y calidad de vida en una sociedad multicultural. Factores a considerar. Scientia. 2010;15(2):135-52.
22. Wu JH, Yang YH, Wang CH, Lee HE, Du JK. Effects of denture maintenance on satisfaction levels of Taiwanese elderly using removable partial dentures: a pilot study. Gerodontology. 2012;29(2):e458-e63.
23. John MT, Koepsell TD, Hujoel P, Miglioretti DL, LeResche L, Micheelis W. Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life. Community Dent Oral Epidemiol. 2004;32(2):125-32.

24. Napankangas R, Haikola B, Oikarinen K, Soderholm AL, Remes-Lyly T, Sipila K. Prevalence of single crowns and fixed partial dentures in elderly citizens in the southern and northern parts of Finland. *Journal of Oral Rehabilitation*, 2011;38(5):328-32.
25. Tsakos G, Steele JG, Marcenés W. Clinical correlates of oral health-related quality of life: evidence from a national sample of British older people. *Eur J Oral Sci*. 2006;114(5):391-5.
26. de Marchi RJ, Hugo FN, Padilha DM, Hilgert JB, Machado DB, Durgante PC, et al. Edentulism, use of dentures and consumption of fruit and vegetables in south Brazilian community-dwelling elderly. *J Oral Rehab*. 2011;38(7):533-40.
27. Gispert EA, Castell-Florit P, Herrera M. Salud con todos para el bienestar de todos: una necesidad apremiante. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2011 Sep [citado 24 Feb 2016];48(3):194-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000300001&lng=es
28. Gutiérrez BL. Intervención educativa sobre actitud ante el dolor en pacientes geriátricos en prótesis. *Rev Ciencias Médicas*. [Internet]. 2014 Abr [citado 13 Nov 2014]; 18(2):244-55. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000200008&lng=es
29. Lemus LM, Triana K, del Valle O, Fuertes L, Sáez R. Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. *Rev Cubana Estomatol*. 2009 [citado 18 sep 2013];46(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v46n1/est03109.pdf>
30. Oliveira A, Martins LM, Luz AR, Giuseppe A, Aguiar B, da Fonte A. Impact on quality of life of removable partial denture wearers after 2 years of use. *Brazilian Journal of Oral Science*. 2011;10(1):50-4.

Recibido: 8 de enero de 2015.

Aprobado: 8 de abril de 2016.

Marcilia Rodríguez Fuentes . Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba. Correo electrónico: marcilia@infomed.sld.cu