



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

TRABAJO FIN DE MÁSTER

DEPRESIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD ORAL EN
ADULTOS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS. ESTUDIO
PILOTO.

Alumna: Carmen Esperanza Abregú Flores.

Director: Prof. José M^a Martínez-González



MÁSTER EN: CIENCIAS ODONTOLÓGICAS

COMPROMISO DEONTOLÓGICO PARA LA ELABORACIÓN, REDACCIÓN Y POSIBLE PUBLICACIÓN DEL TRABAJO DE FIN DE MÁSTER (TFM)

CENTRO: Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid.

ESTUDIANTE DE MÁSTER: Máster Oficial en Ciencias Odontológicas

TUTOR/ES DEL TFM: José María Martínez González

TÍTULO DEL TFM: "Depresión y su influencia en la salud oral en Adultos Mayores no institucionalizados"

FECHA DE PRIMERA MATRÍCULA: 2018-19

FECHA DE SEGUNDA MATRÍCULA (en caso de producirse): (2020-21)

1. Objeto

El presente documento constituye un compromiso entre el estudiante matriculado en el Máster en Máster Oficial en Ciencias Odontológicas y su Tutor/es y en el que se fijan las funciones de supervisión del citado trabajo de fin de máster (TFM), los derechos y obligaciones del estudiante y de su/s profesor/es tutor/es del TFM y en donde se especifican el procedimiento de resolución de potenciales conflictos, así como los aspectos relativos a los derechos de propiedad intelectual o industrial que se puedan generar durante el desarrollo de su TFM.

2. Colaboración mutua

El/los tutor/es del TFM y el autor del mismo, en el ámbito de las funciones que a cada uno corresponden, se comprometen a establecer unas condiciones de colaboración que permitan la realización de este trabajo y, finalmente, su defensa de acuerdo con los procedimientos y los plazos que estén establecidos al respecto en la normativa vigente.

3. Normativa

Los firmantes del presente compromiso declaran conocer la normativa vigente reguladora para la realización y defensa de los TFM y aceptan las disposiciones contenidas en la misma.

4. Obligaciones del estudiante de Máster

- Elaborar, consensuado con el/los Tutor/es del TFM un cronograma detallado de trabajo que abarque el tiempo total de realización del mismo hasta su lectura.
- Informar regularmente al Tutor/es del TFM de la evolución de su trabajo, los problemas que se le planteen durante su desarrollo y los resultados obtenidos.
- Seguir las indicaciones que, sobre la realización y seguimiento de las actividades formativas y la labor de investigación, le hagan su tutor/es del TFM.
- Velar por el correcto uso de las instalaciones y materiales que se le faciliten por parte de la Universidad Complutense con el objeto de llevar a cabo su actividad de trabajo, estudio e investigación.

5. Obligaciones del tutor/es del TFM

- Supervisar las actividades formativas que desarrolle el estudiante; así como desempeñar todas las funciones que le sean propias, desde el momento de la aceptación de la tutorización hasta su defensa pública.
- Facilitar al estudiante la orientación y el asesoramiento que necesite.

6. Buenas prácticas

El estudiante y el tutor/es del TFM se comprometen a seguir, en todo momento, prácticas de trabajo seguras, conforme a la legislación actual, incluida la adopción de medidas necesarias en materia de salud, seguridad y prevención de riesgos laborales.

También se comprometen a evitar la copia total o parcial no autorizada de una obra ajena presentándola como propia tanto en el TFM como en las obras o los documentos literarios, científicos o artísticos que se generen como resultado del mismo. Para tal, el estudiante firmará la Declaración de No Plagio del ANEXO I, que será incluido como primera página de su TFM.

7. Procedimiento de resolución de conflictos académicos

En el caso de producirse algún conflicto derivado del incumplimiento de alguno de los extremos a los que se extiende el presente compromiso a lo largo del desarrollo de su TFM, incluyéndose la posibilidad de modificación del nombramiento del

tutor/es, la coordinación del máster buscará una solución consensuada que pueda ser aceptada por las partes en conflicto. En ningún caso el estudiante podrá cambiar de Tutor directamente sin informar a su antiguo Tutor y sin solicitarlo oficialmente a la Coordinación del Máster.

En el caso de que el conflicto persista se gestionará según lo previsto en el SGIC de la memoria verificada.

8. Confidencialidad

El estudiante que desarrolla un TFM dentro de un Grupo de Investigación de la Universidad Complutense, o en una investigación propia del Tutor, que tenga ya una trayectoria demostrada, o utilizando datos de una empresa/organismo o entidad ajenos a la Universidad Complutense de Madrid, se compromete a mantener en secreto todos los datos e informaciones de carácter confidencial que el Tutor/es del TFM o de cualquier otro miembro del equipo investigador en que esté integrado le proporcionen así como a emplear la información obtenida, exclusivamente, en la realización de su TFM.

Asimismo, el estudiante no revelará ni transferirá a terceros, ni siquiera en los casos de cambio en la tutela del TFM, información del trabajo, ni materiales producto de la investigación, propia o del grupo, en que haya participado sin haber obtenido, de forma expresa y por escrito, la autorización correspondiente del anterior Tutor del TFM.

9. Propiedad intelectual e industrial

Cuando la aportación pueda ser considerada original o sustancial el estudiante que ha elaborado el TFM será reconocido como cotitular de los derechos de propiedad intelectual o industrial que le pudieran corresponder de acuerdo con la legislación vigente.

10. Periodo de Vigencia

Este compromiso entrará en vigor en el momento de su firma y finalizará por alguno de los siguientes supuestos:


- Cuando el estudiante haya defendido su TFM.
- Cuando el estudiante sea dado de baja en el Máster en el que fue admitido.
- Cuando el estudiante haya presentado renuncia escrita a continuar su TFM.
- En caso de incumplimiento de alguna de las cláusulas previstas en el presente documento o en la normativa reguladora de los Estudios de Posgrado de la Universidad Complutense.

La superación académica por parte del estudiante no supone la pérdida de los derechos y obligaciones intelectuales que marque la Ley de Propiedad Intelectual para ambas partes, por lo que mantendrá los derechos de propiedad intelectual sobre



su trabajo, pero seguirá obligado por el compromiso de confidencialidad respecto a los proyectos e información inédita del tutor.

Firmado en Madrid, a 26 de Julio de 2021

<p>El estudiante de Máster</p>  <p>Fdo.:</p>	<p>El Tutor/es</p> <p>Fdo.:</p>
--	---------------------------------

SR. COORDINADOR DEL MÁSTER EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS

ANEXO I: DECLARACIÓN DE NO PLAGIO

D./Dña. Carmen Esperanza Abregú Flores
con NIF _____, estudiante de Máster en la Facultad de
Odontología _____ de la Universidad Complutense de Madrid en el
curso 2020 -2021, como autor/a del trabajo de fin de máster titulado
"Depresión y su influencia en la salud oral en Adultos Mayores
no institucionalizados"

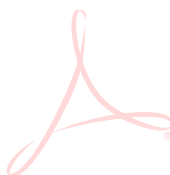
y presentado para la obtención del título correspondiente, cuyo/s tutor/ es/son:

Dr. José María Martínez González

DECLARO QUE:

El trabajo de fin de máster que presento está elaborado por mí y es original. No copio, ni utilizo ideas, formulaciones, citas integrales e ilustraciones de cualquier obra, artículo, memoria, o documento (en versión impresa o electrónica), sin mencionar de forma clara y estricta su origen, tanto en el cuerpo del texto como en la bibliografía. Así mismo declaro que los datos son veraces y que no he hecho uso de información no autorizada de cualquier fuente escrita de otra persona o de cualquier otra fuente. De igual manera, soy plenamente consciente de que el hecho de no respetar estos extremos es objeto de sanciones universitarias y/o de otro orden.

En Madrid, a 26 de Julio de 20 21



Fdo.:

Esta DECLARACIÓN debe ser insertada en primera página de todos los trabajos fin de máster conducentes a la obtención del Título.



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. Facultad de Odontología

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER
VISTO BUENO DEL TUTOR
MASTER OFICIAL EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS

El profesor/a tutor

Nombre y apellidos:	José M ^a Martínez González
---------------------	---------------------------------------

del alumno/a

Nombre y apellidos	Carmen Esperanza Abregú Flores
--------------------	--------------------------------

encuadrado en la línea de investigación

Terapéuticas farmacológicas en Cirugía Bucal
--

DA EL VISTO BUENO

para que el Trabajo de Fin de Máster titulado

Depresión y su influencia en la salud oral en adultos mayores no institucionalizados
--

sea admitido para su defensa ante Tribunal.

En Madrid, a 26 de julio de 2021.

Fdo: el profesor/a



El presente Visto Bueno se debe acompañar del Trabajo de Investigación en formato electrónico y tres copias en papel

A mi amado esposo Wagner,
por siempre, en honor a su memoria,
gracias por todo tu apoyo incondicional
en 30 años de unión y a mis tres amados hijos,
sin ellos no hubiese sido posible este gran paso.

Agradecimientos

Expresar en estas líneas mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que han colaborado en la realización de este Trabajo Fin de Máster (TFM), muy especialmente a mi director Dr. José María Martínez González. Por su magnífica orientación, seguimiento supervisión, motivación, paciencia, experiencia y conocimientos compartidos.

Un agradecimiento al Dr. Pedro Ruíz Sáenz, por su apoyo desinteresado, amabilidad, paciencia y disposición, mis más sinceras gracias.

A mi maestra y motivadora Dra. María Inés Castro Hurtado, por animarme a seguir con mi preparación académica.

A todos mis profesores del Máster en Ciencias Odontológicas, por haber compartido desinteresadamente sus conocimientos, muchas gracias.

Al personal de apoyo tecnológico, estadístico y administrativo que sin ellos no sería posible este logro. La unión de equipos multidisciplinares da como resultado un trabajo camino a la excelencia.

A mis colegas integrantes de la Asociación de Odontología Preventiva y Social, en especial a la Dra. Rosa Ana Melgar Hermoza y Dra. Roxana Revoredo Morote, por su amistad desinteresada y por los ánimos que me dan día a día.

Y a mis amados padres Luis y Amalia que siempre me enseñaron el amor por el conocimiento y a mis 11 hermanos que siempre están cuando más los necesito.

ÍNDICE

I-ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL	1
II.- JUSTIFICACIÓN.....	5
III.-HIPÓTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS	7
IV.-INTRODUCCIÓN.....	9
V. – PACIENTES Y MÉTODO.....	16
V.1.- DISEÑO DEL ESTUDIO.....	17
V.2.- CONTEXTO	17
V.3.- CRITERIOS	18
CRITERIOS DE INCLUSIÓN:.....	18
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....	18
V.4.- CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL	18
CRONOGRAMA	22
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	23
VI.- ANÁLISIS DE RESULTADOS	24
VI.1.- ANÁLISIS DESCRIPTIVO	25
VII.-BIBLIOGRAFÍA	88
VIII.-ANEXOS Y TABLAS	102
Anexo VIII.1:	103
CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS DEL OBSERVADOR	103
Tabla VIII.1 Análisis de la variable principal	113
Tabla VIII.2 Análisis de las variables secundarias independientes.....	113
Tabla VIII.3 Análisis de las variables secundarias dependientes.....	116
AnexoVIII.2 ESCALA DE YESAVAGE	118
Anexo VIII.3.-Consentimiento informado	119

I-ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el aumento de la esperanza de vida ha incrementado la población geriátrica en el mundo y ha traído como consecuencia la aparición de enfermedades mentales como la demencia y la depresión; esta última considerada la enfermedad del presente y del futuro (1).

La depresión constituye una de las enfermedades más frecuentes e incapacitantes de la población adulta mayor (AM), siendo su frecuencia variable según el contexto, (2–5). afectando el 15 y 35 % de los adultos mayores (AM) que viven en centros de atención geriátrica (1)

Los estados depresivos a menudo no se diagnostican ni se tratan adecuadamente dando como resultado una pérdida importante de capacidad funcional de la persona convirtiendo al adulto mayor (AM) en una carga para sus familiares, cuidadores y los servicios de salud (6).

El trastorno mental más frecuente de acuerdo con el ESEMeD-España (estudio epidemiológico sobre los trastornos mentales) es el episodio depresivo mayor, que tiene una prevalencia de 3,9% por año y un 10,5% de prevalencia-vida (7) .

También está documentado que el sexo femenino constituye un factor de riesgo en el desarrollo de la depresión (8).

Los servicios de salud bucodental se enfrentan a nuevos desafíos con respecto a este grupo poblacional que requiere atenciones especializadas (9).

Muchos especialistas no les dan importancia a estos estados emocionales, porque piensan que son parte del ciclo vital. Los adultos mayores (AM) a menudo comparten esta creencia y piensan que es normal sentirse tristes y presentar este cuadro clínico (10).

La salud bucal es un elemento importante de la salud general y de la calidad de vida de los individuos (11). Las alteraciones de la cavidad bucal pueden limitar el desempeño de las actividades diarias, a nivel laboral y en el hogar (12); de ahí que el impacto psicosocial de los problemas bucales puedan perjudicar los estilos de vida de las personas. Así mismo, algunas condiciones sistémicas aumentan los factores de riesgo asociados a manifestaciones bucales que pueden presentarse en cualquier etapa de la vida, y se incrementan con la edad (13–18).

A medida que aumenta la esperanza de vida y con ella el número absoluto y relativo de personas mayores de 60 años, los servicios de salud bucodental se enfrentan a nuevos desafíos con respecto a este grupo poblacional que requiere atenciones especializadas (9).

Aunque se ha encontrado que existen algunas relaciones entre la salud bucal y la salud general, la mayor correlación entre las condiciones bucales y las enfermedades crónicas no transmisibles, son principalmente el resultado de factores de riesgo comunes (14) como la salud bucal deficiente de los adultos mayores (AM), la cual está generalmente acompañada por una mala salud general que afecta su calidad de vida (20–22).

Con respecto al proceso de envejecimiento natural de las personas, en la cavidad oral se produce una serie de cambios graduales, irreversibles y acumulativos, originando una mayor vulnerabilidad a los agentes traumáticos e infecciosos (19),

El envejecimiento se define como la acumulación de experiencias de todo tipo, incluyendo la salud general y bucal, en las que la higiene inadecuada puede favorecer la aparición de caries dental y enfermedad periodontal (EP), situaciones que, si no son tratadas de manera oportuna, pueden terminar en la pérdida dental (23–26).

En otro aspecto, los adultos mayores (AM) siguen aceptando que el deterioro bucal del aparato masticatorio es un proceso inevitable e irreversible del envejecimiento, lo que causa el descuido de su salud bucal y afecta su bienestar (27).

Existen múltiples factores como la raza, el nivel socioeconómico y la falta de tratamientos oportunos que repercuten en la salud oral y en la calidad de vida de los adultos mayores (AM) (28).

Hasta el momento relacionar los problemas de depresión y salud oral deberían proporcionar una visión sobre la afección posible de estos trastornos mentales en la condición bucal de los pacientes adultos mayores (AM). Aunque existe preocupación de algunas entidades que realizan diagnósticos en salud oral y general para brindar tratamientos oportunos que mejoren las condiciones de esta población, aun así, todavía existen múltiples carencias a nivel mundial en cuanto a la prestación de servicios de salud para esta comunidad específica (28). No existen servicios en salud oral suficientes para los adultos mayores (AM) en todo el mundo, aunque hay estrategias que se han venido implementando y se ha demostrado que la calidad humana y profesional del personal

especializado en salud oral son factores percibidos por esta población como positivos (29).

II.- JUSTIFICACIÓN

La patología depresiva en el AM presenta una prevalencia e incidencia elevadas, representando una importante carga de malestar para el paciente, para la familia y para las instituciones en donde reside. Las características con las que se presenta la enfermedad en este grupo de edad, hacen que se diagnostique poco y se trate menos (30).

Estudios longitudinales han comprobado que la presencia de síntomas depresivos en AM, se asocian con un mayor número de visitas al médico, de uso de fármacos, de utilización de servicios de urgencias y de costes globales como pacientes ambulatorios (31,32).

Aunque existe una mayor preocupación por la estética dental y la autoestima en AM, lo cual comprueba que la salud oral óptima es fundamental para mantener adecuadas condiciones de vida que permitan la integralidad de la salud en estos individuos (33,34).

La calidad de vida relacionada con la salud oral hace referencia a la autopercepción por parte del individuo de los aspectos relacionados con su salud oral, que impactan en los aspectos sociales, funcionales, psicológicos (35)

Existen pocos estudios que relacionan los estados depresivos del Adulto Mayor (AM) y el estado de su salud oral integral.

De forma concreta hay revisiones sistemáticas donde solo evalúan la autopercepción del estado de salud bucal del AM y el grado de satisfacción o adecuación a rehabilitación protésica. (36-37).

III.-HIPÓTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS

Hipótesis de Trabajo

- En los adultos mayores (AM) no institucionalizados podemos encontrar la presencia de afecciones de salud bucal relacionados a distintos estados depresivos.

Hipótesis Nula

- No existe una relación estadísticamente significativa entre la presencia de afecciones de salud bucal y los distintos estados depresivos en los AM no institucionalizados con una $p < 0.05$.

Los objetivos del presente estudio son:

Objetivos

1. Describir el estado de salud oral del AM no institucionalizado con un estado depresivo, que acude a la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid, con un estado depresivo evaluado con el Test de Yesavage.
2. Evaluar la relación que existe entre el estado depresivo del AM no institucionalizado, en cuanto a la escala de dependencia del índice de Barthel.
3. Relacionar el estado depresivo del AM no institucionalizado evaluado con el Test de Yesavage y el número de restos radiculares.
4. Relacionar el estado de salud oral del AM no institucionalizado con un estado depresivo, evaluados con el Test de Yesavage y el índice gingival modificado (IGM).
5. Relacionar la ingesta del número de fármacos y la sensación de boca seca que manifiesta el AM en estado depresivo evaluado con el Test de Yesavage.
6. Relacionar el grado de dependencia según la escala de Barthel con la sensación de boca seca en los AM no institucionalizados con estado depresivo evaluados con el Test de Yesavage.

IV.-INTRODUCCIÓN.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adulto mayor (AM) a la persona mayor de 65 años.

A partir de 1982 se introdujo el concepto de funcionalidad en este grupo etario, definiendo el estado de salud entre los envejecidos, no en términos de déficit, sino de mantenimiento de la capacidad funcional (38).

Durante el siglo pasado, la esperanza de vida aumentó tan acusadamente que en el mundo pronto se contarán más personas de edad que niños. Los AM pueden llevar una vida activa y productiva, ser útiles para sus familias y comunidades (39).

El hecho de que podamos envejecer depende de muchos factores. El ritmo del descenso está determinado, al menos en parte, por nuestro comportamiento y las cosas a las que nos exponemos a lo largo de la vida. Entre ellas cabe mencionar: lo que comemos, la actividad física que desplegamos y nuestra exposición a riesgos como el hábito de fumar, el consumo nocivo de alcohol o la exposición a sustancias tóxicas (39).

Los síntomas depresivos y de otros trastornos mentales está en aumento a nivel mundial. En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud adoptada en mayo de 2013 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales. Durante un episodio depresivo grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas si no es con grandes limitaciones (39).

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión (39).

El número de personas mayores de 65 años aumenta constantemente en casi todos los países, como resultado de la mejora en las condiciones de vida y los avances médicos en terapéutica (40).

El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial y está directamente relacionado con la disminución de la mortalidad, las tasas de fertilidad y el aumento de la esperanza de vida (41).

El aumento en el porcentaje de AM que viven más, ha aumentado proporcionalmente la necesidad de atención médica continua para este grupo de edad (42).

Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. Se pronostica que de aquí al año 2050 la cantidad de AM que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo (43).

Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural. Estos trastornos representan en la población AM un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad. (44).

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave. (45)

La depresión se caracteriza por la tristeza, el pesimismo y la pérdida de interés o placer en el desempeño de sus actividades diarias. Los AM deprimidos tienen menos probabilidades de respaldar los síntomas afectivos y más probabilidades de mostrar cambios cognitivos, síntomas somáticos y pérdida de interés que los adultos más jóvenes deprimidos. (46)

La depresión es un factor de riesgo bien establecido e importante para muchas afecciones sistémicas, incluidas la obesidad, los trastornos del sueño y las enfermedades crónicas. (47)

El acceso a los servicios de atención de salud mental para la mayoría de los AM es inadecuado, y falta coordinación de los servicios. Existe una necesidad inmediata de colaboración entre pacientes, familias, investigadores, médicos, agencias gubernamentales para mejorar el diagnóstico y el tratamiento (48).

La prevalencia de depresión es elevada y la afectación en la calidad de vida y las repercusiones sobre el cuidado de otras enfermedades, determinan su relevancia como problema de salud. En términos generales se puede ver que los trastornos depresivos

afectan entre el 10 y el 50% de los AM, con variaciones según su origen (residentes en comunidad, institucionalizados, hospitalizados, etc.). La depresión recurrente iniciada en la adultez mayor tiene una elevada comorbilidad con enfermedades neuropsiquiátricas, a la vez que la asociación con déficit cognitivo plantea dificultades en el diagnóstico y en la terapéutica, lo que queda evidenciado por la gran variabilidad en los resultados encontrados de asociación entre depresión y enfermedad de Alzheimer (49).

La depresión se ha relacionado con una mala salud bucal entre los pacientes que buscan atención dental. Sin embargo, la investigación sistemática sobre la relación entre los síntomas depresivos y la salud bucal es limitada (50).

Por lo tanto, hay poco conocimiento sobre la medida en que la angustia psicológica influye en la salud bucal en los AM. Los niveles más altos de angustia psicológica pueden influir en la salud bucal de los AM independientemente de otros factores como fumar y tener un número reducido de dientes. Los profesionales de la atención dental deben considerar evaluar a sus pacientes AM en busca de angustia psicológica e individualizar la información sobre la atención dental para esta población específica (51).

Los AM que asisten regularmente a un club social, la preocupación por la salud oral es significativamente mayor que para el resto (52).

La investigación de aspectos que permiten una calidad de vida satisfactoria entre los AM es de importancia científica y social. Los estudios de este tipo buscan establecer asociaciones entre el bienestar y el envejecimiento, contribuyendo así a la comprensión del envejecimiento y los límites del desarrollo humano (53).

Entre la población AM, la presencia de patologías de salud oral ha tenido un fuerte impacto en la calidad de vida, ya que la salud oral también está asociada con otros procesos patológicos que también afectan el mantenimiento nutricional básico. La dificultad masticatoria debido a la pérdida dental, las caries no tratadas o tratadas de manera subóptima o las infecciones periodontales pueden provocar desnutrición en las personas de edad avanzada (54–56).

La pérdida de dientes puede afectar la masticación y la elección de los alimentos, y por lo tanto puede afectar negativamente la salud sistémica (57).

La prevalencia de pérdida dental total es alta entre los AM (58).

La prevalencia de patologías de salud bucal es alta entre los AM, que se beneficiarían de una atención óptima de la salud bucal (59).

Los AM en desventaja económica y social y los discapacitados físicos tienen más probabilidades de experimentar pérdida de dientes y/o edentulismo, caries dental no tratada y enfermedades periodontales (60).

Aunque la mayoría de los AM viven independientemente en la comunidad, hay un número creciente de AM con necesidades especiales que requieren atención a largo plazo, ya sea en el hogar o en una institución. Estos AM frágiles y funcionalmente dependientes tienen importantes necesidades dentales y experimentan mayores barreras para recibir atención dental en comparación con los AM independientes (60).

La funcionalidad familiar no está relacionada con el grado de depresión, pero se documentó que la familia nuclear es un factor protector para prevenirla (61).

La depresión es un trastorno común entre los AM; Sin embargo, no es un elemento estándar del proceso de envejecimiento. Por el contrario, se observa que la mayoría de los AM están satisfechos con la vida a pesar de las enfermedades y los problemas físicos. A medida que las personas envejecen, experimentan nuevas situaciones y circunstancias como resultado de las cuales deben enfrentar, por ejemplo, la reducción o la falta de actividad vocacional, la pérdida de un compañero de vida, la necesidad de superar las barreras físicas a diario, también como barreras emocionales relacionadas con la soledad y la fugacidad de la vida. Los problemas relacionados con el insomnio, la pérdida de apetito y el funcionamiento ampliamente definido en la sociedad pueden influir negativamente en el bienestar de una persona. Un intensificado, que dura al menos 2 semanas (62).

Los síntomas periódicos que a menudo se asocian con la depresión incluyen boca seca, sensaciones anormales en la lengua, trastornos del gusto, dolor de muelas y prótesis removibles mal ajustadas (63,64).

La aparición de síntomas depresivos es mayor entre las mujeres, los AM con la peor situación económica, los que no trabajaban, los físicamente inactivos, aquellos con peor autoevaluación y aquellos con discapacidad funcional. Se debe prestar mayor atención a la identificación de síntomas depresivos en los AM y sus factores asociados para apoyar

las políticas y la planificación de intervenciones para el tratamiento y manejo de esta enfermedad a nivel colectivo (65).

Hay una prevalencia significativa de síntomas depresivos y que las variables de salud oral están asociadas con la presencia de síntomas depresivos en la población AM (66).

Los resultados de una revisión sistemática y metaanálisis muestran una asociación positiva entre la depresión y las enfermedades orales, específicamente la caries dental, la pérdida de dientes y el edentulismo, en adultos y AM. Se encontró una asociación positiva en la estimación combinada de la depresión como una variable de exposición al edentulismo. Se encontró que los individuos depresivos presentaban 1.17 veces más probabilidades de edentulismo (67).

Además de las condiciones generales de salud, las enfermedades orales también se han asociado con la depresión (68–74).

El componente biológico parece jugar un papel importante relacionado con los cambios en la inmunidad salival. Además, se ha encontrado una asociación positiva entre el crecimiento de lactobacilos y el uso de medicamentos antidepresivos cuando la caries dental se consideró como un resultado de salud oral (75, 76).

La energía y la motivación reducidas asociadas con la depresión pueden afectar la salud bucal al descuidar los procedimientos de higiene bucal, lo que aumenta el riesgo de caries dental y enfermedad periodontal, nutrición cariogénica, evitar el cuidado dental necesario y la xerostomía inducida por antidepresivos. Los pacientes con depresión informaron incidentes más frecuentes de dolor de muelas, también informaron con frecuencia masticación incómoda, así como síntomas de la articulación temporomandibular y sangrado periodontal. (77) .

Actualmente, las enfermedades que comprometen el funcionamiento del sistema nervioso central merecen atención, con énfasis en la depresión.

Muchas personas que necesitan y desean atención dental no la reciben porque se les desaconseja hacerlo principalmente debido a la escasa movilidad. Por lo tanto, se recomienda que los dentistas se incluyan en equipos multidisciplinarios que atienden a AM para que puedan ser examinados y se les dé la oportunidad de obtener atención dental. Los exámenes de rutina de las cavidades orales del AM son obligatorios, en particular para detectar lesiones precancerosas y otras mucosas tempranas (78).

Los AM perciben que la salud bucal es importante para la calidad de vida en una variedad de formas diferentes. Existen importantes variaciones sociales de clase y género que deben tenerse en cuenta al evaluar las necesidades de salud bucal de los AM (79).

Con un enfoque en la detección y prevención tempranas, los proveedores de servicios de salud, pueden mejorar la calidad de vida de esta población y ayudar a lograr un envejecimiento exitoso (80)

V. – PACIENTES Y MÉTODO

V.1.- DISEÑO DEL ESTUDIO.

Estudio de cohorte prospectivo en una población adulta mayor (AM) que acude a la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid con los posibles cuadros de depresión por diagnosticar.

El protocolo inicial fue supervisado y aprobado por el Comité de ética del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, en reunión del día 19/02/2020, acta 2.2/20, con Código Interno: 20/120-E_Tesis.

V.2.- CONTEXTO

Una de las escalas más utilizadas en la actualidad en población AM es el cuestionario Geriatric Depression Scale de Yesavage (81,82), escala también recomendada por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (83).

Se trata de una escala auto aplicable de 30 preguntas, con respuestas dicotómicas (sí/no), específicamente diseñada para la población anciana, con una elevada sensibilidad y especificidad (S=84% y E=95%) (81,82,84,85) y con una buena correlación con otras escalas clásicas utilizadas para el cribado de depresión (86). Existe una validación al castellano (87) Sheikh y Yesavage (88) propusieron posteriormente una versión abreviada de la GDS, formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) que sólo requiere de 5 a 7 minutos para ser completada, con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención que se suelen presentar en este grupo de edad, y más en los casos en que existe algún grado de alteración cognitiva. Aunque algunos autores han encontrado una correlación positiva, pero insuficiente, entre la versión corta y larga ($r= 0,66$) (89), en otros trabajos la correlación encontrada fue superior al 0,80 (89,90) y con datos de sensibilidad y especificidad equiparables entre las dos versiones (90).

Una de las ventajas del GDS, tanto en su versión de 30 preguntas, como en esta de 15, consiste en sus buenos resultados, incluso en pacientes con alteración cognitiva (Anexo2).

Con demasiada frecuencia se utilizan cuestionarios inapropiados y sobre todo no validados en nuestro medio. El hecho de poder contar con un cuestionario de la brevedad del GDS-VE, para su utilización en la práctica habitual en Atención Primaria, y que además por su sencillez pueda ser usado por todo tipo de personal sanitario, puede hacer

que el despistaje y posterior diagnóstico de depresión en los pacientes AM sea más efectivo (91).

V.3.- CRITERIOS

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

-Adultos mayores de 65 años, de ambos géneros, que acuden a la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense.

-Adultos mayores que se ubiquen en espacio y tiempo, que sean mentalmente válidos o que tengan un cuidador que ayude a responder el cuestionario GDS.

-Adultos mayores que al aplicarse la GDS, son diagnosticados con algún grado de depresión.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

-Adultos mayores con enfermedades mentales degenerativas: Alzheimer.

-Adultos mayores con enfermedades terminales.

-Adultos mayores que no son diagnosticados con depresión.

V.4.- TAMAÑO MUESTRAL

Se propuso realizar un estudio piloto, cuyo tamaño muestral fue de 50 pacientes, con la finalidad de poder implementar, según avances de este estudio.

Determinación del estado de depresión

El paciente fue informado de la toma de sus datos (Anexo 1). Las mediciones o cuestionarios de Yesavage (Anexo 2), fueron realizados por los alumnos de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid, al igual que el Anexo1.

Análisis de la variable principal

Depresión: Índice de Yesavage

Para la participación de los pacientes Adultos Mayores en este estudio, se les informó de forma verbal y por escrito, haciéndoles firmar el consentimiento informado. Se realizó el cuestionario GDS en su forma reducida y todo paciente que tuvo un resultado igual o mayor que 5, entró en el estudio. (Anexo 2)

Edad:

Se establecieron tres intervalos de edad de acuerdo a la clasificación de las Sociedades de Gerontología y Geriatria de Japón: (93)

- Prevejez: 65-74 años
- Vejez: 75-90 años
- Supervejez: >90 años

Sexo:

De acuerdo con las características físicas y a la pregunta dicotómica:

- Varón=0
- Mujer=1

Hábito tabáquico:

Se preguntó al paciente si es fumador o no y si lo es: ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? (Anexo 1º) (94-95)

Hábito alcohólico:

Se preguntó al paciente si es bebedor o no. Si fue afirmativo, preguntamos qué tipo de licor bebe y la cantidad diaria, semanal, etc. Para catalogarlo según el código de 0 a 5. (Anexo1) (96)

Número de fármacos:

Según historia médica, obtuvimos el tipo y la cantidad de medicación que ingiere diariamente. (Anexo 1) (97)

Antidepresivo

Según historial médico o con la anamnesis se determinó si toma o no algún tipo de medicación antidepresiva. (97)

Índice de masa corporal:

Para obtener el IMC, se utilizó la siguiente fórmula: $\text{Peso kg/Altura mt}^2$ (Anexo 1) (98)

Índice de Barthel:

Obtuvimos el resultado con las respuestas obtenidas al preguntar al paciente por todas las actividades que realiza diariamente. (Anexo 1) (99)

N.º de dientes:

Se obtuvo de acuerdo con el número de dientes presentes en ambas arcadas durante la exploración y la evaluación clínica de los maxilares: superior e inferior.

N.º de dientes con caries:

Según evaluación clínica. (Anexo 1) (100)

N.º de dientes con movilidad dental:

Según los criterios aplicados en la evaluación clínica. Va de 0 a 3. (Anexo 1) (101)

Índice gingival modificado:

Se valoraron las superficies mesial, bucal, palatino/lingual y distal. (Anexo VIII.1)

Tomaremos como medida los “dientes de Ramfjord.

1.6	2.1	2.4
4,4	4,1	3.6

(102)

Índice Periodontal Comunitario (IPC).

La dentición se dividió en sextantes, para cada uno de los cuales se determinó un valor. Se usó la sonda periodontal diseñada por la OMS para el IPC con extremo de bola. Ésta presenta una esfera de 0,5 mm de diámetro en el extremo, con una porción codificada de color que se extiende desde los 3,5 a los 5,5 mm. La sonda se introdujo entre el diente y la encía, lo más paralelamente posible a la superficie de la raíz, la profundidad del surco gíngivo-dentario se determinó observando el código de color o marca, a nivel del margen gingival.

Códigos y criterios:

Código 4: Bolsa patológica de 5,5 mm o más, el área negra de la sonda no se ve.

Código 3: Bolsa patológica de 3,5 a 5,5 mm o más, el área negra de la sonda se encuentra a nivel del margen gingival.

Código 2: Presencia de tártaro y/u obturaciones defectuosas.

Código 1: Sangramiento observado hasta 30 segundos después del sondaje.

Código 0: Tejidos periodontales sanos.

Los Dientes índice evaluados fueron: 16, 11, 26, 46, 31, 36. Las zonas utilizadas para el sondaje fueron distal en las superficies vestibular y punto medio de la superficie palatina/ lingual. Los sextantes fueron examinados sólo si estaban presentes 2 ó más dientes sin extracción indicada. Si el diente índice no estaba presente en el sextante examinado, los otros dientes de ese sextante fueron examinados y asignado al sextante el mayor valor.

Necesidades de Tratamiento según códigos CPI:

Código 0: Cuidados preventivos apropiados.

Código 1: Instrucción al paciente de la técnica de cepillado, uso del hilo dental; profilaxis y remoción de placa supra y subgingival.

Código 2: Instrucción al paciente sobre técnica de cepillado, uso de hilo dental, remoción de placa supra y subgingival, remoción de cálculo y corrección de factores retentivos de placa bacteriana.

Código 3: Examen periodontal minucioso de profundidad de surco (periodontograma), determinar movilidad, recesiones gingivales, problemas mucogingivales, lesiones de furca, examen radiográfico. Además de enseñanza de técnica de cepillado, uso del hilo dental, profilaxis, tartrectomía, raspaje y curetaje.

Código 4: Requiere tratamiento periodontal complejo que incluye raspado profundo, curetaje y/o cirugía periodontal. (Anexo 1) (103).

Prótesis:

Se evaluó el tipo de prótesis que porta el paciente, su adaptación, mantenimiento e higiene. (Anexo 1) (104)

Higiene bucal:

De acuerdo con el examen clínico y utilizando el índice de O’Leary para determinar si su higiene era adecuada o no, las agrupamos en tres grupos:

- Buena
- Deficiente
- Mala

(Anexo1) (105)

Frecuencia de cepillado

Se le preguntó al paciente, ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes o cepilla su (s) prótesis? (Anexo1)

Uso de irrigador dental

Se preguntó al paciente si usa el irrigador como complemento a su higiene bucal. (Anexo 1)

Sensación de boca seca:

Se preguntó al paciente adulto mayor (AM), si presentó esa sensación. (Anexo1)

CRONOGRAMA

	Diseño del Estudio	Aceptación del estudio	Mediciones	Resultados	Conclusiones
Nov.	X				
Dic.		X			
Enero			X		
Febrero			X		
Marzo			X		
Abril			X	X	
Mayo				X	X

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis de los datos registrados se realizó sobre una base de datos en Excel, realizándose en el Centro de Procesamiento de Datos y Apoyo a la Docencia e Investigación (UCM).

Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo de cada una de las variables, estableciéndose su media, desviación típica e intervalos.

Posteriormente se llevó a cabo un análisis inferencial entre las diferentes variables mediante la aplicación de las Pruebas de Chi cuadrado y la T de Student, complementándose con estudios de Correlación de Pearson y Levene para determinar si existían diferencias significativas, $p > 0.05$ (intervalo de confianza del 95%).

VI.- ANÁLISIS DE RESULTADOS

VI.1.- ANÁLISIS DESCRIPTIVO**VARIABLES CATEGORICAS****YESAVAGE**

La distribución según la escala reducida de Yesavage, del total de la muestra fue; 37 pacientes tienen según Yesavage, un grado de depresión moderada (>5-10) que representa el 74%, 13 pacientes presentan un grado de depresión severa (>10) que representa el 26%. (Tabla 1-Figuras 1.1 y 1.2)

Yesavage

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MODERADA	37	74,0	74,0	74,0
	SEVERA	13	26,0	26,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabla 1: Distribución de muestra según Escala de Yesavage.

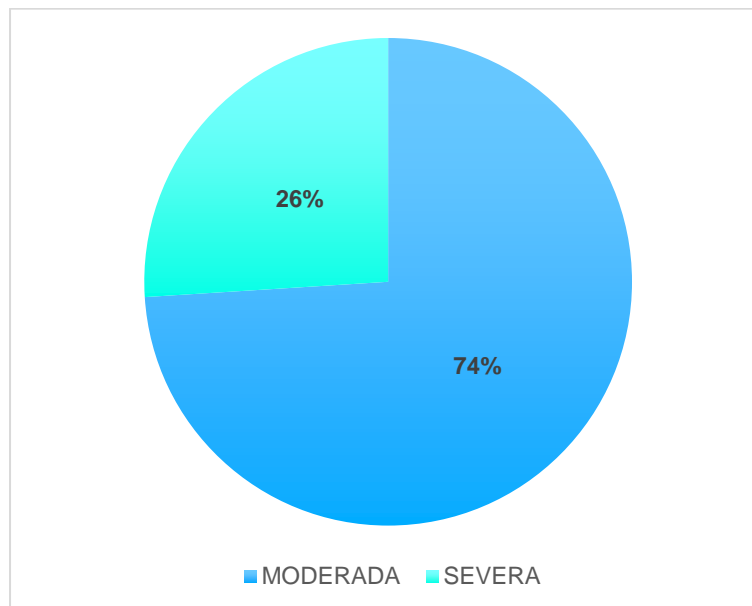


Figura 1.1.- Distribución de muestra según escala de Yesavage

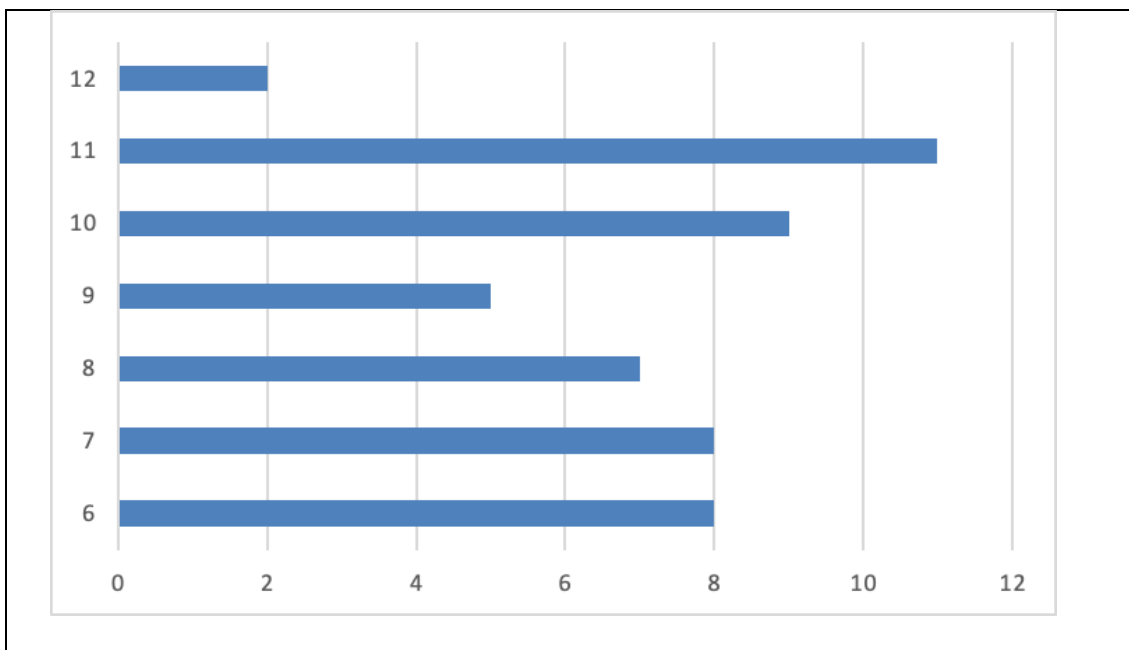


Figura 1.2.- Distribución de muestra según la escala de Yesavage

EDAD

Las edades están comprendidas entre 66 a 98 años, con una media de 84,22 años.

(Tabla 2, Figura2.)

Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
66	1	2,0	2,0	2,0
67	1	2,0	2,0	4,0
68	1	2,0	2,0	6,0
69	1	2,0	2,0	8,0
70	1	2,0	2,0	10,0
72	1	2,0	2,0	12,0
73	2	4,0	4,0	16,0
74	1	2,0	2,0	18,0
77	1	2,0	2,0	20,0
80	3	6,0	6,0	26,0

ANALISIS ESTADISTICOS

81	2	4,0	4,0	30,0
82	2	4,0	4,0	34,0
83	3	6,0	6,0	40,0
84	5	10,0	10,0	50,0
85	2	4,0	4,0	54,0
86	1	2,0	2,0	56,0
87	4	8,0	8,0	64,0
88	1	2,0	2,0	66,0
89	2	4,0	4,0	70,0
90	1	2,0	2,0	72,0
91	4	8,0	8,0	80,0
92	3	6,0	6,0	86,0
93	1	2,0	2,0	88,0
94	3	6,0	6,0	94,0
97	2	4,0	4,0	98,0
98	1	2,0	2,0	100,0

Tabla 2.- Distribución de muestra según edad.

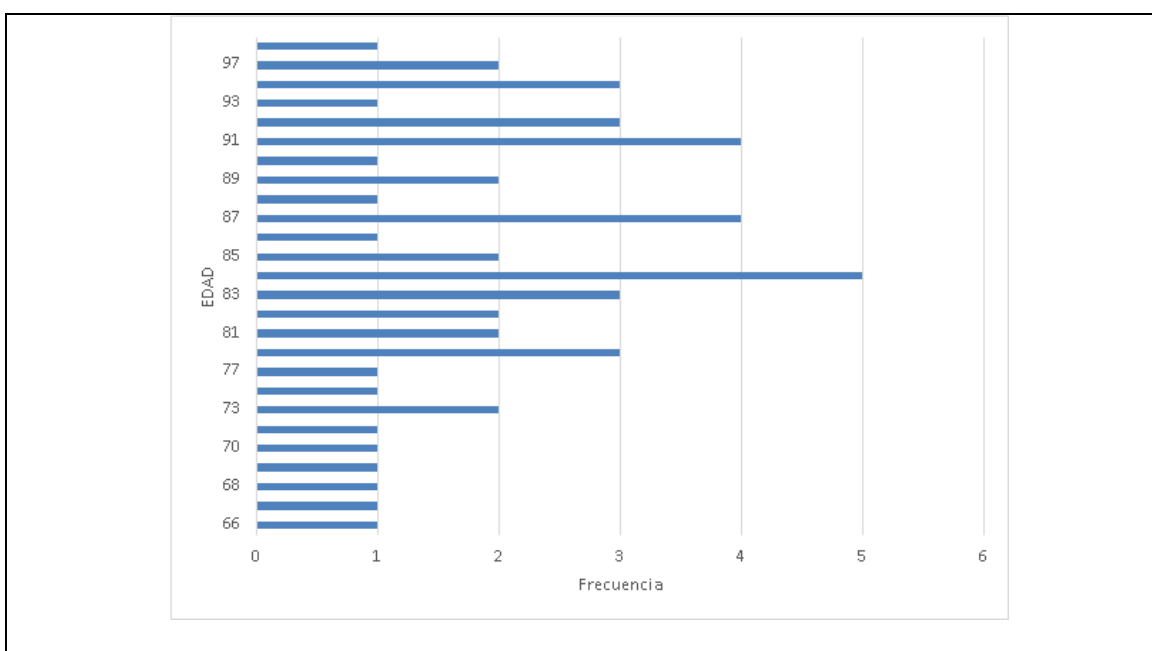


Figura 2.- Distribución de muestra según edad

SEXO

La distribución del sexo en la totalidad de la muestra del estudio fue de 17 hombres, que representa el 34% y 33 mujeres que representa el 66%. (Tabla 3 , Figura 3)

Sexo

	Frecuencia		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
HOMBRE	17		34,0	34,0	34,0
MUJER	33		66,0	66,0	100,0
Total	50		100,0	100,0	

Tabla 3.- Distribución de muestra según sexo

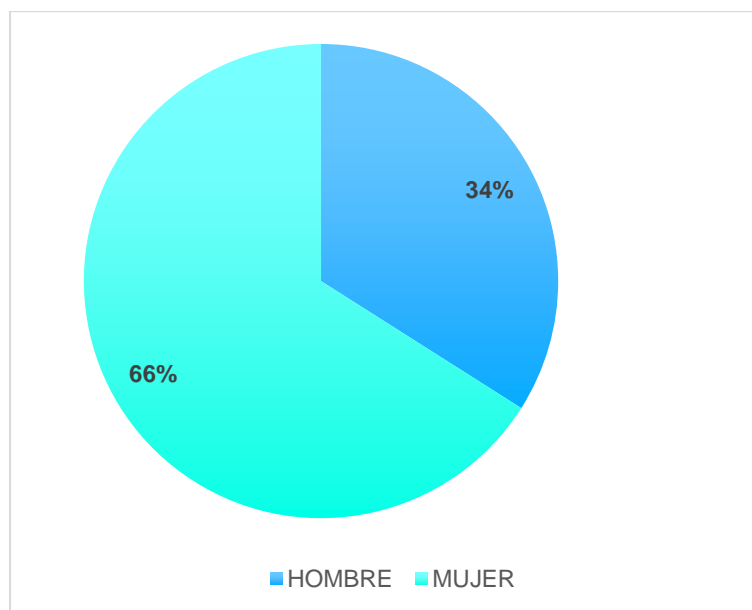


Figura 3.-Distribución de muestra según sexo.

TABACO

La distribución según el hábito tabáquico en la totalidad de la muestra de estudio fue del 36% los que no fuman, fuman menos de 10 cigarros al día el 12%, fuman de 10 a 20 cigarros al día el 2%, fuman más de 20 cigarrillos al día el 8% y son exfumadores el 42%. (Tabla 4 - Figura 4)

Tabaco

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No fuma	18	36,0	36,0	36,0
	< 10 c/día	6	12,0	12,0	48,0
	10 - 20 c/día	1	2,0	2,0	50,0
	> 20 /día	4	8,0	8,0	58,0
	Ex-fumador	21	42,0	42,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabla 4.-Distribución de muestra según el hábito tabáquico.

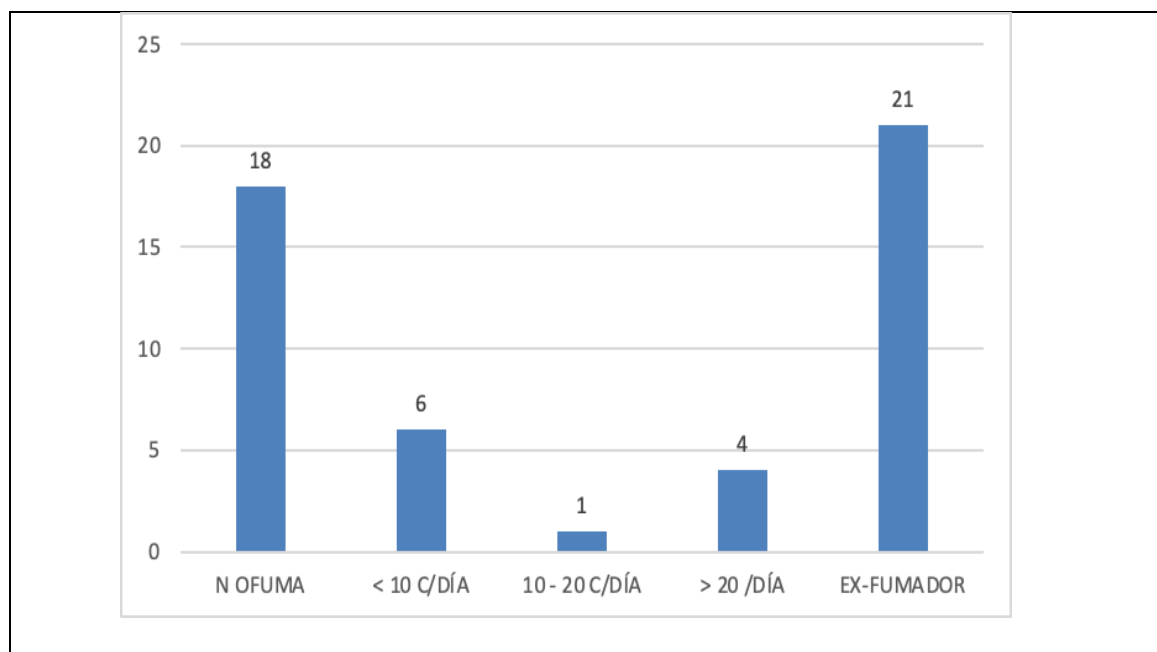


Figura 4.-Distribución de la muestra según hábito tabáquico.

ALCOHOL

La distribución según el hábito de consumir alcohol fue que 24 pacientes eran abstemios y representa el 48%, 6 pacientes bebían menos de 20-30 g de alcohol al día que representa el 12%, 5 pacientes bebían entre 30 a 50 g al día y 20 a 32 g al día respectivamente que representa el 10%, 1 paciente bebía entre 51-120g al día o entre 33 a 80 g al día que representa el 2%, 4 pacientes bebían más de 80 o 120 g de alcohol al día que representa el 8% y 10 pacientes eran ex bebedores que representa el 20%. (Tabla 5- Figura 5)

Alcohol

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Abstemio	24	48,0	48,0	48,0
	Bebe_1	6	12,0	12,0	60,0
	Bebe_2	5	10,0	10,0	70,0
	Bebe_3	1	2,0	2,0	72,0
	Bebe_4	4	8,0	8,0	80,0
	Exbebedor	10	20,0	20,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabla 5.-Distribución de la muestra según el hábito alcohólico

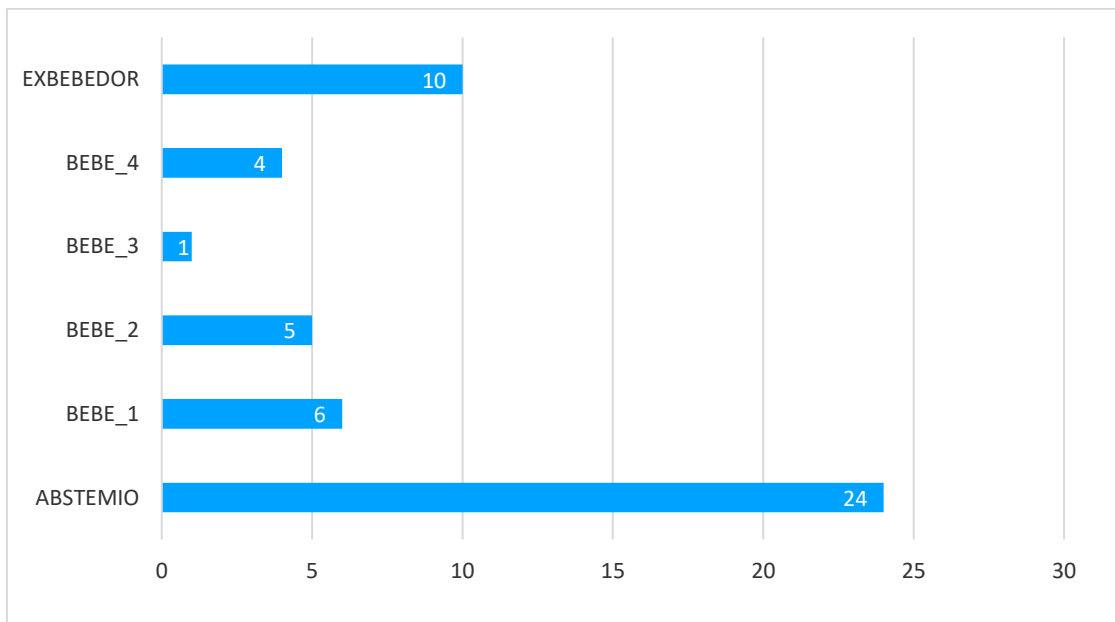


Figura 5.-Distribución de la muestra según el hábito alcohólico.

No. FARMACOS

La distribución del total de la muestra según el número de fármacos que tomaban es de 14 pacientes que ingerían menos de 6 fármacos que representa el 28%, 36 pacientes ingerían 6 o más fármacos que representa el 72% (Tabla 6- Figura 6)

Nº Fármacos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	< 6 fármacos	14	28,0	28,0	28,0
	≥ 6 fármacos	36	72,0	72,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabla 6.-Distribución de la muestra según el número de fármacos.

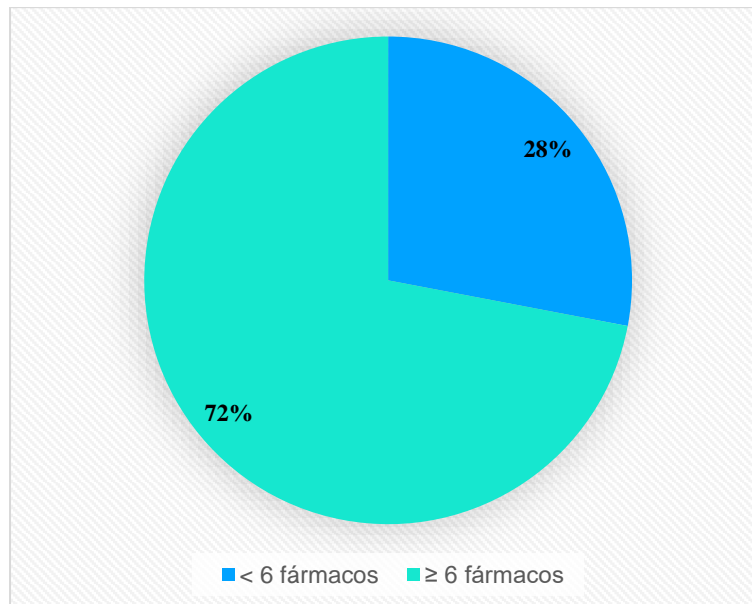


Figura 6.-Distribución de la muestra según el número de fármacos.

ANTIDEPRESIVOS

La distribución según la medicación con antidepresivos en la totalidad de la muestra de estudio es: 7 pacientes no ingieren antidepresivos que representa un 14%, 43 pacientes ingieren antidepresivos que representa un 86%. (Tabla 7. Figura 7)

Antidepresivos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	7	14,0	14,0	14,0
	SI	43	86,0	86,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabla 7.-Distribución de la muestra según medicación con antidepresivos.

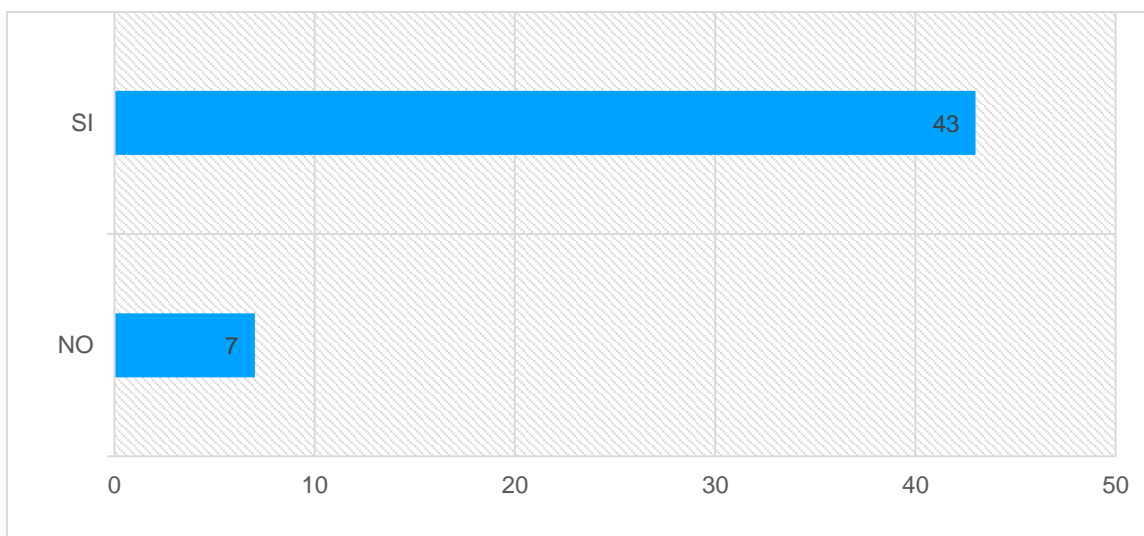


Figura 7.- Distribución de la muestra según medicación con antidepresivos.

INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

La distribución de la totalidad de la muestra consta de: 1 paciente que presentó IMC bajo que representa el 2%, 17 pacientes IMC normal que representa el 34%, 17 pacientes con sobrepeso que representa el 34% y 15 pacientes presentaron obesidad que representa el 30%. (Tabla 8, Figura 8).

IMC

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	1	2,0	2,0	2,0
	Normal	17	34,0	34,0	36,0
	Sobre Peso	17	34,0	34,0	70,0
	Obesidad	15	30,0	30,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabla 8.-Distribución de la muestra según IMC.

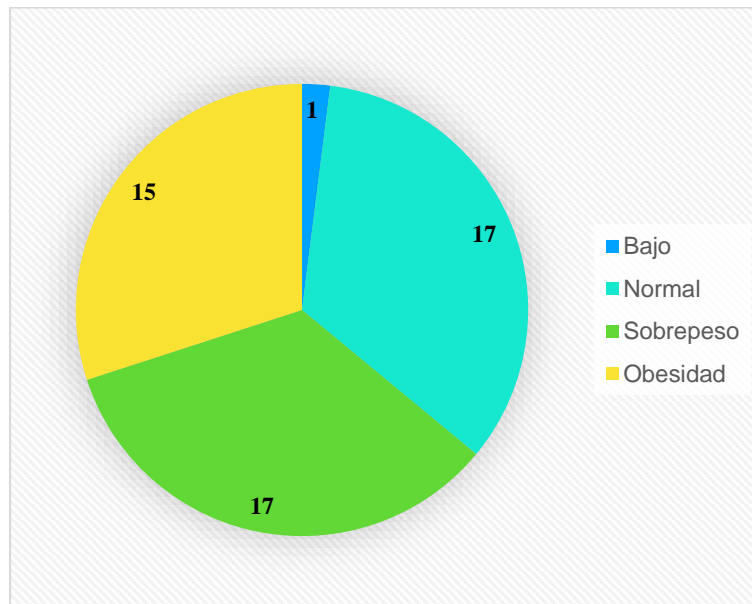


Figura 8.- Distribución de la muestra según IMC.

BARTHEL

La distribución según la escala de Barthel de la totalidad de la muestra fue que 14 pacientes tenían una dependencia total que representa el 28%, 18 pacientes tenían una dependencia severa que hacen un porcentaje del 36%, 14 pacientes tenían una dependencia moderada que hacen un porcentaje del 28%, 4 pacientes eran completamente independientes representando un porcentaje del 8%. (Tabla 9-Figura 9.1 y 9.2).

Barthel

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	4	8,0	8,0	8,0
	5	1	2,0	2,0	10,0
	10	4	8,0	8,0	18,0
	15	3	6,0	6,0	24,0
	20	2	4,0	4,0	28,0
	25	1	2,0	2,0	30,0
	30	1	2,0	2,0	32,0
	35	1	2,0	2,0	34,0
	40	3	6,0	6,0	40,0
	45	2	4,0	4,0	44,0
	50	3	6,0	6,0	50,0
	55	4	8,0	8,0	58,0
	60	3	6,0	6,0	64,0
	65	5	10,0	10,0	74,0
	75	4	8,0	8,0	82,0
	80	1	2,0	2,0	84,0
	85	2	4,0	4,0	88,0
	90	2	4,0	4,0	92,0
	100	4	8,0	8,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabla 9.-Distribución de la muestra según la Escala de Barthel.

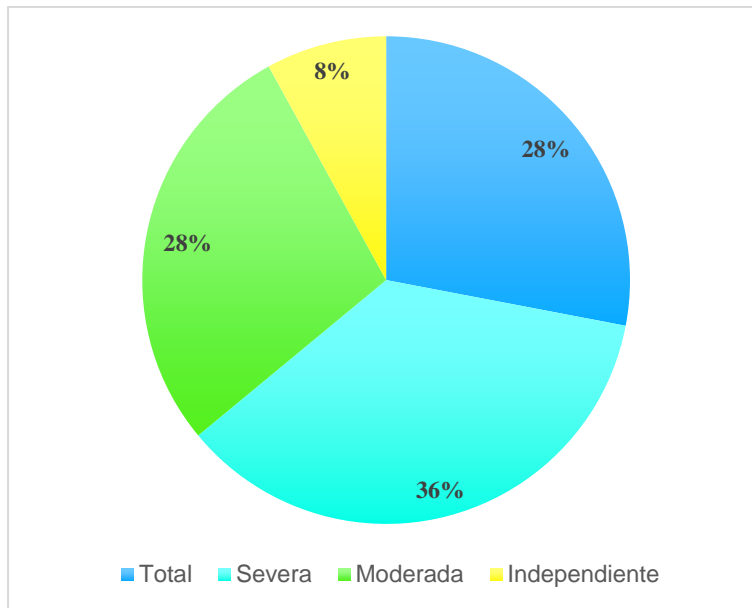


Figura 9.1.-Distribución de la muestra según la Escala de Barthel.

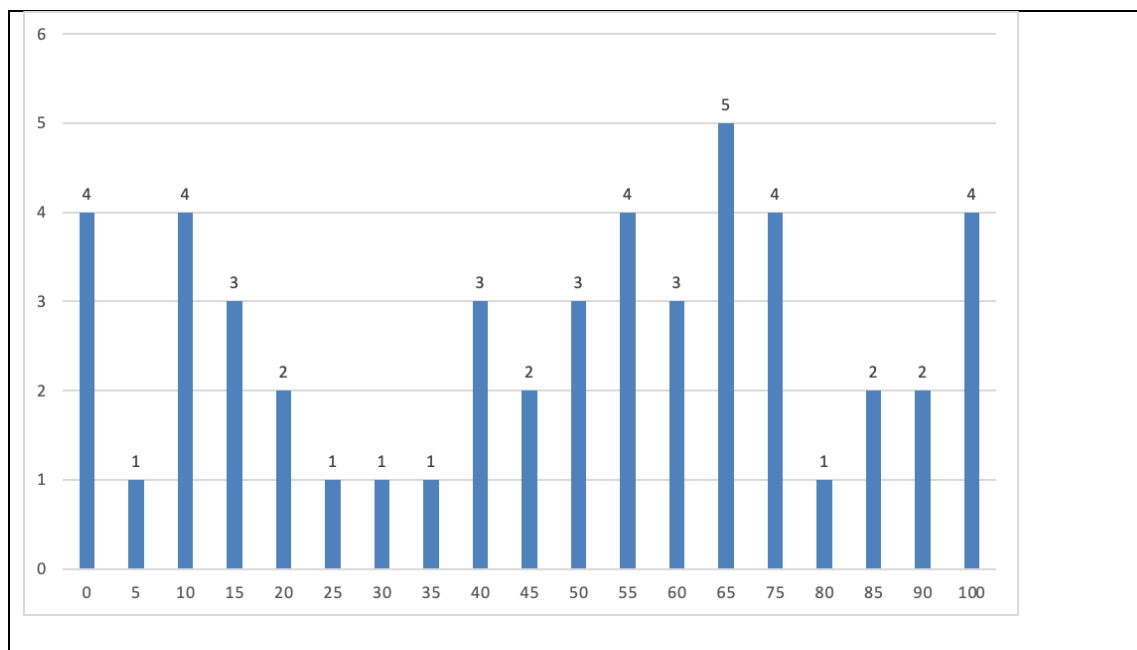


Figura 9.2.-Distribución de la muestra según la Escala de Barthel.

No. DIENTES

La distribución según la variable número de dientes fue que 8 pacientes eran edéntulos que representa un porcentaje del 16%, 4 pacientes presentaron 2 dientes que representa un porcentaje del 8%, 3 pacientes presentaron 6 dientes que representa un porcentaje del 6%, 4 pacientes presentaron 7 dientes que representa un porcentaje del 8%, 2 pacientes

ANALISIS ESTADISTICOS

presentaron 8 dientes que representa un 4% 3 pacientes presentaron 9 dientes que representa un 6%, 1 paciente presentó 10 dientes que representa un 2%, 1 paciente presentó 11 dientes que representa un 2%, 2 pacientes presentaron 12 dientes que representa un 4%, 3 pacientes presentaron 13 dientes que representa un 6%, 1 paciente presentó 14 dientes que representa un 2%, 2 pacientes presentaron 15 dientes que representa un 4%, 2 pacientes presentaron 16 dientes que representa un 4%, 2 pacientes presentaron 17 dientes que representa un 4 %, 2 pacientes presentaron 18 dientes que representa un 4%, 1 paciente presentó 20 dientes que representa un 2%, 1 paciente presentó 21 dientes que representa un 2%, 2 pacientes presentaron 22 dientes que representa un 4%, 1 paciente presentó 23 dientes que representa un 2%, 1 paciente presentó 24 dientes que representa un porcentaje del 2%, 2 pacientes presentaron 25 dientes que representa un 4%, 2 pacientes presentaron 29 dientes que representa un 4%, (Tabla 10-Figura 10)

N.º de dientes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	8	16,0	16,0	16,0
	2	4	8,0	8,0	24,0
	6	3	6,0	6,0	30,0
	7	4	8,0	8,0	38,0
	8	2	4,0	4,0	42,0
	9	3	6,0	6,0	48,0
	10	1	2,0	2,0	50,0
	11	1	2,0	2,0	52,0
	12	2	4,0	4,0	56,0
	13	3	6,0	6,0	62,0
	14	1	2,0	2,0	64,0
	15	2	4,0	4,0	68,0
	16	2	4,0	4,0	72,0
	17	2	4,0	4,0	76,0

	18	2	4,0	4,0	80,0
	20	1	2,0	2,0	82,0
	21	1	2,0	2,0	84,0
	22	2	4,0	4,0	88,0
	23	1	2,0	2,0	90,0
	24	1	2,0	2,0	92,0
	25	2	4,0	4,0	96,0
	29	2	4,0	4,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabla 10.-Distribución de la muestra según el número de dientes.

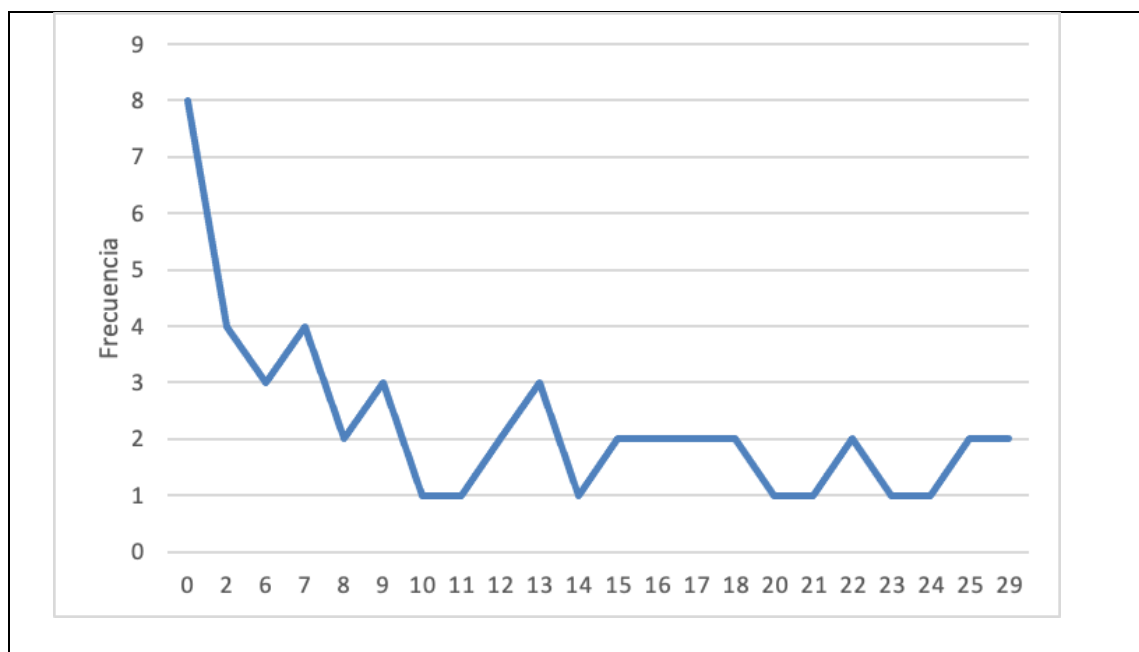


Figura 10.-Distribución de la muestra según el número de dientes.

No RR

La distribución según la variable número de remanentes radiculares del total de la muestra fue: 14 pacientes no tenían ningún RR que representa un 28%, 8 pacientes presentaron 1 RR que representa un 16%, 2 pacientes presentaron 2 RR que representa un 4%, 3 pacientes presentaron 3 RR que representa un 6%, 1 paciente presentó 4 RR que representa un 2%, 5 pacientes presentaron 5 RR que representa un 10%, 6 pacientes presentaron 6 RR que representa el 12%, 1 paciente presentó 7 RR que representa un 2%,

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

1 paciente presentó 8 RR que representa el 2%, 3 pacientes presentaron 9 RR que representa el 6%, 1 paciente presentó 11 RR que representa el 2%, 1 paciente presentó 13 RR que representa el 2%,. 1 paciente presentó 14 RR que representa el 2%, 2 pacientes presentaron 15 RR que representa el 4%, 1 paciente presentó 16 RR que representa el 2%. (Tabla 11- Figura 11)

N.º RR

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	14	28,0	28,0	28,0
	1	8	16,0	16,0	44,0
	2	2	4,0	4,0	48,0
	3	3	6,0	6,0	54,0
	4	1	2,0	2,0	56,0
	5	5	10,0	10,0	66,0
	6	6	12,0	12,0	78,0
	7	1	2,0	2,0	80,0
	8	1	2,0	2,0	82,0
	9	3	6,0	6,0	88,0
	11	1	2,0	2,0	90,0
	13	1	2,0	2,0	92,0
	14	1	2,0	2,0	94,0
	15	2	4,0	4,0	98,0
	16	1	2,0	2,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

Tabla 11.-Distribución de la muestra según el número de remanentes radiculares (RR)

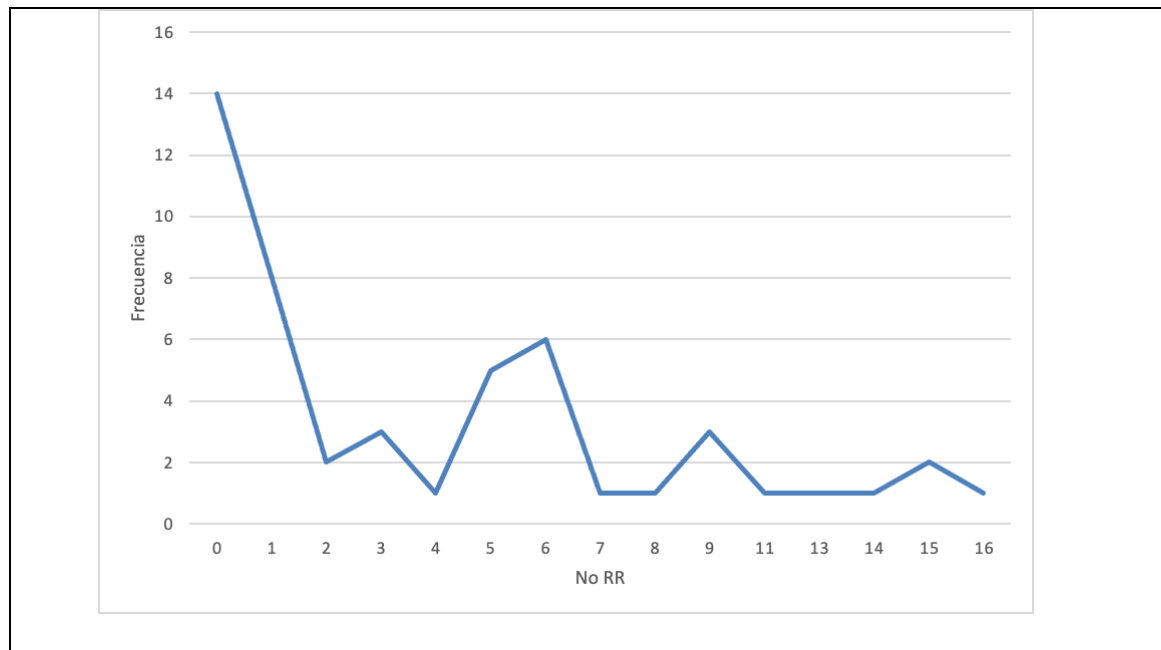


Figura 11.- Distribución de la muestra según el número de remanentes radiculares (RR)

No. DIENTES CON CARIES

Caries de esmalte:

La distribución según la variable caries de esmalte del total de la muestra fue: 28 pacientes no presentaron caries de esmalte que representa un porcentaje del 56%, 9 pacientes presentaron 1 caries de esmalte que representa el 18%, 6 pacientes presentaron 2 caries de esmalte que representa un porcentaje del 12%, 4 pacientes presentaron 3 caries de esmalte que representa un porcentaje del 8%, 3 pacientes presentaron 4 caries de esmalte representando el 6%. (Tabla 12.1-Figura 12)

Caries de esmalte-dentina:

La distribución según la variable caries de esmalte-dentina del total de la muestra fue: 24 pacientes no presentaron caries de esmalte-dentina representando un 48%, 17 pacientes presentaron 1 caries de esmalte-dentina representando un 34%, 4 pacientes tenían 2 caries de esmalte dentina representando el 8%, 3 pacientes tenían 3 caries de esmalte-dentina representando un 6%, 1 paciente tenía 4 caries de esmalte-dentina que representa el 2%, 1 paciente tenía 5 caries de esmalte-dentina que representa el 2%. (Tabla 12.2-Figura 12)

Caries de esmalte-dentina-pulpa:

La distribución según la variable caries de esmalte-dentina-pulpa del total de la muestra fue: 29 pacientes no tenían caries de esmalte-dentina-pulpa que representa un porcentaje

del 58%, 12 pacientes presentaron solo 1 caries de esmalte-dentina-pulpa que representa el 24%, 5 pacientes 2 caries de esmalte-dentina-pulpa que representa el 10%, 3 pacientes 3 caries de esmalte-dentina-pulpa que representa el 6%, 1 paciente 4 caries de esmalte-dentina-pulpa que representa el 2%.(Tabla 12.3- Figura 12)

Caries radicular:

La distribución según la variable caries radicular del total de la muestra fue: 17 pacientes no tenían caries radicular que representa el 34%, 7 pacientes tenían 1 caries radicular que representa el 14%, 7 pacientes tenían 2 caries radiculares que representa el 14%, 7 tenían 3 caries radiculares que representa el 14%, 7 tenían 4 caries radiculares que representa el 14%, 2 presentaron 5 caries radiculares que representa el 4%, 1 presentó 6 caries radiculares que representa el 2%, 2 presentaron 7 caries radiculares que representa el 4%.(Tabla 12.4-Figura12)

N.º de caries esmalte

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	0	28	56,0	56,0	56,0	
	1	9	18,0	18,0	74,0	
	2	6	12,0	12,0	86,0	
	3	4	8,0	8,0	94,0	
	4	3	6,0	6,0	100,0	
	Total	50	100,0	100,0		

Tabla 12.1.-Distribución de la muestra según el número de dientes con caries de esmalte.

N.º caries esmalte-dentina

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	24	48,0	48,0	48,0
	1	17	34,0	34,0	82,0
	2	4	8,0	8,0	90,0
	3	3	6,0	6,0	96,0
	4	1	2,0	2,0	98,0
	5	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabla 12.2.-Distribución de la muestra según el número de dientes con caries de esmalte-dentina.

N.º de caries esmalte-dentina-pulpa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	29	58,0	58,0	58,0
	1	12	24,0	24,0	82,0
	2	5	10,0	10,0	92,0
	3	3	6,0	6,0	98,0
	4	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabla 12.3.- Distribución de la muestra según el número de dientes con caries de esmalte-dentina y compromiso pulpar.

N.º caries raíz

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	17	34,0	34,0	34,0
	1	7	14,0	14,0	48,0
	2	7	14,0	14,0	62,0
	3	7	14,0	14,0	76,0
	4	7	14,0	14,0	90,0
	5	2	4,0	4,0	94,0
	6	1	2,0	2,0	96,0
	7	2	4,0	4,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabla 12.4.- Distribución de la muestra según el número de dientes con caries radicular.

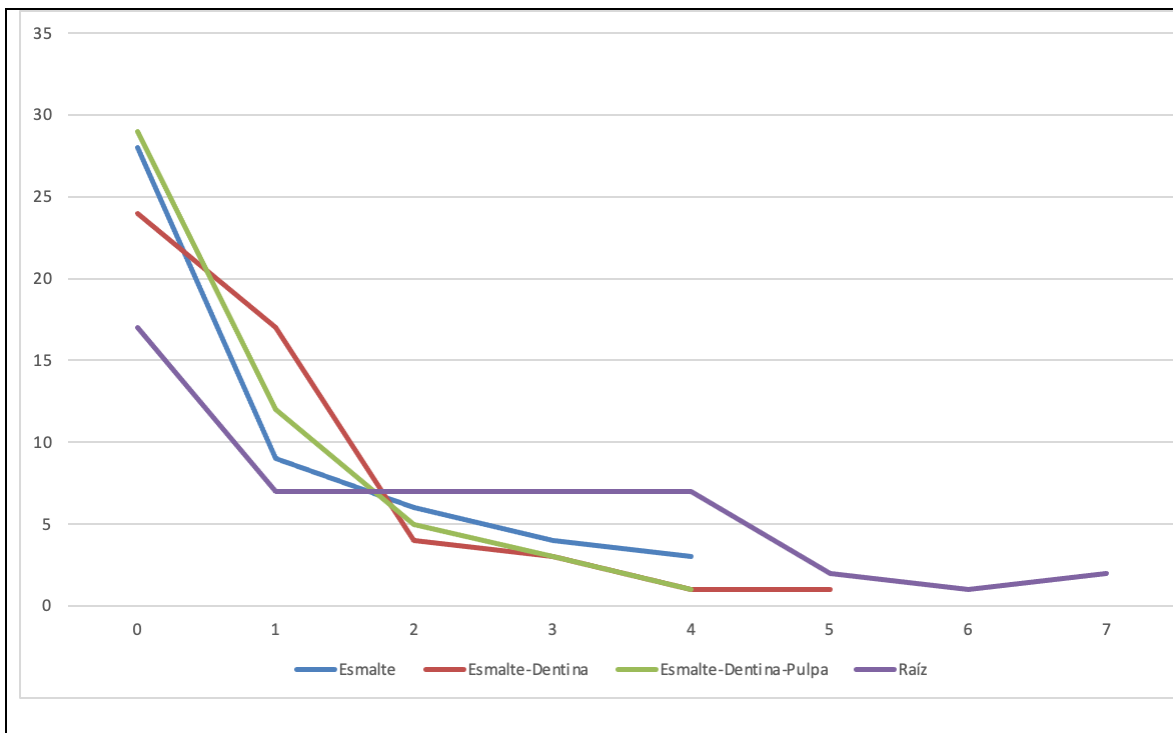


Figura 12.- Distribución de la muestra según el número de dientes con caries radicular.

MOVILIDAD DENTAL

MOV. DENTAL 0

Según la totalidad de la muestra de estudio, se evaluaron de 0 a 26 dientes presentes en boca que presentaban movilidad dental igual a 0. (Tabla 13.1. Figura 13)

Movilidad dental 0

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	12	24,0	24,0	24,0
	1	1	2,0	2,0	26,0
	2	2	4,0	4,0	30,0
	3	1	2,0	2,0	32,0
	4	1	2,0	2,0	34,0
	5	5	10,0	10,0	44,0
	6	3	6,0	6,0	50,0
	7	3	6,0	6,0	56,0
	8	1	2,0	2,0	58,0
	9	4	8,0	8,0	66,0
	10	1	2,0	2,0	68,0
	12	5	10,0	10,0	78,0
	13	1	2,0	2,0	80,0
	14	1	2,0	2,0	82,0
	15	1	2,0	2,0	84,0
	17	2	4,0	4,0	88,0
	18	1	2,0	2,0	90,0
	19	1	2,0	2,0	92,0
	20	1	2,0	2,0	94,0
	23	1	2,0	2,0	96,0
25	1	2,0	2,0	98,0	
26	1	2,0	2,0	100,0	
	Total	50	100,0	100,0	

Tabla 13.1.- Distribución de la muestra según el número de dientes sin movilidad dental.

MOV. DENTAL 1

Según la totalidad de la muestra de estudio, se evaluaron de 0 a 5 dientes presentes en boca que presentaban movilidad dental igual a 1. (Tabla 13.2. Figura 13)

Movilidad dental 1

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	30	60,0	60,0	60,0
	1	9	18,0	18,0	78,0
	2	6	12,0	12,0	90,0
	3	2	4,0	4,0	94,0
	4	2	4,0	4,0	98,0
	5	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabla 15.2.- Distribución de la muestra según el número de dientes con movilidad dental1.

MOV. DENTAL 2

Según la totalidad de la muestra de estudio, se evaluaron de 0 a 5 dientes presentes en boca que presentaban movilidad dental igual a 2. (Tabla13.3. Figura 13)

Movilidad dental 2

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	23	46,0	46,0	46,0
	1	11	22,0	22,0	68,0
	2	10	20,0	20,0	88,0
	3	2	4,0	4,0	92,0
	4	3	6,0	6,0	98,0
	5	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabla 15.3.- Distribución de la muestra según el número de dientes con movilidad dental 2.

MOV. DENTAL 3

Según la totalidad de la muestra de estudio, se evaluaron de 0 a 7 dientes presentes en boca que presentaban movilidad dental igual a 3. (Tabla13.4. Figura13)

Movilidad dental 3

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	28	56,0	56,0	56,0
	1	8	16,0	16,0	72,0
	2	7	14,0	14,0	86,0
	3	1	2,0	2,0	88,0
	4	3	6,0	6,0	94,0
	5	2	4,0	4,0	98,0
	7	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabla 13.4.- Distribución de la muestra según el número de dientes con movilidad dental 3.

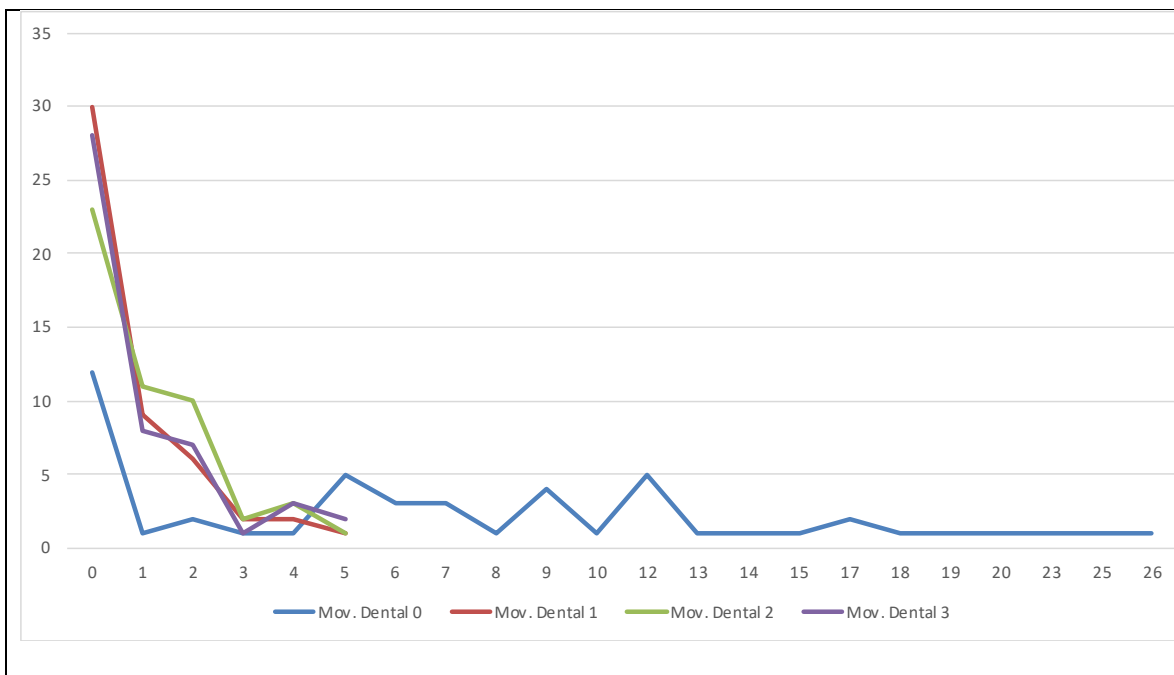


Figura 13.- Distribución de la muestra según el número de dientes con movilidad dental 3.

INDICE GINGIVAL MODIFICADO**IGM Vestibular**

Según la totalidad de la muestra de estudio, se pudieron evaluar de 0 a 112 superficies vestibulares. (Tabla 14.1. Figura 14.1)

Resultados de IGM Vestibular

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Resultados IGM Vestibular	0	9	18,0	18,0	18,0
	3	1	2,0	2,0	20,0
	8	3	6,0	6,0	26,0
	9	2	4,0	4,0	30,0
	11	1	2,0	2,0	32,0
	14	1	2,0	2,0	34,0
	15	1	2,0	2,0	36,0
	18	1	2,0	2,0	38,0
	20	1	2,0	2,0	40,0
	24	1	2,0	2,0	42,0
	27	1	2,0	2,0	44,0
	28	2	4,0	4,0	48,0
	30	2	4,0	4,0	52,0
	32	2	4,0	4,0	56,0
	33	2	4,0	4,0	60,0
	36	2	4,0	4,0	64,0
	40	1	2,0	2,0	66,0
	48	2	4,0	4,0	70,0
	50	1	2,0	2,0	72,0
51	2	4,0	4,0	76,0	
52	1	2,0	2,0	78,0	

ANALISIS ESTADISTICOS

	54	1	2,0	2,0	80,0
	56	1	2,0	2,0	82,0
	60	1	2,0	2,0	84,0
	64	1	2,0	2,0	86,0
	68	1	2,0	2,0	88,0
	79	1	2,0	2,0	90,0
	80	1	2,0	2,0	92,0
	88	1	2,0	2,0	94,0
	96	2	4,0	4,0	98,0
	112	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabla 14.1.- Distribución de la muestra según el número de superficies vestibulares evaluadas.

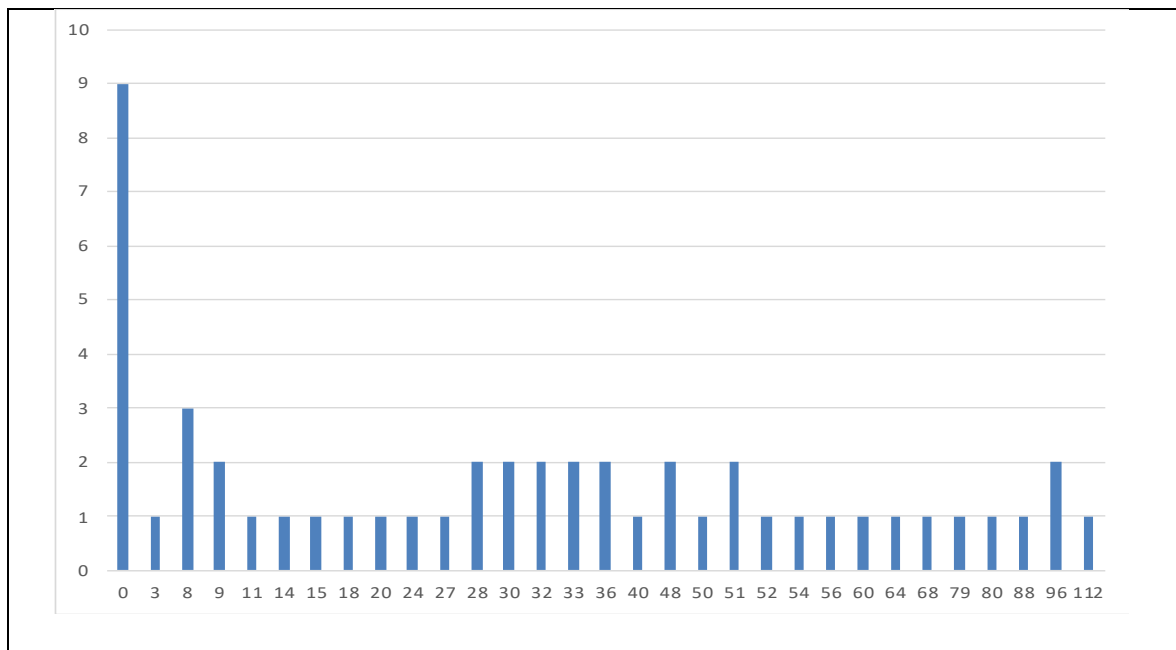


Figura 14.1.- Distribución de la muestra según el número de superficies vestibulares evaluadas.

IGM LINGUAL/PALATINO

Según la totalidad de la muestra de estudio, se pudieron evaluar de 0 a 88 superficies linguales o palatinas. (Tabla 14.2. Figura 14.2)

Resultados de IGM Lingual/Palatino

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	9	18,0	18,0	18,0
	1	1	2,0	2,0	20,0
	3	2	4,0	4,0	24,0
	6	1	2,0	2,0	26,0
	8	2	4,0	4,0	30,0
	9	2	4,0	4,0	34,0
	11	2	4,0	4,0	38,0
	12	2	4,0	4,0	42,0
	17	3	6,0	6,0	48,0
	20	2	4,0	4,0	52,0
	24	1	2,0	2,0	54,0
	25	1	2,0	2,0	56,0
	26	1	2,0	2,0	58,0
	31	1	2,0	2,0	60,0
	32	4	8,0	8,0	68,0
	36	2	4,0	4,0	72,0
	40	1	2,0	2,0	74,0
	41	1	2,0	2,0	76,0
	44	1	2,0	2,0	78,0
	45	1	2,0	2,0	80,0
48	2	4,0	4,0	84,0	
50	1	2,0	2,0	86,0	

	56	2	4,0	4,0	90,0
	60	2	4,0	4,0	94,0
	64	1	2,0	2,0	96,0
	78	1	2,0	2,0	98,0
	88	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabla 14.2.-Distribución de la muestra según el número de superficies linguales evaluadas.

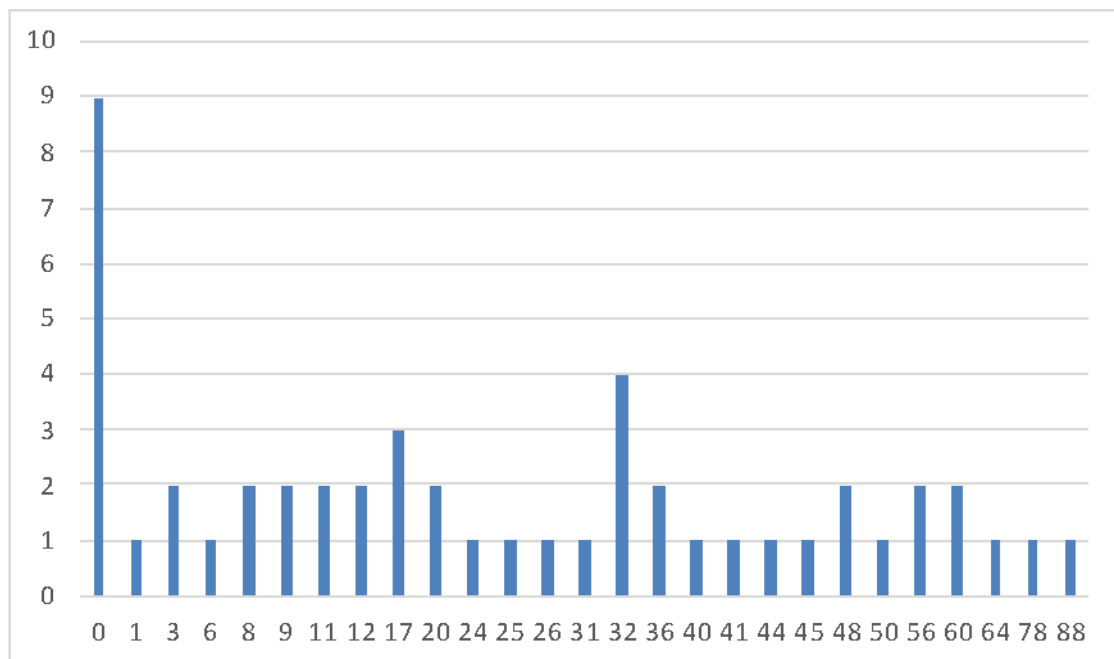


Figura 14.2.-Distribución de la muestra según el número de superficies linguales evaluadas.

IGM Distal

Según la totalidad de la muestra de estudio, se pudieron evaluar de 0 a 88 superficies distales. (Tabla 14.3. Figura 14.3)

Resultados de IGM Distal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	9	18,0	18,0	18,0
	1	1	2,0	2,0	20,0
	2	1	2,0	2,0	22,0
	4	5	10,0	10,0	32,0
	6	4	8,0	8,0	40,0
	7	1	2,0	2,0	42,0
	8	3	6,0	6,0	48,0
	9	2	4,0	4,0	52,0
	11	2	4,0	4,0	56,0
	12	1	2,0	2,0	58,0
	19	1	2,0	2,0	60,0
	22	2	4,0	4,0	64,0
	24	2	4,0	4,0	68,0
	26	1	2,0	2,0	70,0
	28	1	2,0	2,0	72,0
	29	1	2,0	2,0	74,0
	30	1	2,0	2,0	76,0
	32	1	2,0	2,0	78,0
	36	1	2,0	2,0	80,0
	40	3	6,0	6,0	86,0
48	1	2,0	2,0	88,0	
50	2	4,0	4,0	92,0	
54	1	2,0	2,0	94,0	
64	1	2,0	2,0	96,0	
70	1	2,0	2,0	98,0	

	88	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabla 14.3.- Distribución de la muestra según el número de superficies distales evaluadas.

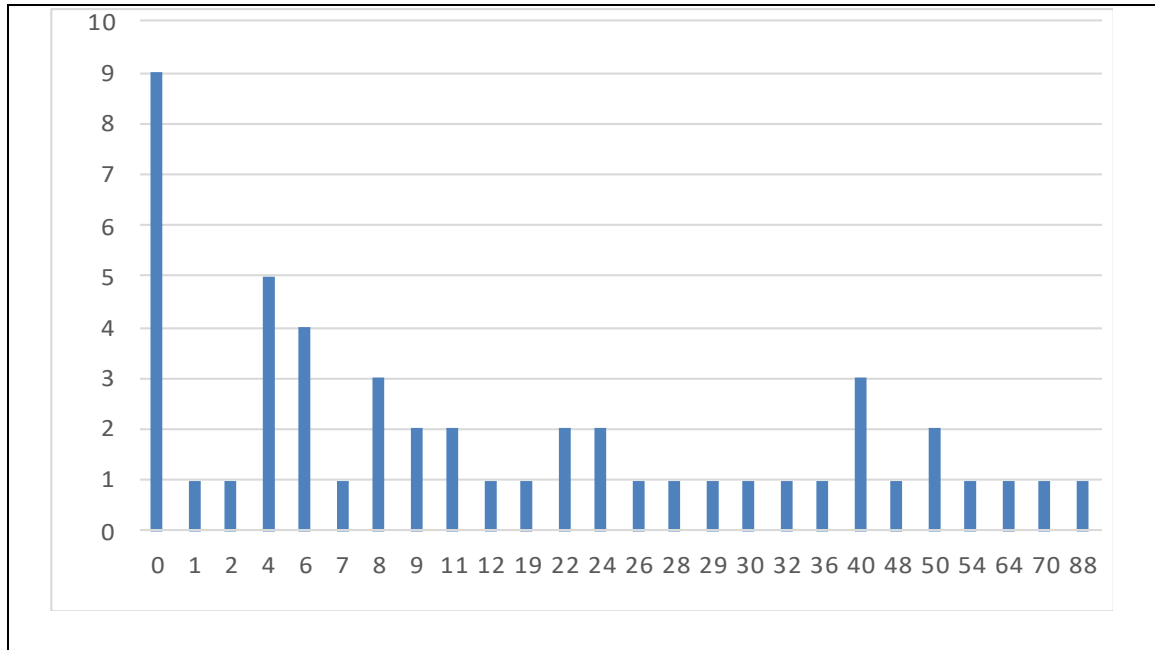


Figura 14.3.- Distribución de la muestra según el número de superficies distales evaluadas.

IGM MESIAL

Según la totalidad de la muestra de estudio, se pudieron evaluar de 0 a 88 superficies vestibulares. (Tabla 14.4. Figura 14.4)

Resultados IGM Mesial

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	10	20,0	20,0	20,0
	2	1	2,0	2,0	22,0
	4	3	6,0	6,0	28,0
	5	1	2,0	2,0	30,0
	6	5	10,0	10,0	40,0
	7	1	2,0	2,0	42,0
	8	5	10,0	10,0	52,0

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

9	2	4,0	4,0	56,0
11	1	2,0	2,0	58,0
13	1	2,0	2,0	60,0
18	1	2,0	2,0	62,0
20	1	2,0	2,0	64,0
23	1	2,0	2,0	66,0
24	1	2,0	2,0	68,0
25	1	2,0	2,0	70,0
28	1	2,0	2,0	72,0
30	1	2,0	2,0	74,0
32	2	4,0	4,0	78,0
36	1	2,0	2,0	80,0
39	1	2,0	2,0	82,0
40	1	2,0	2,0	84,0
44	1	2,0	2,0	86,0
48	1	2,0	2,0	88,0
50	1	2,0	2,0	90,0
51	1	2,0	2,0	92,0
53	1	2,0	2,0	94,0
64	1	2,0	2,0	96,0
70	1	2,0	2,0	98,0
88	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Tabla 14.4.- Distribución de la muestra según el número de superficies mesiales evaluadas.

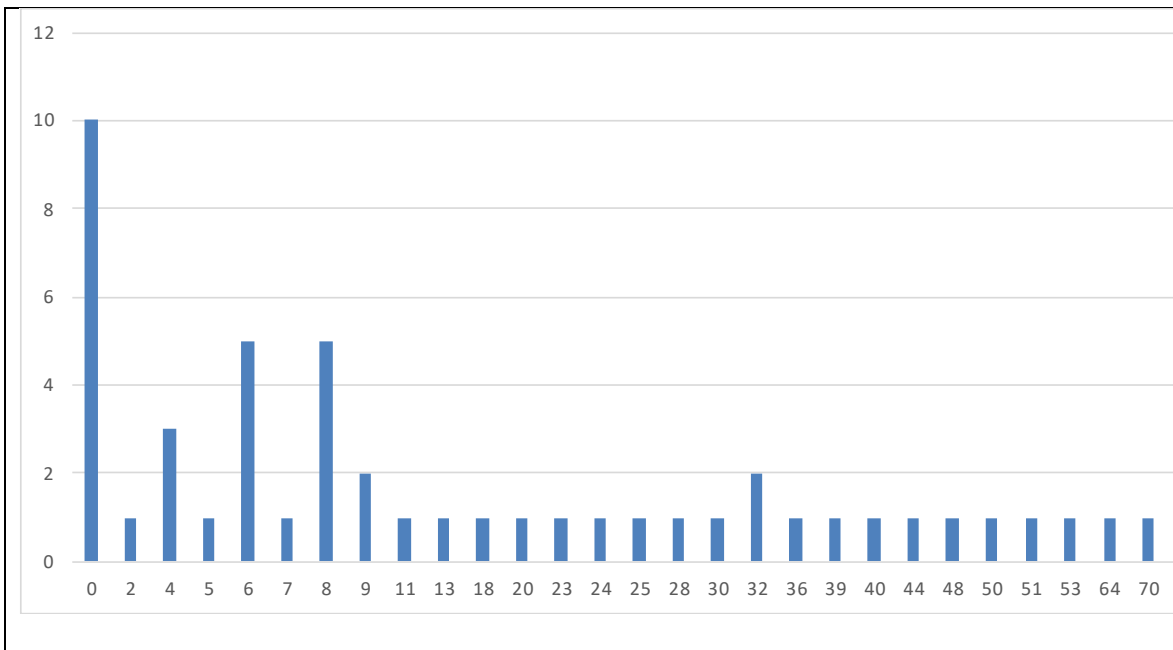


Figura 14.4.-Distribución de la muestra según el número de superficies mesiales evaluadas

IPC SEXT 1 – 6

La distribución según el IPC por sextantes del total de la muestra de estudio fue:

En el primer sextante, 1 paciente presentó tejido sano que representa el 2% y porcentaje válido del 3%, 6 pacientes presentaron sangrado, que representa el 12% y porcentaje válido del 18,2%, 18 presentaron cálculos u otros que representa el 36% y porcentaje válido del 54,5%, 3 pacientes que no fue necesario examinar que es el 6% y porcentaje válido del 9,1%, 5 presentaron una profundidad de toda la banda negra de la sonda periodontal que es el 10% y un porcentaje válido del 15,2%. Participaron 33 pacientes y hubo 17 pérdidas. (Tabla 15.1-Figura 15)

En el segundo sextante 4 pacientes presentaron tejido sano que representa el 8% y un porcentaje válido del 11,4%, 11 pacientes presentaron sangrado que es el 22% y un porcentaje válido del 31,4%, 10 pacientes presentaron cálculos u otros que representa el 20% y un porcentaje válido del 28,6%, 8 no necesitaron examen representa el 16% y un porcentaje válido del 22,9%, 2 presentaron toda la banda negra que es el 4% y un porcentaje válido del 5,7%. Participaron 35 pacientes y hubo 15 pérdidas. (Tabla 15.2-Figura 15)

En el tercer sextante, 1 paciente presentó tejido sano que representa el 2% y un porcentaje válido del 3%, 10 pacientes presentaron sangrado que representa el 20% y un

porcentaje válido del 30,3%, 14 pacientes presentaron cálculo u otros que representa el 28% y un porcentaje válido del 42,4%, 6 pacientes no fue necesario examinar y representan un 12% y un porcentaje válido del 18,2%, 2 pacientes presentaron toda la banda negra que representa el 4% y un porcentaje válido del 6,1%. Participaron 33 pacientes y hubieron 17 pérdidas. (Tabla 15,3-Figura 15)

En el cuarto sextante; 2 pacientes presentaron tejidos sanos que representa el 4% y un porcentaje válido del 6,7%, 11 pacientes presentaron sangrado que representa 22% y un porcentaje válido del 36,7%, 13 pacientes presentaron cálculo u otros que representa el 26% y un porcentaje válido del 43,3%, en 3 pacientes no fue necesario examinar que representa el 6% y un porcentaje válido del 10%, 1 paciente presentó toda la banda negra que representa el 2% y un porcentaje válido del 3,3%. Participaron 30 pacientes y hubo 20 pérdidas. (Tabla 15.4- Figura 15)

En el quinto sextante: 2 pacientes presentaron sus tejidos sanos que representan el 4% y un porcentaje válido del 5%, 14 pacientes presentaron sangrado que representan un 28% y un porcentaje válido del 35%, 20 pacientes presentaron sarro u otros que representa el 40% y un porcentaje válido del 50%, en 4 pacientes no es necesario examinar que representan un 8% y un porcentaje válido del 10%. Participaron 40 pacientes y hubo 10 pérdidas. (Tabla 15.5- Figura 15)

Sexto sextante: 1 paciente presentó sus tejidos sanos que representa el 2% y un porcentaje acumulado del 3%, 14 pacientes presentaron sangrado con un porcentaje del 28% y un porcentaje acumulado del 42,4%, 12 pacientes presentaron cálculo u otros que representan un porcentaje del 24% y un porcentaje acumulado del 18,2%. Participaron 33 pacientes y hubo 17 pérdidas. (Tabla 15.6-Figura15)

ANALISIS ESTADISTICOS

IPC SEXT.1

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Tejido sano	1	2,0	3,0	3,0
	Sangrado	6	12,0	18,2	21,2
	Cálculo u otros	18	36,0	54,5	75,8
	No necesario examinar	3	6,0	9,1	84,8
	Toda la banda negra	5	10,0	15,2	100,0
	Total	33	66,0	100,0	
Perdidos	Sistema	17	34,0		
Total		50	100,0		

Tabla 15.1.- Distribución de la muestra según el IPC Sext.1

IPC SEXT.2

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Tejido sano	4	8,0	11,4	11,4
	Sangrado	11	22,0	31,4	42,9
	Cálculo u otros	10	20,0	28,6	71,4
	No necesario examinar	8	16,0	22,9	94,3
	Toda la banda negra	2	4,0	5,7	100,0
	Total	35	70,0	100,0	
Perdidos	Sistema	15	30,0		
Total		50	100,0		

Tabla 15.2.- Distribución de la muestra según el IPC Sext.2.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

IPC SEXT.3

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Tejido sano	1	2,0	3,0	3,0
	Sangrado	10	20,0	30,3	33,3
	Cálculo u otros	14	28,0	42,4	75,8
	No necesario examinar	6	12,0	18,2	93,9
	Toda la banda negra	2	4,0	6,1	100,0
	Total	33	66,0	100,0	
Perdidos	Sistema	17	34,0		
Total		50	100,0		

Tabla 15.3.- Distribución de la muestra según el IPC Sext.3

IPC SEXT.4

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Tejido sano	2	4,0	6,7	6,7
	Sangrado	11	22,0	36,7	43,3
	Cálculo u otros	13	26,0	43,3	86,7
	No necesario examinar	3	6,0	10,0	96,7
	Toda la banda negra	1	2,0	3,3	100,0
	Total	30	60,0	100,0	
Perdidos	Sistema	20	40,0		
Total		50	100,0		

Tabla 15.4.- Distribución de la muestra según el IPC Sext.4.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

IPC SEXT.5

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Tejido sano	2	4,0	5,0	5,0
	Sangrado	14	28,0	35,0	40,0
	Cálculo u otros	20	40,0	50,0	90,0
	No necesario examinar	4	8,0	10,0	100,0
	Total	40	80,0	100,0	
Perdidos	Sistema	10	20,0		
Total		50	100,0		

Tabla 15.5.- Distribución de la muestra según el IPC Sext.5.

IPC SEXT.6

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Tejido sano	1	2,0	3,0	3,0
	Sangrado	14	28,0	42,4	45,5
	Cálculo u otros	12	24,0	36,4	81,8
	No necesario examinar	6	12,0	18,2	100,0
	Total	33	66,0	100,0	
Perdidos	Sistema	17	34,0		
Total		50	100,0		

Tabla 15.6.- Distribución de la muestra según el IPC Sext.6.

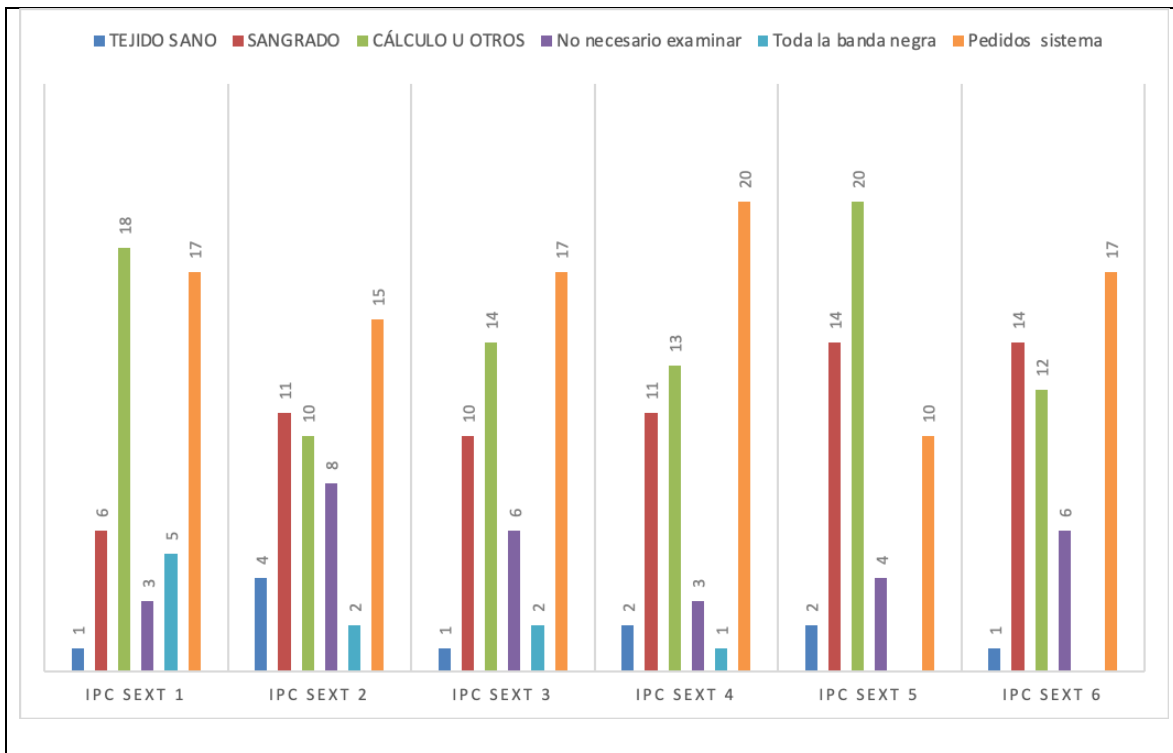


Figura 15.- Distribución de la muestra según el IPC de los 6 sextantes.

PROTESIS

PRÓTESIS SUPERIOR

La distribución según la variable prótesis superior del total de la muestra de estudio fue que 23 pacientes no tenían prótesis superior de ningún tipo que representa el 46%, 7 pacientes tenían prótesis fija que representa un porcentaje del 14%, 17 pacientes tenían prótesis removible que representa un porcentaje del 34%, 3 pacientes tenían tanto prótesis fija como removible que representa un 6%. (Tabla 16.1-Figura 16.1)

PRÓTESIS INFERIOR

La distribución según la variable prótesis inferior de la totalidad de la muestra de estudio fue que 31 pacientes no tenían prótesis inferior de ningún tipo que representa el 62%, 7 pacientes tenían prótesis fija que representa el 14%, 10 pacientes tenían prótesis removible que representa el 20%, 2 pacientes presentaron tanto prótesis fija como removible que representa un porcentaje del 4%. (Tabla 16.2- Figura 16.1)

PRÓTESIS SUPERIOR ADAPTADA

La distribución según la variable prótesis superior adaptada del total de la muestra de estudio fue que 12 pacientes no tenían su prótesis superior adaptada que representa el 24% y un porcentaje válido del 44,4%, 15 pacientes tenían su prótesis superior adaptada que representa un 30% y un porcentaje válido del 55,6%. (Tabla 16.3-Figura 16.2)

PRÓTESIS INFERIOR ADAPTADA

La distribución según la variable prótesis inferior adaptada en el total de la muestra 14 pacientes no tenían su prótesis inferior adaptada representando un 28% y un porcentaje válido del 73,7%, 5 pacientes tenían su prótesis inferior adaptada representando un 10% y un porcentaje válido del 26,3%. (Tabla 16.4-Figura 16.2)

Prótesis Superior

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	23	46,0	46,0	46,0
	Fija	7	14,0	14,0	60,0
	Removible	17	34,0	34,0	94,0
	Fija+removible	3	6,0	6,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabla 16.1.- Distribución de la muestra según la variable prótesis superior.

Prótesis inferior

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	31	62,0	62,0	62,0
	Fija	7	14,0	14,0	76,0
	Removible	10	20,0	20,0	96,0
	Fija+Removible	2	4,0	4,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabla 16.2.- Distribución de la muestra según la variable prótesis inferior.

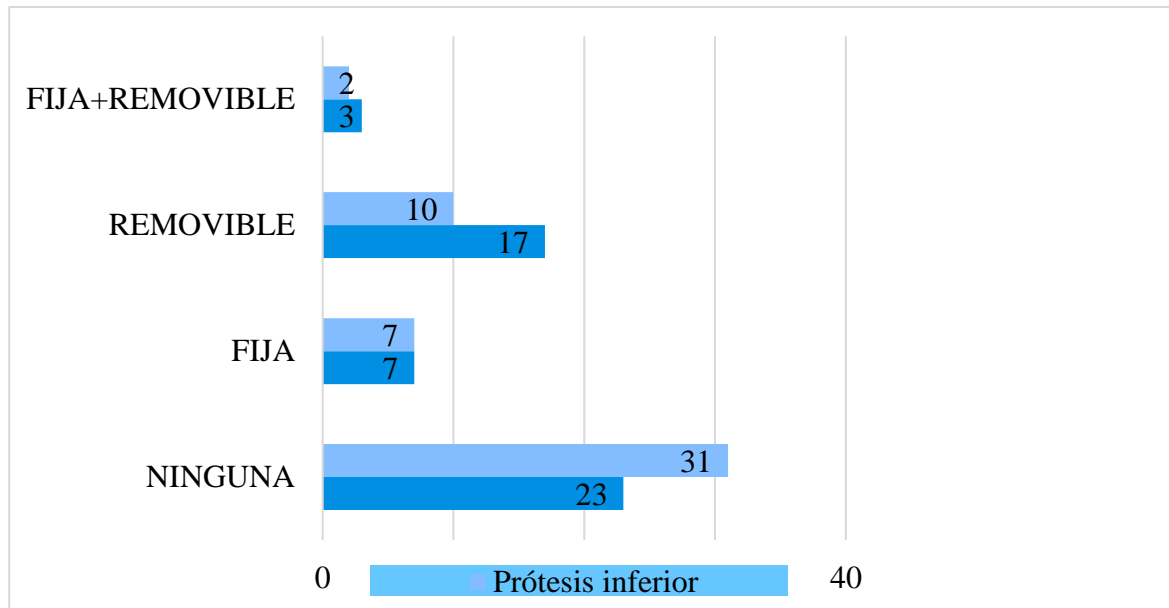


Figura16.1.- Distribución de la muestra según la variable prótesis superior e inferior.

Prótesis superior adaptada

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	12	24,0	44,4	44,4
	SI	15	30,0	55,6	100,0
	Total	27	54,0	100,0	
Perdidos	Sistema	23	46,0		
Total		50	100,0		

Tabla 16.3.- Distribución de la muestra según la variable prótesis superior adaptada.

Prótesis inferior adaptada

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	14	28,0	73,7	73,7
	SI	5	10,0	26,3	100,0
	Total	19	38,0	100,0	
Perdidos	Sistema	31	62,0		
Total		50	100,0		

Tabla 16.4 Distribución de la muestra según la variable prótesis inferior adaptada.

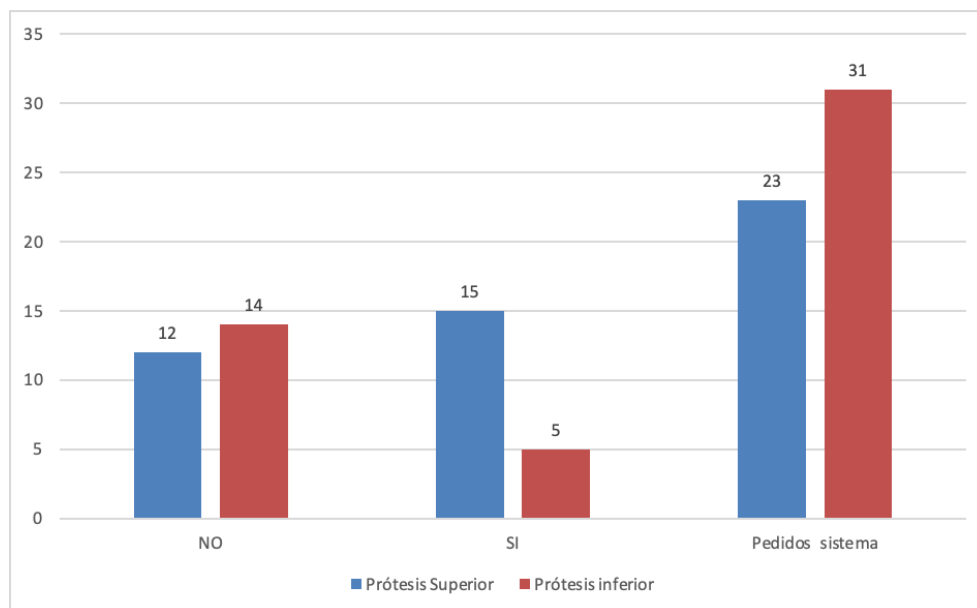


Figura 16.2.-Distribución de la muestra según la variable prótesis superior e inferior adaptada.

FRECUENCIA DE CEPILLADO

La distribución según frecuencia de cepillado del total de la muestra de estudio fue que 13 pacientes no se cepillaban los dientes que representan un 26%, 16 pacientes se cepillaban 1 vez al día que representan un 32%, 9 pacientes se cepillaban 2 veces al día que representan un porcentaje del 18%, 12 pacientes se cepillaban 3 veces al día que representan un porcentaje del 24%. (Tabla 17- Figura 17)

Frecuencia de cepillado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	13	26,0	26,0	26,0
	1 vez	16	32,0	32,0	58,0
	2 veces	9	18,0	18,0	76,0
	3 veces	12	24,0	24,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabla 17.-Distribución de la muestra según la variable frecuencia de cepillado.

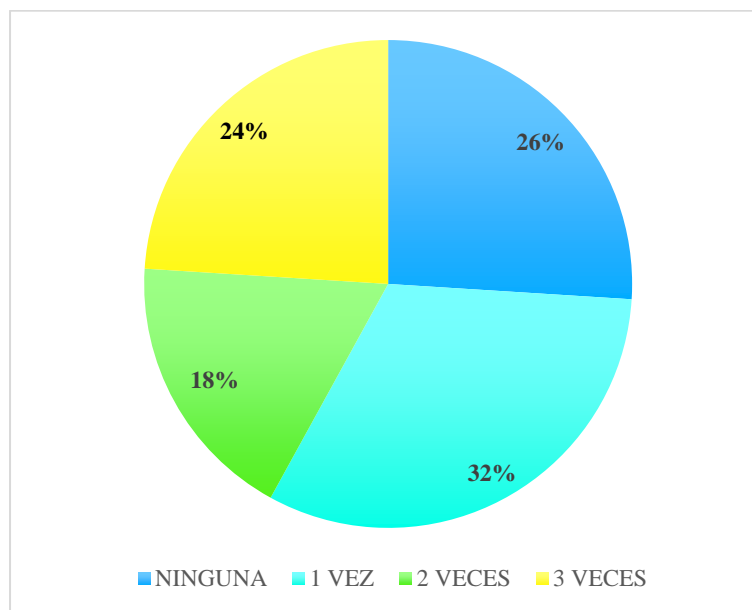


Figura 17.- Distribución de la muestra según la variable frecuencia de cepillado.

IRRIGADOR

La distribución según el uso o no de irrigador del total de la muestra fue que 43 pacientes no usaban irrigador que representa un 86%, 7 pacientes si tenían irrigador que representan un porcentaje del 14%. (Tabla 18-Figura 18)

Irrigador

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	43	86,0	86,0	86,0
	SI	7	14,0	14,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabla 18.-Distribución de la muestra según la variable de uso y no uso de irrigador.

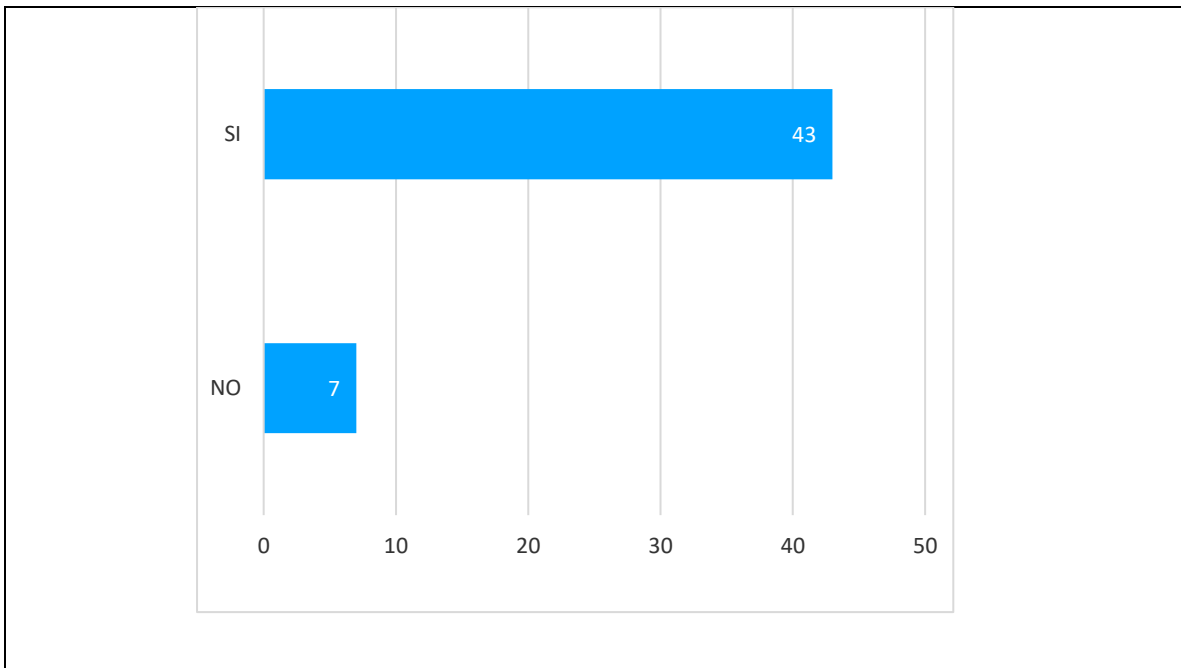


Figura 18.- Distribución de la muestra según la variable de uso y no uso de irrigador.

BOCA SECA

La distribución según la variable boca seca del total de la muestra fue que 33 pacientes no presentaban boca seca que representan un porcentaje del 66%, 17 pacientes presentaban boca seca que representan un porcentaje del 34%. (Tabla 19- Figura 19)

Boca seca

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	33	66,0	66,0	66,0
	SI	17	34,0	34,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabla 19.- Distribución de la muestra según la variable boca seca.

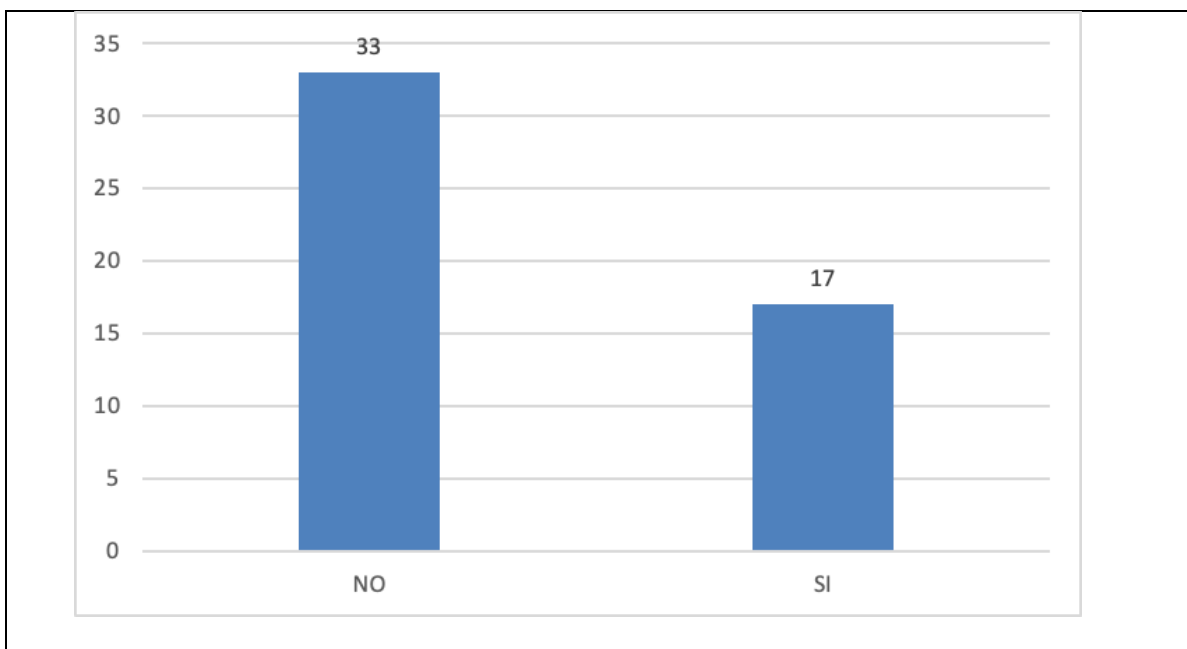


Figura 19.- Distribución de la muestra según la variable boca seca.

LESION MUCOSA ORAL (M.O)

La distribución según la variable lesión en mucosa oral del total de la muestra fue que 16 pacientes no presentaban lesión en su mucosa oral que representa el 32%, 34 pacientes presentaban lesión en mucosa oral que representa un 68%. (Tabla 20-Figura 20)

Lesión M. O

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NORMALIDAD	16	32,0	32,0	32,0
	LESIÓN	34	68,0	68,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tabla 20.- Distribución de la muestra según la variable lesión en mucosa oral.

Resultados de lesiones de mucosa oral de 34 pacientes

Lesión de mucosa oral	Total
Aftas	4
Candidiasis	5
Ca. basocelular	1
Ca. Oral de células escamosas (COCE)	1
Diapneusia	1
Épulis fisuratum	4
Estomatitis protésica	2
Fibroma	4
Hiperqueratosis	5
Leucoplasia	1
Liquen	3
Liquenoide	2
Muguet	1
Penfigoide	1
Queilitis angular	2

Úlcera	2
--------	---

Tabla 20.1.- Listado de lesiones en mucosa oral presentes en la muestra.

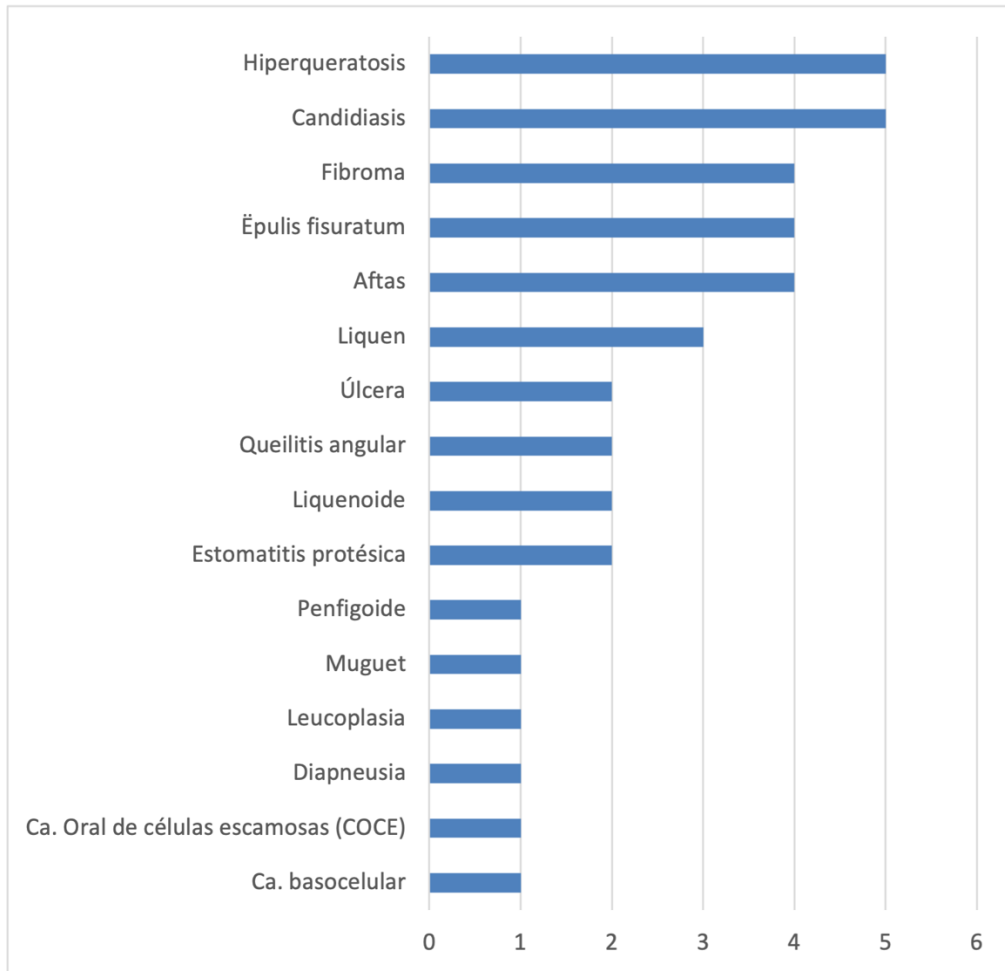


Figura 20.- Distribución de los tipos de lesiones de mucosa oral.

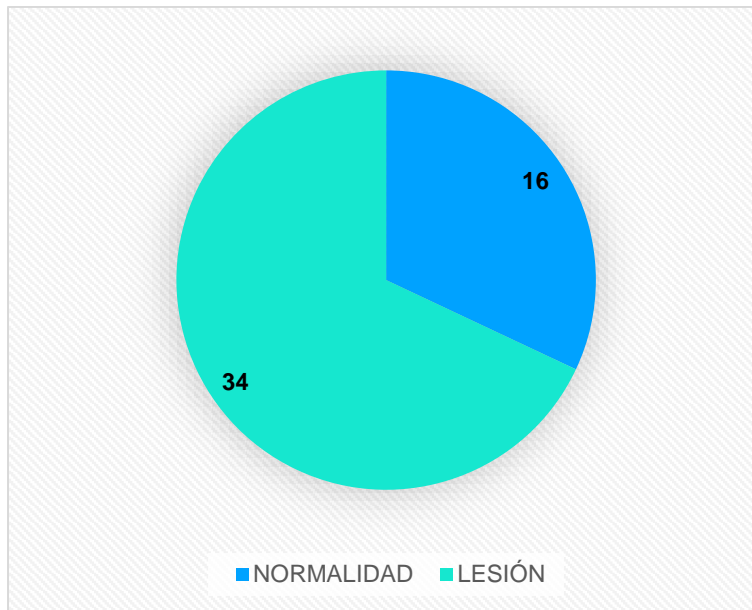


Figura 21.-Distribución de la muestra según la variable lesión en mucosa oral.

ANÁLISIS INFERENCIAL

Relaciones entre la variable BOCA SECA y las otras variables:

1. Edad y boca seca

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,299 ^a	2	0.317
Razón de verosimilitud	2.245	2	0.326
Asociación lineal por lineal	1.145	1	0.285
N de casos válidos	50		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,42.

De acuerdo con la estadística inferencial, en chi-cuadrado, no hay relación significativa entre edad y sensación de boca seca. ($X^2=2,245$, $p>0,05$)

2. Sexo y boca seca

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	D f	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,591 ^a	1	0.442		
Corrección de continuidad ^b	0.206	1	0.650		
Razón de verosimilitud	0.584	1	0.445		
Prueba exacta de Fisher				0.534	0.322
Asociación lineal por lineal	0.579	1	0.447		
N de casos válidos	50				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,78.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

De acuerdo con la estadística inferencial, en chi-cuadrado, no hay relación significativa en sexo y sensación de boca seca. ($X^2=0,206$, $p>0,05$)

3. Número de fármacos y boca seca

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	D f	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,368 ^a	1	0.066		
Corrección de continuidad ^b	2.258	1	0.133		
Razón de verosimilitud	3.718	1	0.054		
Prueba exacta de Fisher				0.099	0.063
Asociación lineal por lineal	3.300	1	0.069		
N de casos válidos	50				
a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,76.					
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2					

De acuerdo con la estadística inferencial, en chi-cuadrado, hay muy cercana relación estadísticamente significativa entre el número de fármacos y sensación de boca seca. ($X^2=2,258$, $p>0,05$). La toma de <6 fármacos presentaron 14,3% de boca seca y consumiendo >6 fármacos el 41,7%

4. Antidepresivos y boca seca

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,107 ^a	1	0.744		
Corrección de continuidad ^b	0.000	1	1.000		
Razón de verosimilitud	0.110	1	0.741		
Prueba exacta de Fisher				1.000	0.554
Asociación lineal por lineal	0.105	1	0.746		
N de casos válidos	50				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,38.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

De acuerdo con la estadística inferencial, en chi-cuadrado, no hay relación significativa en la toma de antidepresivos y la sensación de boca seca. ($X^2=0,010$, $p>0,05$)

5. Barthel y boca seca

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,451 ^a	3	0.024
Razón de verosimilitud	9.516	3	0.023
Asociación lineal por lineal	0.000	1	0.983
N de casos válidos	50		

a. 4 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,36.

De acuerdo con la estadística inferencial, en chi-cuadrado, hay relación significativa entre el grado de dependencia según la escala de Barthel y sensación de boca seca con $p=0,023$.

6. Yesavage y boca seca

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,156 ^a	1	0.282		
Corrección de continuidad ^b	0.540	1	0.462		
Razón de verosimilitud	1.126	1	0.289		
Prueba exacta de Fisher				0.322	0.229
Asociación lineal por lineal	1.133	1	0.287		
N de casos válidos	50				
<p>a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,42.</p> <p>b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2</p>					

De acuerdo con la estadística inferencial, en chi-cuadrado, no hay relación significativa en el cruce de Yesavage y boca seca. ($X^2=0,540$, $p>0,05$)

Relaciones Yesavage con las otras variables

1. Yesavage y frecuencia de cepillado

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,256 ^a	3	0.354	0.371
Razón de verosimilitud	3.646	3	0.302	0.346
Prueba exacta de Fisher	3.348			0.344
Asociación lineal por lineal	2,221 ^b	1	0.136	0.154
N de casos válidos	50			

a. 4 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,34.

b. El estadístico estandarizado es -1,490.

No hay diferencias estadísticamente significativas en la proporción de las condiciones de Yesavage (moderada, severa) y la frecuencia de cepillado ($X^2= 3,348$, $p>0,05$)

2. Yesavage con IPC Sext 1

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,204 ^a	4	0.125	0.120
Razón de verosimilitud	8.306	4	0.081	0.094
Prueba exacta de Fisher	5.789			0.156
Asociación lineal por lineal	,159 ^b	1	0.690	0.834
N de casos válidos	33			

a. 9 casillas (90,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,21.

b. El estadístico estandarizado es ,399.

No hay diferencias estadísticamente significativas en la proporción de las condiciones de Yesavage (moderada, severa) y Sext 1 ($X^2=5,789$, $p>0,05$)

3. Yesavage con IPC Sext 2

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,054 ^a	4	0.549	0.601
Razón de verosimilitud	4.004	4	0.405	0.490
Prueba exacta de Fisher	2.439			0.737
Asociación lineal por lineal	,841 ^b	1	0.359	0.451
N de casos válidos	35			

a. 7 casillas (70,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,40.

b. El estadístico estandarizado es ,917.

No hay diferencias estadísticamente significativas en la proporción de las condiciones de Yesavage (moderada, severa) y Sext 2 ($X^2=2,439$, $p>0,05$)

4. Yesavage con IPC Sext 3

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,342 ^a	4	0.080	0.066
Razón de verosimilitud	8.815	4	0.066	0.083
Prueba exacta de Fisher	7.545			0.064
Asociación lineal por lineal	,435 ^b	1	0.510	0.531
N de casos válidos	33			
a. 8 casillas (80,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,24.				

No hay diferencias estadísticamente significativas en la proporción de las condiciones de Yesavage (moderada, severa) y Sext 3 ($X^2=7,545$, $p>0,05$)

5. Yesavage con IPC Sext 4

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,870a	4	0.580	0.537
Razón de verosimilitud	2.578	4	0.631	0.733
Prueba exacta de Fisher	3.833			0.438
Asociación lineal por lineal	,034 ^b	1	0.853	1.000
N de casos válidos	30			
a. 8 casillas (80,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,17.				
b. El estadístico estandarizado es -,185.				

No hay diferencias estadísticamente significativas en la proporción de las condiciones de Yesavage (moderada, severa) y Sext 4 ($X^2=3,833$, $p>0,05$)

6. Yesavage con IPC Sext 5

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,762 ^a	3	0.859	1.000
Razón de verosimilitud	0.674	3	0.879	1.000
Prueba exacta de Fisher	1.348			0.860
Asociación lineal por lineal	,062 ^b	1	0.804	1.000
N de casos válidos	40			
a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,50.				
b. El estadístico estandarizado es -,248.				

No hay diferencias estadísticamente significativas en la proporción de las condiciones de Yesavage (moderada, severa) y Sext 5 ($X^2=1,348$, $p>0,05$)

7. Yesavage con IPC Sext 6

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,945 ^a	3	0.814	0.888
Razón de verosimilitud	1.134	3	0.769	0.803
Prueba exacta de Fisher	1.189			0.888
Asociación lineal por lineal	,214 ^b	1	0.644	0.796
N de casos válidos	33			
a. 6 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,21.				
b. El estadístico estandarizado es -,462.				

No hay diferencias estadísticamente significativas en la proporción de las condiciones de Yesavage (moderada, severa) y Sext 6. ($X^2=1,189$, $p>0,05$)

8. Yesavage con IMC

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,512 ^a	3	0.916	1.000
Razón de verosimilitud	0.761	3	0.859	1.000
Prueba exacta de Fisher	0.710			1.000
Asociación lineal por lineal	,154 ^b	1	0.694	0.712
N de casos válidos	50			
a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,26.				
b. El estadístico estandarizado es ,393.				

No hay diferencias estadísticamente significativas en la proporción de las condiciones de Yesavage (moderada, severa) e IMC ($X^2=0,710$, $p>0,05$)

9. Yesavage con tabaco

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,955 ^a	4	0.292	0.313
Razón de verosimilitud	7.658	4	0.105	0.138
Prueba exacta de Fisher	4.245			0.356
Asociación lineal por lineal	,028 ^b	1	0.866	0.935
N de casos válidos	50			
a. 7 casillas (70,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,26.				
b. El estadístico estandarizado es ,168.				

No hay diferencias estadísticamente significativas en la proporción de las condiciones de Yesavage (moderada, severa) y consumo de tabaco. ($X^2=4,245$, $p>0,05$)

10. Yesavage con alcohol

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,577 ^a	5	0.904	0.919
Razón de verosimilitud	1.836	5	0.871	0.919
Prueba exacta de Fisher	1.681			0.959
Asociación lineal por lineal	,648 ^b	1	0.421	0.437
N.º de casos válidos	50			
a. 9 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,26.				
b. El estadístico estandarizado es ,805.				

No hay diferencias estadísticamente significativas en la proporción de las condiciones de Yesavage (moderada, severa) y el consumo de alcohol ($X^2=1,681$, $p>0,05$)

11. Yesavage con número de fármacos

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,387 ^a	1	0.239	0.303
Corrección de continuidad ^b	0.670	1	0.413	
Razón de verosimilitud	1.507	1	0.220	0.303
Prueba exacta de Fisher				0.303
Asociación lineal por lineal	1,359 ^c	1	0.244	0.303
N de casos válidos	50			
a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,64.				

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

c. El estadístico estandarizado es 1,166.

No hay diferencias estadísticamente significativas en la proporción de las condiciones de Yesavage (moderada, severa) y la ingesta de fármacos mayores y menores a 6 ($X^2=0,670$, $p>0,05$)

12. Yesavage y antidepresivos

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,860 ^a	1	0.091	0.168
Corrección de continuidad ^b	1.504	1	0.220	
Razón de verosimilitud	4.603	1	0.032	0.112
Prueba exacta de Fisher				0.168
Asociación lineal por lineal	2,803 ^c	1	0.094	0.168
N de casos válidos	50			

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,82.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

c. El estadístico estandarizado es 1,674.

No hay diferencias estadísticamente significativas en la proporción de las condiciones de Yesavage (moderada, severa) y la ingesta de antidepresivos. ($X^2=1,504$, $p>0,05$)

13. Yesavage y Barthel

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,336 ^a	3	0.227	0.230
Razón de verosimilitud	5.213	3	0.157	0.185
Prueba exacta de Fisher	3.737			0.280
Asociación lineal por lineal	2,185 ^b	1	0.139	0.153
N de casos válidos	50			

a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,04.

b. El estadístico estandarizado es -1,478.

No hay diferencias estadísticamente significativas en la proporción de las condiciones de Yesavage (moderada, severa) y Barthel. ($X^2=3,737$, $p>0,05$)

Prueba T**Yesavage****Prueba de muestras independientes**

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
IMC	Se asumen varianzas iguales	0.852	0.361	-0.711	48	0.481	-1.97557	2.77912	-7.56336	3.61222
	No se asumen varianzas iguales			-0.605	16.508	0.553	-1.97557	3.26446	-8.87867	4.92752
BARTHEL	Se asumen varianzas iguales	0.480	0.492	2.405	48	0.020	22.672	9.428	3.715	41.628
	No se asumen varianzas iguales			2.355	20.293	0.029	22.672	9.626	2.611	42.732
Nº DIENTES	Se asumen varianzas iguales	1.356	0.250	1.046	48	0.301	2.850	2.725	-2.629	8.329
	No se asumen varianzas iguales			1.106	23.426	0.280	2.850	2.577	-2.475	8.175

ANALISIS ESTADISTICOS

N° RR	Se asumen varianzas iguales	10.129	0.003	-2.649	48	0.011	-3.730	1.408	-6.561	-0.899
	No se asumen varianzas iguales			-2.056	14.877	0.058	-3.730	1.814	-7.599	0.139
N° CARIES ESMALTE	Se asumen varianzas iguales	1.129	0.293	0.435	48	0.666	0.177	0.406	-0.640	0.993
	No se asumen varianzas iguales			0.457	23.117	0.652	0.177	0.387	-0.623	0.976
N° CARIES ESM-DEN	Se asumen varianzas iguales	2.904	0.095	0.611	48	0.544	0.227	0.371	-0.519	0.972
	No se asumen varianzas iguales			0.829	42.275	0.412	0.227	0.273	-0.325	0.778
N° CARIES ESM-DEN-PUL	Se asumen varianzas iguales	0.215	0.645	0.031	48	0.975	0.010	0.331	-0.655	0.675
	No se asumen varianzas iguales			0.033	23.168	0.974	0.010	0.314	-0.640	0.661
N° CARIES RAIZ	Se asumen varianzas iguales	0.128	0.723	-0.321	48	0.750	-0.208	0.647	-1.510	1.094
	No se asumen varianzas iguales			-0.347	24.523	0.731	-0.208	0.599	-1.443	1.027
MOV. DENTAL 0	Se asumen varianzas iguales	0.452	0.505	0.947	48	0.348	2.206	2.330	-2.478	6.890
	No se asumen varianzas iguales			0.955	21.366	0.350	2.206	2.310	-2.594	7.006
MOV. DENTAL 1	Se asumen varianzas iguales	0.324	0.572	0.359	48	0.721	0.146	0.405	-0.669	0.960
	No se asumen varianzas iguales			0.374	22.650	0.712	0.146	0.390	-0.661	0.952
MOV. DENTAL 2	Se asumen varianzas iguales	0.004	0.947	0.010	48	0.992	0.004	0.426	-0.852	0.860
	No se asumen varianzas iguales			0.009	19.057	0.993	0.004	0.452	-0.941	0.949
MOV. DENTAL 3	Se asumen varianzas iguales	0.533	0.469	-0.186	48	0.854	-0.100	0.538	-1.181	0.982
	No se asumen varianzas iguales			-0.189	21.712	0.852	-0.100	0.529	-1.197	0.998
IGM Vestibular	Se asumen varianzas iguales	7.040	0.011	1.980	48	0.053	18.306	9.244	-0.281	36.892
	No se asumen varianzas iguales			2.704	42.835	0.010	18.306	6.769	4.653	31.958
IGM Lingual/Palatino	Se asumen varianzas iguales	5.006	0.030	1.316	48	0.195	9.634	7.323	-5.090	24.359
	No se asumen varianzas iguales			1.637	34.247	0.111	9.634	5.884	-2.320	21.589

ANALISIS ESTADISTICOS

IGM Distal	Se asumen varianzas iguales	2.355	0.131	0.789	48	0.434	5.422	6.876	-8.404	19.248
	No se asumen varianzas iguales			0.972	33.414	0.338	5.422	5.579	-5.923	16.767
IGM Mesial	Se asumen varianzas iguales	2.131	0.151	0.686	48	0.496	4.759	6.932	-9.179	18.697
	No se asumen varianzas iguales			0.831	31.880	0.412	4.759	5.730	-6.914	16.431

De acuerdo con la estadística inferencial, en T de student, hay diferencia estadísticamente significativa en el cruce de Yesavage-Barthel, con $p=0,020$, Yesavage-N° de RR, con $p=0,058$ y Yesavage-IGM vestibular, con $p=0,010$.

Analizando el cruce Yesavage e IMC, los AM con depresión se distribuyeron con frecuencias similares entre las categorías del estudio (normal, sobrepeso, obesidad) y solo 1 AM en categoría de peso bajo.

En el cruce Yesavage y Barthel, hay un mayor porcentaje de dependencia total (46,2%) en los AM con depresión severa en relación con los AM con depresión moderada (21,6%) y un porcentaje mayor de independencia en los AM con depresión moderada (10,8%) en comparación con los AM con depresión severa (0%).

En el cruce Yesavage y N.º de dientes, los AM con depresión moderada tienen más dientes (12,08) que los AM con depresión severa (9,23).

En el cruce Yesavage y N.º de RR, los AM con depresión severa, tienen más RR (7) en comparación con los AM con depresión moderada (3,27).

En el cruce Yesavage y N.º de caries radiculares, los AM con depresión severa presentan más caries radiculares que los AM con depresión moderada

DISCUSIÓN

La depresión en el Adulto Mayor (AM) tiene una elevada prevalencia, siendo diagnosticada y tratada inadecuadamente. Este estudio piloto intenta buscar la relación entre el estado depresivo con la salud bucal en el AM.

La saliva es uno de los fluidos corporales que contribuyen a mantener la salud-bucal. La falta de salivación no es una enfermedad, sino un signo que se presenta por multitud de causas, las cuales pueden ser transitorias o permanentes. (106)

Según Butt (107), la xerostomía inducida por fármacos no es infrecuente, especialmente entre las personas de edad avanzada. Esta afección puede tener un efecto devastador rápido en el entorno bucal de estas personas que ya pueden estar luchando con otros problemas de salud graves.

En el estudio de Kim y cols. (119), con 166.822 pacientes geriátricos en exposición a medicamentos, el medicamento prescrito con mayor frecuencia fue la clorfenamina (antihistamínico) (53,9%) y el evento farmacológico adverso con el mayor número de esta población geriátrica en riesgo, fue la sequedad de boca relacionada con la amitriptilina (antidepresivo) (4,9%).

Las personas con xerostomía continua suelen utilizar más medicamentos y suelen tener más síntomas depresivos y un mayor número de comorbilidades. En los análisis multivariados, la polifarmacia y los síntomas depresivos se asocian con xerostomía (116).

En el estudio de Troya y cols. (106) en 2014, refiere que existe una relación entre la edad, sexo, el estado depresivo y consumo de fármacos en los AM con respecto al síndrome de boca seca.

Resultados similares se han encontrado en este estudio, en donde la variable boca seca presenta una relación estadísticamente significativa con la ingesta de número de fármacos con una $p=0,099$.

Según Los estudios de Callahan y cols. (112), en análisis bivariados indican que los pacientes con síntomas significativos de depresión eran más propensos a ser blancos, mujeres, sin seguro médico y tenían más probabilidades de tener alcoholismo, pérdida

cognitiva leve y de recibir narcóticos, antagonistas de la histamina H₂ y / o benzodiazepinas.

Según Sarró y cols. (108), en las personas de 85 años que viven en la comunidad, se encontró una alta prevalencia de depresión. En nuestro estudio habiendo realizado el diagnóstico de depresión en los participantes integrantes del estudio con el Test de Yesavage (GDS) el 74% de pacientes tienen un grado de depresión moderada y el 26% restante presentan un grado de depresión severa.

Los estudios de Wagstaff y cols (109), y Lôo y cols (110), han demostrado la eficacia antidepressiva de fármacos antidepressivos, en pacientes con depresión. Y aunque los síntomas depresivos no se correlacionaron significativamente con la edad, la educación, los ingresos o las condiciones médicas crónicas (112), en nuestro estudio al cruzar la variable Yesavage con Barthel, número de remanentes radiculares (RR) e índice gingival modificado vestibular (IGMv), se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Según Jiménez-Treviño y cols. (111) existe una tendencia hacia una asociación lineal entre el número de cigarrillos / días consumidos y la gravedad de la depresión según la Escala de Depresión de Hamilton (HDRS) en los fumadores actuales ($p = 0,050$).

De acuerdo con los estudios de los hábitos de limpieza bucal de los ancianos frágiles no institucionalizados, mejoraron levemente como resultado del apoyo externo, lo que tuvo un efecto positivo en la higiene bucal. Las acciones preventivas individuales en el contexto de la salud e higiene bucodental deben integrarse en el plan de atención diaria de los clientes de atención domiciliaria con los primeros signos de fragilidad. (113)

Los factores de riesgo que más incidieron fueron los antecedentes de caries, seguido de la deficiente higiene bucal y la dieta cariogénica. (114)

Sin embargo, suele no haber una correlación significativa entre la puntuación de depresión y la puntuación del Mini-Examen del Estado Mental, o la puntuación del Índice de Barthel. (115)

Según Mendes y cols. (117), se registró una mayor frecuencia del alelo S en personas mayores con depresión. Los individuos portadores del genotipo SS mostraron una prevalencia significativamente alta de enfermedad. Además, el metaanálisis realizado por Zheng y cols. (118), de los estudios de casos y controles mostró que la enfermedad periodontal se asoció positivamente con la depresión.

Por otro lado, Emery y cols. (120), estudiaron la asociación del IMC y los síntomas depresivos que es bidireccional entre los adultos mayores (AM) y parece estar afectada tanto por la edad como por el sexo.

Otro estudio realizado por Sachs y cols(121), entre los adultos mayores (AM), en el IMC, la obesidad parece tener el impacto más adverso en los afroamericanos que tienen más probabilidades de tener sobrepeso y menor nivel socioeconómico.

Existen diversos estudios que relacionan parte de las variables que se analizan en este estudio, pero no abarcan todas ellas.

Las poblaciones generalmente pertenecen a instituciones, existiendo la necesidad de hacer estudios longitudinales de las poblaciones, tanto institucionalizadas, como las no institucionalizadas, para tener una idea clara de como afecta el entorno en el que vive el AM en su calidad de vida y aparición y detección tempranas de trastornos depresivos y su posible relación con el estado de salud bucal y general.

Podemos sugerir que existe una ligera relación entre los estados depresivos y el estado de salud bucal en el AM no institucionalizado, esto se puede deber a que la muestra solo estaba constituida por AMs con estados depresivos diagnosticados según la escala de Yesavage y no había un grupo control, también por el pequeño tamaño muestral al ser un estudio piloto.

Este estudio piloto sirve de base para continuar con próximos estudios longitudinales, ya que no existen estudios que evalúen exhaustivamente el estado de salud bucal del AM, para poner en evidencia todos los problemas bucales de esta población y diseñar modelos preventivos y rehabilitadores con el objetivo fundamental de elevar la salud bucal y general de esta población.

CONCLUSIONES

1. El estado de salud oral del AM no institucionalizado, con estado depresivo, evaluado con el Test de Yesavage, se considera desfavorable por la presencia elevada de pérdida dentaria y condición gingival y periodontal desfavorable.
2. Existe una relación entre el estado de salud oral del AM no institucionalizado con estado depresivo evaluado con el Test de Yesavage en cuanto a la escala de dependencia del índice de Barthel,
3. Existe una relación entre el estado de salud oral del AM no institucionalizado con estado depresivo evaluado con el Test de Yesavage en cuanto al número de restos radiculares.
4. Existe una relación entre el estado de salud oral del AM no institucionalizado con estado depresivo evaluado con el Test de Yesavage en cuanto al índice gingival modificado vestibular.
5. Se concluye que hay una relación significativa entre el número de fármacos y boca seca en los AM no institucionalizados con estado depresivo evaluado con el Test de Yesavage.
6. Existe una relación estadísticamente significativa entre el grado de dependencia según la escala de Barthel y la sensación de boca seca en los AM no institucionalizados con estado depresivo evaluado con el Test de Yesavage.

VII.-BIBLIOGRAFÍA

1. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet*. 2005 Jun 4-10;365(9475):1961-70.
2. Blazer DG 2nd, Hybels CF. Origins of depression in later life. *Psychol Med*. 2005 Sep;35(9):1241-52.
3. de Beurs E, Comijs H, Twisk JW, Sonnenberg C, Beekman AT, Deeg D. Stability and change of emotional functioning in late life: modelling of vulnerability profiles. *J Affect Disord*. 2005 Jan;84(1):53-62.
4. Feighner JP, Boyer WF. Diagnóstico de la depresión. *Perspectivas en Psiquiatría*. Vol 2. Madrid: Salvat; 1991. p. 130-41
5. Calcedo Barba A. La detección de trastornos psiquiátricos en atención primaria. En: López Ibor JJ, editor. *Libro del año en psiquiatría*. Madrid: Ed.Saned; 1995.
6. Martín M. Trastornos psiquiátricos en el anciano. En: *Anales del sistema sanitario de Navarra*. 1999. p. 95–107.
7. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, y cols. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin*. 2006; 126 (12): 445-51.
8. Vilalta J, López S, Llinàs J. Depresión en una muestra geriátrica comunitaria. *Estudio de Girona*. 1998; Vol.2 N°3.
9. Mariño R. Oral health of the elderly: reality, myth, and perspective. *Bull Pan Am Health Organ*. 1994; 28(3): 202-10.
10. NIMH » Las personas mayores y la depresión [Internet]. [citado 25 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-personas-mayores-y-la-depresion/index.shtml>
11. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Out*. 2003;1(1):40.
12. Griffin SO, Barker LK, Griffin PM, Cleveland JL, Kohn W. Oral health needs among adults in the United States with chronic diseases. *J Am Dent Assoc* 2009; 140(10): 1266–74.

13. Impacto del Envejecimiento en el Gasto en Salud: Chile Años 2002 - 2020 - [Internet]. Biblioteca digital. Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile. [citado 29 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-4021.html>
14. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dent Health*. 1994;11(1):3–11
15. Mitchell PB, Harvey SB. Depression and the older medical patient--when and how to intervene. *Maturitas*. 2014 Oct;79(2):153-9.
16. Batista R, Feal P. Epidemiología en la Atención Primaria de Salud. En: *Epidemiología en la Atención Primaria de salud. Temas de Medicina General Integral*. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 2001:308; cap. 7, t. 1
17. Mariño R. La salud bucodental de los ancianos: realidad, mitos y posibilidades. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*; 116 (5), mayo 1994.
18. Mamai-Homata E, Topitsoglou V, Oulis C, Margaritis V, Polychronopoulou A. Risk indicators of coronal and root caries in Greek middle aged adults and senior citizens. *Br Med Clin Pub Health*. 2012;12(1):484.
19. Glassman P. New models for improving oral health for people with special needs. *J Calif Dent Assoc*. 2005;33(8):625–33.
20. Locker D, Quiñonez C. Functional and psychosocial Impacts of oral disorders in Canadian adults: a national population survey. *J Can Dent Assoc*. Septiembre de 2009; 75 (7): 521.
21. Inukai M, Baba K, John MT, Igarashi Y. Does removable partial denture quality affect individuals' oral health? *J Dent Res*. 2008;87(8):736–9.
22. Dervis E. Changes in temporomandibular disorders after treatment with new complete dentures. *J Oral Rehabil*. 2004;31(4):320–6.
23. Allen PF, McMillan AS. A review of the functional and psychosocial outcomes of edentulousness treated with complete replacement dentures. *J Can Dent Assoc*. 2003; 69(10):662.

- 24.Boehm TK, Scannapieco FA. The epidemiology, consequences and management of periodontal disease in older adults. *J Am Dent Assoc.* 2007;138:S26–S33.
- 25.Felton DA. Edentulism and comorbid factors.*J Prosthodont* 2009;18(2):88–96.
- 26.Ribeiro de Castro MC, Ramos-e-Silva M. Physiologic alterations of oral mucosa due to aging: a review. *Acta Dermatovenerol Croat.* 2005;13(3):184-8.
- 27.Suzuki K, Nomura T, Sakurai M, Sugihara N, Yamanaka S, Matsukubo T. Relationship between number of present teeth and nutritional intake in institutionalized elderly. *Bull Tokyo Dent Coll.* 2005;46(4):135-43.
- 28.Marshall SE, Cheng B, Northridge ME, Kunzel C, Huang C, Lamster IB. Integrating oral and general health screening at senior centers for minority elders. *Am J Public Health.* 2013;103(6):1022–5.
- 29.Reyes Obediente FM, Espeso Nápoles N, Hernández Suárez A. Intervención educativa sobre salud bucal para la tercera edad en Centros Comunitarios de Salud Mental. *Rev Am Med Clin.* 2009;13(5).
- 30.Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds III CF, Alexopoulos GS, Bruce ML. Actualización y tratamiento de la depresión en los ancianos. Actualización de los informes del consenso. *J Am Med Assoc (ed esp).* 1998;7:162–7.
- 31.Cooper-Patrick L, Crum RM, Ford DE. Characteristics of patients with major depression who received care in general medical and specialty mental health settings. *Medical care.* 1994;15–24.
- 32.Callahan CM, Hui SL, Nienaber NA, Musick BS, Tierney WM. Longitudinal study of depression and health services use among elderly primary care patients. *J Am Geriatr Soc.* 1994;42(8):833-8.
- 33.Pizarro V, Ferrer M, Domingo-Salvany A, Benach J, Borrell C, Puigvert J, y cols. Dental Health Differences by Social Class in Home-Dwelling Seniors of Barcelona, Spain. *J. Public Health Dent.* 2006;66(4):288–91.

34. Penner A, Timmons V. Seniors' attitudes: oral health and quality of life. *Int J Dent Hyg.* 2004;2(1):2–7.
35. Seirawan H, Sundaresan S, Mulligan R. Oral health-related quality of life and perceived dental needs in the United States. *J Pub Health Dent.* 2011;71(3):194–201
36. Rodríguez Fuentes M, Arpajón Peña Y, Herrera López IB. Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis estomatológica. *Revista Habanera de Ciencias Médicas.* febrero de 2016;15(1):51-63.
37. Hebling E, Pereira AC. Oral health-related quality of life: a critical appraisal of assessment tools used in elderly people. *Gerodontology.* 2007;24(3):151-61.
38. Casanova C, Delgado S, Estéves S. El médico de familia y la depresión del adulto mayor. 2009; 4(1) 24-31
39. OMS | Envejecimiento y ciclo de vida [Internet]. WHO. [citado 25 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/es/>
40. Perspectivas de la población mundial - División de Población - Naciones Unidas [Internet]. [citado 26 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>
41. Carvalho JAM de, Rodríguez-Wong LL. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad Saúde Pública.* 2008;24:597-605.
42. El envejecimiento de la población [Internet]. [citado 25 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.fgcsic.es/lychnos/es_ES/articulos/envejecimiento_poblacion
43. OMS | Datos interesantes acerca del envejecimiento [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 25 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
44. La salud mental y los adultos mayores [Internet]. [citado 25 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

45. Depresión [Internet]. [citado 25 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
46. González Molejón JA, NPunto. La Depresión en el anciano. 1 de noviembre de 2018;50(50):1-50.
47. Luppino FS, Wit LM de, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BWJH, et al. Overweight, Obesity, and Depression: A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(3):220-9.
48. Charney DS, Reynolds CF, Lewis L, Lebowitz BD, Sunderland T, Alexopoulos GS, et al. Depression and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(7):664-72.
49. Agüera-Ortiz L, García-Ramos R, Grandas Pérez FJ, López-Álvarez J, Montes Rodríguez JM, Olazarán Rodríguez FJ, Olivera Pueyo J, Pelegrin Valero C, Porta-Etessam J. Depression in Alzheimer's Disease: A Delphi Consensus on Etiology, Risk Factors, and Clinical Management. *Front Psychiatry*. 2021 Feb 26;12:638651.
50. Wiener RC, Shen C, Findley PA, Dwibedi N, Sambamoorthi U. Depressive symptoms and untreated coronal dental caries among adults ages 21-64 years, NHANES 2013-2014. *Com Dent Health*. 2018;35(3):179-85.
51. Dahl KE, Calogiuri G, Jönsson B. Perceived oral health and its association with symptoms of psychological distress, oral status and socio-demographic characteristics among elderly in Norway. *Br Med Clin Oral Health*. 2018;18(1):1-8.
52. Peretz B, Mersel A. Non-institutionalized elderly dental patients in Israel: socio-demographics, health concerns, and dental anxiety. *Spec Care Dent*. 2000;20(2):61-5.
53. (PDF) WHOQOL-old project: Method and focus group results in Brazil [Internet]. ResearchGate. [citado 28 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/8968110_WHOQOL-old_project_Method_and_focus_group_results_in_Brazil

54. Dion N, Cotart J-L, Rabilloud M. Correction of nutrition test errors for more accurate quantification of the link between dental health and malnutrition. *Nutrition*. 2007;23(4):301-7.
55. Hugo FN, Hilgert JB, Sousa M da LRD, Silva DDD, Pucca GA. Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly. *Com Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(3):224-32.
56. De Marchi RJ, Hugo FN, Hilgert JB, Padilha DMP. Association between oral health status and nutritional status in south Brazilian independent-living older people. *Nutrition*. 2008;24(6):546-53.
57. Lopez-Jornet P, Saura-Perez M, Llevat-Espinosa N. Effect of oral health dental state and risk of malnutrition in elderly people *Ger Gerontol Int*. 2013;13(1):43-9.
58. Rodrigues SM, Oliveira AC, Vargas AMD, Moreira AN, e Ferreira EF. Implications of Edentulism on Quality of Life among Elderly. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(1):100-9.
59. Morales-Suárez-Varela M, Ibáñez-Cabanell P, Gimeno-Clemente N, Roig-García JM, Nieto-García MA, Llopis-González A. Oral and dental health of non-institutionalized elderly people in Spain. *Arch J Gerontol Geriatr*. 2011;52(2):159-63.
60. Dolan TA, Atchison KA. Implications of access, utilization and need for oral health care by the non-institutionalized and institutionalized elderly on the dental delivery system. *J Dent Educ*. 1993;57(12):876-87.
61. Saavedra-González AG, Rangel-Torres SL, García-de León Á, et al. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Aten Fam*. 2016;23(1):24-8.
62. Depresión [Internet]. [citado 26 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
63. Beck FM, Kaul TJ, Weaver JM. Recognition and management of the depressed dental patient. *J Am Dent Assoc*. 1979; 99(6): 967-71.

64. John MT, Micheelis W, Steele JG. Depression as a risk factor for denture dissatisfaction. *J Dent Res*. 2007;86(9):852-6.
65. Hellwig N, Munhoz TN, Tomasi E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21(11):3575-84.
66. Silva AER, Kunrath I, Danigno JF, Cascaes AM, Castilhos ED de, Langlois C de O, et al. [Is oral health associated with the presence of depressive symptoms among the elderly?]. *Ciencia & Saude Coletiva*. 2019;24(1):181-8.
67. Cademartori MG, Gastal MT, Nascimento GG, Demarco FF, Corrêa MB. Is depression associated with oral health outcomes in adults and elders? A systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Invest*. 2018;22(8):2685-702.
68. Hugo FN, Hilgert JB, Sousa M d LR de, Cury JA. Depressive Symptoms and Untreated Dental Caries in Older Independently Living South Brazilians. *Clin Res Epidemiol*. 2012;46(4):376-84.
69. Okoro CA, Strine TW, Eke PI, Dhingra SS, Balluz LS. The association between depression and anxiety and use of oral health services and tooth loss. *Com Dent Oral Epidemiol*. 2012;40(2):134-44.
70. Roohafza H, Afghari P, Keshteli AH, Vali A, Shirani M, Adibi P, et al. The relationship between tooth loss and psychological factors. *Com Dent Health*. 2015;32(1):16-9.
71. Saman DM, Lemieux A, Arevalo O, Lutfiyya MN. A population-based study of edentulism in the US: does depression and rural residency matter after controlling for potential confounders? *Br Med Clin Public Health*. 2014;14(1):1-10.
72. Urzua I, Mendoza C, Arteaga O, Rodríguez G, Cabello R, Faleiros S, et al. Dental Caries Prevalence and Tooth Loss in Chilean Adult Population: First National Dental Examination Survey [Internet]. *Int J Dent Hindawi*; 2012 [citado 28 de febrero de 2020]. p. e810170. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/ijd/2012/810170/>
73. Ren C, McGrath C, Yang Y. Edentulism and associated factors among community-dwelling middle-aged and elderly adults in China. *Gerodontology*. 2017;34(2):195-207.

74. Tyrovolas S, Koyanagi A, Panagiotakos DB, Haro JM, Kassebaum NJ, Chrepa V, et al. Population prevalence of edentulism and its association with depression and self-rated health. *Sci Rep*. 2016;6(1):1-9.
75. Phillips AC, Carroll D, Evans P, Bosch JA, Clow A, Hucklebridge F, et al. Stressful life events are associated with low secretion rates of immunoglobulin A in saliva in the middle aged and elderly. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2006;20(2):191-7.
76. Anttila SS, Knuutila MLE, Sakki TK. Depressive Symptoms Favor Abundant Growth of Salivary Lactobacilli. *Psychosom Med*. 1999;61(4):508–12.
77. Park MS, Hwang K-G, Choi BY. Correlation between depressive symptoms and subjective mastication ability and ability to pronunciation among Korean elderly. *Epidemiol Health*. 2016;38:e2016035-e2016035.
78. Reichart PA. Oral mucosal lesions in a representative cross-sectional study of aging Germans. *Com Dent Oral Epidemiol*. 2000;28(5):390-8.
79. McGrath C, Bedi R. The importance of oral health to older people's quality of life. *Gerodontology*. 1999;16(1):59-63.
80. Ghezzi EM, Ship JA. Systemic Diseases and Their Treatments in the Elderly: Impact on Oral Health. *J Public Health Dent*. 2000;60(4):289-96.
81. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1982;17(1):37–49.
82. Yesavage JA. Geriatric depression scale. *Psychopharmacol Bull*. 1988;24(4):709–11.
83. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2004; 73,124.
84. Van Marwijk H, Arnold I, Bonnema J, Kaptein A. Self-report depression scales for elderly patients in primary care: a preliminary study. *Fam Pract*. 1993;10(1):63-5.

85. McGivney SA, Mulvihill M, Taylor B. Validating the GDS depression screen in the nursing home. *J Am Geriatr Soc.* 1994;42(5):490–2.
86. Salamero M, Marcos T. Factor study of the geriatric depression scale. *Ac Psychiatr Scand.* 1992;86(4):283–6.
87. Motorio I. Adaptación a nuestro medio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en distintos subgrupos: residentes en la comunidad y asistentes a Hospitales de día. *Rev Multidiscip Gerontol.* 1996;6(4):329–37.
88. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: J Aging Ment Health.* 1986;5(1-2):165-73.
89. Alden D, Austin C, Sturgeon R. A correlation between the Geriatric Depression Scale long and short forms. *J Gerontol.* 1989;44(4):P124–5.
90. Leshner EL, Berryhill JS. Validation of the geriatric depression scale-short form among inpatients. *J Clin Psychol.* 1994;50(2):256–60.
91. Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Albert Colomer C, Aguado Taberné C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam.* 2002;12(10):26-40.
92. Espinoza DAK. Calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos mayores concurrentes al Centro del adulto mayor de San Isidro. Tesis Maestría en Estomatología. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2017.
93. La vejez ya no empieza a los 65 años [Internet]. CENIE. 2018 [citado 8 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://cenie.eu/es/noticias/la-vejez-ya-no-empieza-los-65-anos>
94. Olivares PR, Gusi N, Prieto J, Hernandez-Mocholi MA. Fitness and health-related quality of life dimensions in community-dwelling middle aged and older adults. *Health and quality of life outcomes.* 22 de diciembre de 2011;9:117.
95. Fernández-de-las-Peñas C, Hernández-Barrera V, Alonso-Blanco C, Palacios-Ceña D, Carrasco-Garrido P, Jiménez-Sánchez S, et al. Prevalence of neck and low back pain in

community-dwelling adults in Spain: a population-based national study. *Spine*. 1 de febrero de 2011;36(3):E213-9.

96.García R, Sánchez-Pinilla R, Cabezas C, García D, Adell M, Robledo T. Recomendaciones sobre estilo de vida. 1 de enero de 2001;28.

97.Matas DB, Velasco L, Castrillón V. Interacciones de los fármacos más consumidos. 28:11.

98.Borba de Amorim R, Coelho Santa Cruz MA, Borges de Souza-Júnior PR, Corrêa da Mota J, González H C. Medidas de estimación de la estatura aplicadas al índice de masa corporal (imc) en la evaluación del estado nutricional de adultos mayores. *Revista chilena de nutrición*. noviembre de 2008;35:272-9.

99.Almagro P, Ponce A, Komal S, de la Asunción Villaverde M, Castrillo C, Grau G, y cols. Multimorbidity gender patterns in hospitalized elderly patients. *PloS one*. 28 de enero de 2020;15(1):e0227252.

100.Daniel SH. Caries dental: sus diagnósticos y sus tratamientos /. :37.

101.Agullo MJA, Sanchis MVC, Cabanell PI, Loscos FG. Periodoncia para el higienista dental. 2003;12.

102.Moazzez R, Booth V, Barnes VM, Richter R, Xu T, DeVizio W. The use of the Modified Gingival Margin Plaque Index (MGMPI) method to investigate the inhibitory effect of various toothpastes on dental plaque formation. *The Journal of clinical dentistry*. 2010;21(1):1-3.

103.Díaz Y. y otros. (1994). Necesidades de tratamiento periodontal de los pacientes que acuden a la consulta externa del Centro Ambulatorio "Luis Guada Lacau" IVSS. Municipio Naguanagua. Estado Carabobo.[trabajo de ascenso]. Febrero 1994, pp. 6,10

104.Moya MP, Marquardt K, Arellano C, Contreras C, González C. Efectos de la Prótesis Dental en la Función Masticatoria de Adultos Mayores. :10.

105.Chaple Gil AM, Gispert Abreu E de los Á, Chaple Gil AM, Gispert Abreu E de los Á. "Amar" el índice de O'Leary. *Revista Cubana de Estomatología [Internet]*. diciembre de 2019 [citado 14 de diciembre de 2020];56(4). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75072019000400017&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

106. Troya Borges E, Martínez Abreu J, Padilla Suarez E, Rodríguez Hernández Y. Consideraciones actuales sobre la xerostomía o síndrome de boca seca. *Revista Médica Electrónica*. octubre de 2014;36(5):583-95.

107. Butt GM. Drug-induced xerostomia. *J Can Dent Assoc*. mayo de 1991;57(5):391-3.

108. Sarró-Maluquer M, Ferrer-Feliu A, Rando-Matos Y, Formiga F, Rojas-Farreras S. Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *SEMERGEN - Medicina de Familia*. octubre de 2013;39(7):354-60..

109. Wagstaff AJ, Ormrod D, Spencer CM. Tianeptine: a review of its use in depressive disorders. *CNS Drugs*. 2001;15(3):231-59.

110. Lóo H, Malka R, Defrance R, Barrucand D, Benard JY, Niox-Rivière H, et al. Tianeptine and amitriptyline. Controlled double-blind trial in depressed alcoholic patients. *Neuropsychobiology*. 1988;19(2):79-85.

111. Jiménez-Treviño L, Velasco Á, Rodríguez-Revuelta J, Abad I, De la Fuente-Tomás L, González-Blanco L, et al. Factors associated with tobacco consumption in patients with depression. *Addictions*. 1 de septiembre de 2019;31(4):298-308.

112. Callahan CM, Hendrie HC, Dittus RS, Brater DC, Hui SL, Tierney WM. Depression in late life: the use of clinical characteristics to focus screening efforts. *J Gerontol*. enero de 1994;49(1):M9-14.

113. Tuuliainen E, Nihtilä A, Komulainen K, Nykänen I, Hartikainen S, Tiihonen M, et al. The association of frailty with oral cleaning habits and oral hygiene among elderly home care clients. *Scand J Caring Sci*. diciembre de 2020;34(4):938-47

114. Lauzardo García del Prado G, Gutiérrez Hernández CM, Quintana Castillo M, Gutiérrez Hernández N, Fajardo Puig J. Caracterización del estado de salud bucal y nivel de conocimientos en pacientes geriátricos Caricua: Venezuela. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. noviembre de 2009;8(4):0-0.

115. Li S-C, Wang K-Y, Lin J-C. Depression and related factors in elderly patients with occlusion stroke. *J Nurs Res.* marzo de 2003;11(1):9-18.
116. Viljakainen S, Nykänen I, Ahonen R, Komulainen K, Suominen AL, Hartikainen S, et al. Xerostomia among older home care clients. *Community Dent Oral Epidemiol.* junio de 2016;44(3):232-8.
117. Mendes DC, Silva TF, Barros L de O, de Oliveira MVM, Vieira LT, Haikal DS, et al. Analysis of the normative conditions of oral health, depression and serotonin-transporter-linked promoter region polymorphisms in an elderly population. *Geriatr Gerontol Int.* enero de 2013;13(1):98-106.
118. Zheng D-X, Kang X-N, Wang Y-X, Huang Y-N, Pang C-F, Chen Y-X, et al. Periodontal disease and emotional disorders: A meta-analysis. *J Clin Periodontol.* febrero de 2021;48(2):180-204
119. Kim GJ, Lee KH, Kim JH. South Korean geriatrics on Beers Criteria medications at risk of adverse drug events. *PLoS One.* 2018;13(3):e0191376.
120. Emery CF, Finkel D, Gatz M, Dahl Aslan AK. Evidence of Bidirectional Associations Between Depressive Symptoms and Body Mass Among Older Adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 14 de septiembre de 2020;75(8):1689-98.
121. Sachs-Ericsson N, Burns AB, Gordon KH, Eckel LA, Wonderlich SA, Crosby RD, et al. Body mass index and depressive symptoms in older adults: the moderating roles of race, sex, and socioeconomic status. *Am J Geriatr Psychiatry.* septiembre de 2007;15(9):815-25.

VIII.-ANEXOS Y TABLAS

Anexo VIII.1:**CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS DEL OBSERVADOR**

Nº Paciente		Fecha
Fecha de nacimiento: 0/0/19..	Sexo	

Anamnesis y antecedentes personales (patologías sistémicas):

Antecedentes familiares:

Historia farmacológica (anotar las alergias medicamentosas):

DEPRESIÓN**ESCALA VALORACIÓN DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE**

VALOR	DIAGNÓSTICO
0-5	Normal
6-10	Depresión moderada
>11	Depresión severa

HÁBITO TABÁQUICO

Concepto	Cantidad	Código
No fuma		0
Fuma	<10 Cigarrillos/día	1
	10-20 Cigarrillos/ día	2.....
	>20 Cigarrillos	3
Exfumador		4

HÁBITO ALCOHÓLICO

Concepto	Cantidad		Código
Abstemio			0
Bebedor	Hombre	Mujer	
	<30 gramos/día	<20 gramos/día	1
	30-50 gramos/día	20-32 gramos/día	2
	51-120 gramos/día	33-80 gramos/día	3
	>120 gramos/día	>80 gramos/día	4
Ex bebedor			5

ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Desnutrición	< 16,5 Kg	Peso bajo	1
Delgadez	16,5 - 18,4 Kg		2
Saludable	18,5 - 24,9 Kg	Peso ideal	3
	22,0 - 28,0 Kg	Ideal ancianos	3
Sobrepeso	25,0 - 29,9 Kg	Preobesidad	4
Obesidad moderada	30,0 - 34,9 Kg	Obesidad	5
Obesidad severa	35,0 - 40,0 Kg		6
Obesidad mórbida	> 40,0 Kg		7

$$IMC = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura}^2}$$

(107-10)

ÍNDICE DE BARTHEL**Comer**

10 independiente: Capaz de utilizar cualquier instrumento. Come en tiempo razonable.

5 necesita ayuda: Para cortar, pero come solo.

0 dependiente: Necesita ser alimentado por otra persona.

Lavarse-Bañarse

5 independiente: Lavarse entrar y salir de ducha o bañera. Sin estar una persona presente.

0 dependiente: Necesita alguna ayuda o supervisión.

Vestirse

10 independiente: Poner y quitarse la ropa sin ayuda. Atarse zapatos, abrochar botones.

5 necesita ayuda: Realiza al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.

0 dependiente: Necesita alguna ayuda o supervisión.

Arreglarse

5 independiente: Lavarse la cara, peinarse, maquillarse, afeitarse, lavarse los dientes..

0 dependiente: Necesita alguna ayuda.

Deposición

10 continente: Ningún episodio de incontinencia. Se administra solo enemas o supositorios.

5 ocasional: Menos de un accidente por semana o necesita ayuda ben enema o supositorio.

0 incontinente: Necesita alguna ayuda.

Micción

10 continente: Ningún episodio. Seco de día y de noche. Puede cambiarse bolsa diuresis solo.

5 ocasional: Menos de un accidente por semana o necesita ayuda.

0 incontinente: Pacientes con sonda incapaces de manejarse solos.

Ir al retrete

10	independiente: Entra y sale solo.
5	necesita ayuda: Se maneja solo con pequeña ayuda en equilibrio, desvestirse. Se limpia solo.
0	dependiente: Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

Traslado sillón/cama

15	independiente: Sin ayuda en todas las fases.
10	mínima ayuda: Supervisión verbal o mínima ayuda física.
5	gran ayuda: Necesita mucha ayuda al desplazarse y al entrar o salir de la cama.
0	dependiente: Necesita grúa, completo alzamiento por 2 personas. Incapaz de permanecer sentado.

Deambulación

15	independiente: Camina solo sin ayuda ni supervisión al menos 50 metros.
10	necesita ayuda: Para andar 50m necesita supervisión o pequeña ayuda física.
5	independiente en silla de ruedas: En 50m capaz de desplazarse, atravesar puertas y girar esquinas.
0	dependiente: En silla de ruedas precisa ser empujado por otra persona.

Subir y bajar escaleras

10	independiente: Sube y baja escaleras sin ayuda o con apoyo que precisa para andar.
5	necesita ayuda: Supervisión física o verbal.
0	dependiente: Incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor.

Leyenda	Dependencia total	Dependencia severa	Dependencia moderada	Dependencia escasa	Independiente
---------	-------------------	--------------------	----------------------	--------------------	---------------

ANEXOS Y TABLAS

Puntuación Total	0-20	25-60	65-90	95	100
------------------	------	-------	-------	----	-----

CARIES DENTAL

1er Grado=1	Solo esmalte
2do Grado=2	Esmalte y dentina
3er Grado=3	Esmalte, dentina y pulpa
4to Grado=4	Manifestación periapical
5to Grado=5	Afecta la raíz

MOVILIDAD DENTAL

Grado 0=0	Sin movilidad.
Grado 1=1	Menos de 1 mm de movimiento horizontal.
Grado 2=2	Más de 1 mm de movimiento horizontal.
Grado 3=3	Más de 1mm de movimiento horizontal y hundimiento en el alveolo.

ÍNDICE GINGIVAL MODIFICADO

0	<p>SIN INFLAMACIÓN NI SANGRADO.</p> <p>Encía totalmente sana.</p>
1	<p>Inflamación leve.</p> <p>Cambio ligero de color, poco cambio en textura en cualquier porción de la unidad gingival.</p>

2 Inflamación moderada.
 Criterios como los anteriores, pero afectando a la totalidad de la unidad gingival o papilar.

3 Inflamación moderada.
 Brillo, eritema y/o hipertrofia de la unidad gingival marginal o papilar.

4 Inflamación grave.
 Eritema marcado, edema y/o hipertrofia de la unidad gingival marginal o papilar.
 Hemorragia espontánea, congestión o ulceración.

Cada unidad gingival se puntúa de 0 a 4.
 Se valoran las superficies mesial, bucal, palatino/lingual y distal.

PIEZAS EN BOCA		
PIEZAS EN BOCA		PIEZAS EN BOCA

ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITARIO

CRITERIOS DEL ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITARIO (CPI). Pérdida fijación.	
0	<p>TEJIDO SANO.</p> <p>No se aprecia sangrado, bolsas, ni cálculo.</p>
1	<p>SANGRADO DURANTE O DESPUES DEL SONDAJE.</p> <p>Puede haber, o no, bolsas y/o cálculo.</p>
2	<p>CÁLCULO U OTROS FACTORES RETENTIVOS (CORONAS, OBTURACIONES MAL ADAPTADAS)</p> <p>Profundidad de sondaje ligeramente sobrepasa los 3.5 mm</p>
3	<p>No necesario examinar sangrado o cálculo.</p> <p>Profundidad de sondaje entre 3.5 y 5.5 mm</p>
4	<p>Toda la banda negra de la sonda, NO VISIBLE</p> <p>Profundidad de sondaje > 6 mm</p>

X	Sextante EXCLUIDO.
	Menos de dos dientes presentes.
	Se EXCLUYEN los terceros molares, salvo que éstos funcionen en lugar de segundos molares

PRÓTESIS DENTAL

No	0
Sí	1
Adaptada	2
Desadaptada	3
Totales superior o inferior	4
Totales superior e inferior	5
Sostenida con implantes	6
Fijas sobre muñones naturales	7
Removibles esqueléticas	8

HIGIENE

- Frecuencia de cepillado:
- 0 veces/día
 - 1 vez /día
 - 2 veces/día
 - 3 veces/día

Uso de cepillo interdental (o hilo dental):

- No
- ocasional (en caso de empaquetamiento)
- 1 vez/día

2 o + veces/día

Uso de irrigador bucal: No

Sí

SENSACIÓN SUBJETIVA DE BOCA SECA

No	0
Sí	1
Medicación predisponente	2

LESIONES EN MUCOSA ORAL

No presenta	0
Lesiones blancas	1
Lesiones rojas	2
Lesiones pigmentadas	3
Lesiones ulceradas	4
Surcos y fisuras	5
Lesiones hiperplásicas	6
Lesiones vesículo-ampollosas	7
Tumoraciones y lesiones excrecentes	8

¿El paciente ha completado el estudio? (Táchese lo que proceda)

Sí

No

En caso de no haber completado el estudio, anotar las causas y la fecha de abandono o retirada:

Incidencias:

Tabla VIII.1 Análisis de la variable principal

Variable principal	Tipo según la Escala	Categorías	Descripción
Depresión	Dicotómica asimétrica, continua, cualitativa, excluyente	Ausencia de Depresión=0 Leve =1 Moderada =2 Severa =3	Diagnosticados con la aplicación del test de Yesavage.

Tabla VIII.2 Análisis de las variables secundarias independientes

Variab les independiente s	Tipo según la Escala	Categorías	Descripción
Edad	Nominal, continua, excluyente	Adultos mayores	Pre-vejez: 65-74 años Vejez: 75-90 años

ANEXOS Y TABLAS

			Super vejez: >90 años
Sexo	Cualitativa, nominal, dicotómica	Masculino=0 Femenino=1	Según características biológicas
Higiene bucal	Cualitativa, Nominal,	Deficiente=0 Mala =1 Buena =2	Realizando el índice de higiene oral simplificado.
Frecuencia de cepillado	Cuantitativa, discreta.	Veces al día: 0 veces=0 1 vez =1 2 veces=2 3 veces=3	Demostrar la técnica correcta del uso del cepillo dental y su frecuencia de cambio.
Tabaco	Nominal, dicotómica, cualitativa, excluyente.	<10cigarrillo s/día 10- 20cigarrillo/d ía >20cigarrillo s/día	Demostrar la nocividad del hábito tabáquico en la salud bucal.
Alcohol	Nominal, dicotómica, cualitativa, excluyente	Femenino: No superar 2 UBE's (20g de alcohol) al día. Masculino: No superar 3-	Demostrar las manifestaciones orales del paciente AM bebedor.

		4 UBE's (30-40g de alcohol) día	
Índice de Masa Corporal (IMC)	Cuantitativa Continúa	Desnutrición: <16,5kg Delgadez: 16,5-18,4Kg Saludable (Peso ideal en AM) : 18,5-24,9Kg 22,0-28,0Kg Sobrepeso: 25,0-29,9Kg Obesidad moderada: 30,0-34,9Kg. Obesidad severa: 35,0-40,0Kg Obesidad mórbida: >40,0Kg	
Índice de Barthel	Cuantitativa, excluyente	D.total= 0 D.severa=1 D.moder=2 D.escasa=3	Evaluar el grado de dependencia del AM. (136)

		Independent e= 4	
Índice de Yesavage	Cuantitativa, dicotómica	No dep: 0 Dep.lev: 1 Dep.mod:2 Dep.seve:3	Evaluar y diagnosticar si el paciente tiene o no depresión. Requisito principal de criterio de selección.(137)

Tabla VIII.3 Análisis de las variables secundarias dependientes

Variables dependientes	Tipo según la escala	Categorías	Descripción
Caries dental	Cualitativa nominal, dicotómica, excluyente.	Grado1=1 Grado2=2 Grado3=3 Grado4=4 Grado5=5	Según examen clínico.
Prótesis	Cualitativa nominal, dicotómica, excluyente.	No=0 Sí=1 Adaptada=2 Desadaptada=3 Total sup.o inf=4 Total sup.e inf=5 Sostenida con implantes=6	Según examen clínico

ANEXOS Y TABLAS

		Fija sobre muñones naturales=7 Esqueléticas rem=8	
Sensación de boca seca	Cuantitativa. Dicotómica	No=0 Sí =1 Medicación predisponente=2	Según examen clínico y anamnesis.
Lesiones en mucosa oral	Nominal, dicotómica, excluyente	No=0 Lesiones blancas=1 Lesiones rojas=2 Lesiones pigmentadas=3 Lesiones ulceradas=4 Surcos y fisuras=5 Lesiones hiperplásicas=6 Lesiones vesículo ampollosas=7 Tumoraciones y lesiones excrecentes=8	Según examen clínico.

AnexoVIII.2.-

ESCALA DE YESAVAGE

	SI	NO
1.- ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?		
2.- ¿Continúa realizando sus actividades e intereses habituales?		
3.- ¿Siente que su vida es plena, feliz?		
4.- ¿Encuentra divertido lo que realiza cotidianamente?		
5.- ¿Está usted animado casi todo el tiempo?		
6.- ¿Vive la vida sin temores?		
7.- ¿Está usted contento durante el día?		
8.- ¿Se siente atendido o cuidado?		
9.- ¿Prefiere salir de casa o de la habitación, a quedarse?		
10.- ¿Su memoria es adecuada?		
11.- ¿Cree que es estupendo estar vivo?		
12.- ¿Se siente usted útil tal como está ahora?		
13.- ¿Se siente lleno de energía?		
14.- ¿Cree que su situación no es desesperada?		
15.- ¿Cree que la mayoría de la gente está peor que usted?		

Puntuación total =

SÍ=0 NO=1

Puntuación ≥ 5 indica DEPRESIÓN

Anexo VIII.3.-Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS CLÍNICOS
--

1. IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Se solicita su autorización para utilizar los datos clínicos y de la evolución del tratamiento que se le ha realizado en y que se hallan recogidos en su historia clínica, para el trabajo de investigación:

“Depresión y su influencia en la Salud Oral en Adultos Mayores no Institucionalizados”, cuya finalidad es evaluar ...La relación existente entre un estado depresivo: leve, moderado o severo y una buena salud del aparato masticatorio.....

.....
...

2. OBJETIVO

A través de este estudio se pretende demostrar si los pacientes que tienen algún estado depresivo influye negativamente en el estado de su salud bucal.

3. EN QUÉ CONSISTE SU PARTICIPACIÓN:

Ud. tendrá que responder a un test que establece el grado de depresión en los pacientes (Test de Yesavage. GDS), que es una encuesta autoaplicada de 15 preguntas. Cuyas respuestas serán: Sí ó No.

A través de sus respuestas se podrá determinar si el estado de depresión afecta a su salud oral.

4. BENEFICIOS ESPERADOS

Ni los investigadores ni usted, percibirán compensación económica o de otro tipo por realizar y participar en ésta investigación. Sin embargo, si las investigaciones que se pudieran realizar tuvieran éxito, podrían ayudar en el futuro a pacientes que tienen la misma enfermedad o padecen otras enfermedades similares. La información no será vendida o distribuida a terceros con fines comerciales.

5. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO PARTICIPACIÓN Y DERECHO DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

La participación en este proyecto de investigación es voluntaria y puede cancelarse en cualquier momento. Si rechaza participar, no habrá consecuencias negativas para usted. Si se retira del proyecto, puede decidir si los datos utilizados hasta ese momento, deben borrarse o si se pueden seguir utilizando tras haberlos convertido en anónimos (p. ej., eliminando los datos de la información identificativa, incluido el código, para que resulte imposible volver a identificarlos).

Pueden solicitar a los investigadores que les proporcionen los datos almacenados en el registro y que corrijan los errores en ellos en cualquier momento.

6. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y CONFIDENCIALIDAD

Sus datos personales y de salud serán incorporados a un Fichero de datos para su tratamiento, de acuerdo con lo estipulado en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. El titular de los datos personales podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de datos de carácter personal, y de revocación del consentimiento, en los términos previstos en la normativa aplicable.

7. INFORMACIÓN DE CONTACTO

Si tienen alguna pregunta sobre este proyecto de investigación, puede consultar en cualquier momento al Investigador: ...Carmen E. Abregú Flores.....

Si deciden participar en este proyecto, rellenen y firmen el formulario de consentimiento que aparece a continuación

8. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D./Dña.....de.....años de edad, con domicilio en

.....DNI.....

...

D./Dña.....de.....años de edad, con domicilio en.....,DNI.....en calidad de representante (en caso de minoría legal o incapacidad) de.....con DNI.....

DECLARO

- Que he leído la hoja de información que se me ha entregado.
- Que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado.
- Que he podido realizar observaciones y me han sido aclaradas las dudas que he planteado.
- Que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
- Que de forma libre y voluntaria cedo los datos que se hallan recogidos en mi historia clínica para el estudio que se me ha propuesto
- Que puedo incluir restricciones sobre el uso de las mismas.

CONSIENTO

Que se utilicen los datos que se hallan recopilados en mi historia clínica para el mencionado estudio.

Que el investigador pueda acceder a mis datos en la medida en que sea necesario y manteniendo siempre su confidencialidad.

Que el personal del centro me contacte en el futuro en caso de que se estime oportuno añadir nuevos datos a los recogidos y/o tomar nuevas muestras. Sí No

Deseo incluir la siguiente restricción al uso de mis datos:

.....

Fdo.: D./Dña

En a..... de de 20.....

Declaración Investigador:

He informado debidamente al donante

Fdo.: DNI

En a de de 20...

REVOCACIÓN

Fdo.: D./Dña

Revoco el consentimiento cedido para la utilización de mis datos para el estudio propuesto

En a..... de de 20.....

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

EJEMPLAR PARA EL CENTRO

D./Dña.....de..... años de edad, con domicilio en.....DNI.....

D./Dña.....de.....años de edad, con domicilio en.....,DNI.....en calidad de representante (en caso de minoría legal o incapacidad) de.....con DNI.....

DECLARO

- Que he leído la hoja de información que se me ha entregado.
- Que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado.
- Que he podido realizar observaciones y me han sido aclaradas las dudas que he planteado.
- Que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
- Que de forma libre y voluntaria cedo los datos que se hallan recogidos en mi historia clínica para el estudio que se me ha propuesto
- Que puedo incluir restricciones sobre el uso de las mismas.

CONSIENTO

Que se utilicen los datos que se hallan recopilados en mi historia clínica para el mencionado estudio.

Que el investigador pueda acceder a mis datos en la medida en que sea necesario y manteniendo

siempre su confidencialidad.

Que el personal del centro me contacte en el futuro en caso de que se estime oportuno añadir nuevos datos a los recogidos y/o tomar nuevas muestras. Sí No

Deseo incluir la siguiente restricción al uso de mis datos:

.....
...

Fdo.: D./Dña

En a..... de de 20.....

Declaración del investigador:

He informado debidamente al donante

Fdo.: DNI

En a de de 20...

REVOCACIÓN

Fdo.: D./Dña

Revoco el consentimiento cedido para la utilización de mis datos para el estudio propuesto

En a..... de de 20.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO

(Copia para el paciente)

Yo (nombre y apellidos) D./Dña _____
en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que:

He leído la información que se me ha entregado, he recibido suficiente información sobre el estudio, y he podido realizar cualquier pregunta, y considero que he comprendido la naturaleza y propósito del procedimiento y el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y DOY MI CONSENTIMIENTO para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

En Madrid ade..... de20....

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FIRMA DEL INVESTIGADOR

DNI DEL PACIENTE

