



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"**

**IMPACTO PSICOSOCIAL DE LAS
ENFERMEDADES BUCODENTALES EN UN
GRUPO DE PACIENTES GERIÁTRICOS**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

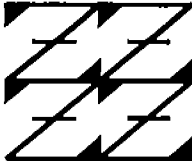
CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A N:

CLAUDIA RUTH ACOSTA MEDINA

ERIKA AIDEE MERCEDES GONZÁLEZ CASTRO

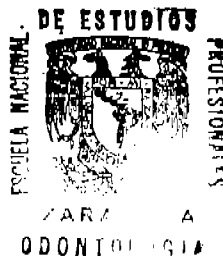
U N I V E R S I T A D
F E S
ZARAGOZA



LO HUMANO EJES
DE NUESTRA REFLEXIÓN

MÉXICO, D.F.

**DIRECTORA DE TESIS:
MTRA. OLGA TABOADA ARANZA**



2005

m339782



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Acosta Medina

Claudia Ruth

FECHA: 7/01/05

FIRMA: 

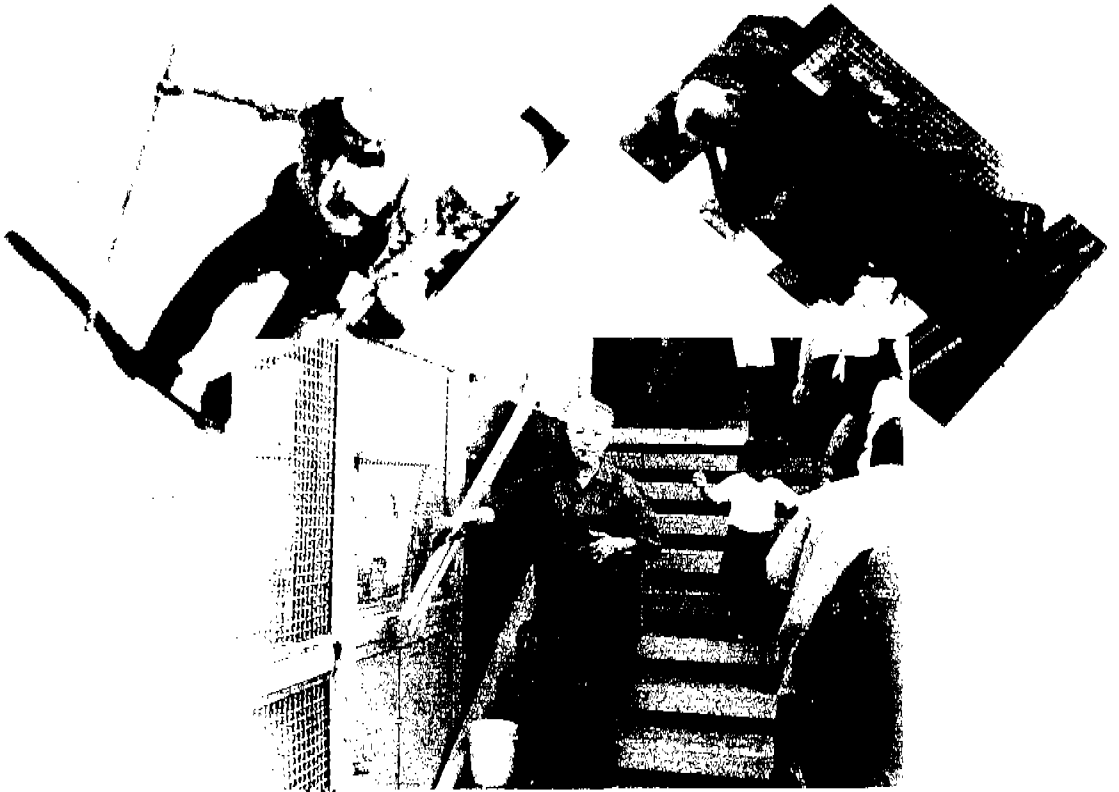
Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Gonzalez Castro

Erika Nidia Mercedes

FECHA: 7/01/05

FIRMA: 



ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	3
El rostro socioeconómico de las condiciones de la tercera edad	7
Transición epidemiológica y mortalidad por causas, en las edades avanzadas	9
Situación bucodental del anciano	13
Cambios físicos de la cavidad bucal en los ancianos	16
Envejecimiento bucal	18
Alteraciones psicosociales producidas por un deficiente estado bucal	19
JUSTIFICACIÓN	26
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
OBJETIVO GENERAL	29
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
METODOLOGÍA	30
Tipo de estudio	30
Universo de estudio	30
Variables	31
Técnica	32
Diseño estadístico	33
RESULTADOS	34
CONCLUSIONES	56
PROPUESTAS	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

Los actuales datos demográficos muestran un envejecimiento de la población mexicana. El número de personas mayores de 60 años y el porcentaje de ancianos con más de 80 años crece notablemente. Este incremento en la expectativa de vida, es el resultado del rápido crecimiento y avance de la ciencia médica, el avance de la salud pública y de las mejores condiciones de vida.

La edad como norma social, define frecuentemente a las personas como ancianas o mayores en función de su aspecto exterior y no de su estado funcional o de otras aptitudes. En este sentido los ancianos sufren las consecuencias de las normas sociales y laborales entre ellas la jubilación; educacionales y familiares como soledad, que actúan sobre la conducta y salud bucal.

Cada día, los ancianos recuperan el lugar que les corresponde dentro de la sociedad, esto debido a que "*el anciano joven*" cuenta con una educación y una conciencia política que le lleva a exigir sus derechos, más que sus cohortes más ancianos.

Una nueva dimensión de la salud comienza a hacerse notar en los aspectos biológicos, sociales y económicos del envejecimiento. Esta situación emergente modifica las condiciones y prioridades de salud, lo que cobra mayor relevancia conforme transcurre el tiempo y avanza este proceso de envejecimiento de la población.

La cavidad bucal como el resto del organismo no escapa al paso de los años, la edad provoca cambios en las estructuras bucodentales acordes al proceso de envejecimiento.

Cuando se habla de los problemas de salud en la tercera edad, poco se piensa en los problemas dentales y cuando se hace se dá por hecho que al llegar a esta etapa de la vida es "normal" que existan pocos dientes o el usar prótesis totales. Nada más lejos de la realidad, por lo que, es necesario desarrollar por parte de la odontología soluciones a los problemas bucodentales de los ancianos, problemas que se originaron y se acumulan a lo largo de la vida.

Las investigaciones en psicogerontología han examinado sólo recientemente las consecuencias sociales y psicológicas de las condiciones dentales en lugar de las fisiológicas, sus resultados han mostrado que los problemas de salud dental comprometen la calidad de vida de los ancianos, al limitar sus interacciones sociales y afectar su amor propio.

En este contexto se consideró necesario desarrollar un proyecto de investigación en el cual se evaluará el impacto psicosocial de las enfermedades buco dentales en un grupo de ancianos.

MARCO TEÓRICO

El envejecimiento de la población es un tema que actualmente suscita un creciente interés, especialmente en lo que respecta al impacto económico y social en la sociedad. En el envejecimiento como proceso social y demográfico, se reconocen tres niveles.

- El primero se encuentra en el ámbito de los individuos, ya que, al hablar de envejecimiento se tiene que hacer referencia a la ampliación de los horizontes de vida y del incremento de la sobre vivencia; la longevidad de las personas instaure nuevas etapas en el ciclo de vida que plantean demandas y necesidades específicas de este grupo, como es una calidad de vida.
- El segundo nivel se encuentra en la población en general, debido a que el envejecimiento se da por el descenso de la fertilidad y el incremento de la esperanza de vida al nacer.
- El último nivel es el de la sociedad, en donde el envejecimiento es una figura metafórica que ilustra el surgimiento de una estructura demográfica compleja, débil y frágil "la tercera edad".¹

Ancianidad, vejez, senilidad, tercera edad, son términos que se utilizan para referirse a la última etapa de la vida, la cual, se manifiesta polifacéticamente y de manera variable en todas las áreas de la vida del individuo y que a la vez, es determinada por la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales.

El envejecimiento es producido por una asociación de causas, es un proceso irreversible que se manifiesta en el deterioro de las funciones del ser vivo, es producto de la relación del individuo con su medio ambiente, una relación

genética-medio ambiente, donde tiene importancia por una parte, el tipo y cantidad de estímulos que el medio ofrece, así como, la forma a que se responde a esos estímulos.

Definir la edad límite a partir de la cual se convertirá en una persona de "la tercera edad" es difícil y arriesgado, ya que, no es posible determinar con exactitud a que edad se es viejo y ante la necesidad de establecer una edad que señale el ingreso a esta etapa de la vida, se recurre a una convencional y arbitraria entre los 60 y los 65 años; en los países desarrollados se prefiere el uso de 65 años y en los no desarrollados se toman como referencia los 60 años.^{1, 2}

Una persona anciana o de "tercera edad", es la suma total de las vivencias que ha tenido durante toda su vida y la experiencia que esto conlleva. Hoy en día debido a la longevidad, también se habla de una "cuarta edad", debido a que existen muchas personas que alcanzan más de los 80 años en perfectas condiciones psíquicas y físicas.³

Hay factores propios del envejecimiento que van determinando que un individuo está ingresando en el "tercer estadio de la vida" y que señalan que éste se está desprendiendo de ciertas funciones, roles, relaciones en comparación con otros periodos anteriores de su vida, algunos de los cuales son:

- 1) Declinación funcional del sistema reproductivo.
- 2) Descenso progresivo en sus funciones biológicas.
- 3) Disminución de su capacidad de producción.
- 4) Mayor frecuencia de enfermedades incurrentes como la artrosis, los problemas coronarios, hipertensión arterial y diabetes mellitus, entre otros.
- 5) Modificaciones psicológicas frente al mundo externo.

El vínculo cuerpo-tiempo representa uno de los ejes centrales para entender los procesos inherentes a esta etapa. El paso del tiempo determinado por los cambios

sociales, funcionales y biológicos entran en íntima relación con la percepción del irremediable tiempo transcurrido, que en la vejez adquiere una relevancia especial.

Además, todo esto se entrelaza con los valores que predominan en la sociedad actual donde el mantenimiento de la "belleza física y cosmetológica", se ha constituido en un factor predominante y primordial. Esta imagen perdida, cae sobre la persona y lo puede conducir a una sobre-adaptación por no estar adecuadamente compensado con otras actividades.⁴

Tanto las incapacidades físicas, como el deterioro de la habilidad manual, los cambios físicos y psicológicos adaptativos que sufren y la menor expectativa de vida, hacen que el tratamiento dental de este grupo de población sea compleja en su desarrollo, por lo que, frecuentemente y de alguna manera son dejados a los servicios de salud.

Entre todos los elementos que completan lo anteriormente señalado, destacan los factores históricos, los cuales influyen de tal manera en los individuos que sus vivencias son el motivo de cambios en la actitud y la postura de cada persona ante circunstancias similares.

Los pacientes que ahora son viejos, incluyendo los nuevos viejos -aquellos que recientemente cumplieron los 60 años de edad⁵- y aún entre individuos de una misma generación existen variaciones en cuanto a la manera de reaccionar ante un nuevo planteamiento, por lo tanto, se debe tratar con individualidad cada uno de los pacientes tomando en cuenta sus cambios biológicos, psicológicos y económicos. Este último es otro aspecto de gran trascendencia, ya que, un gran porcentaje de los pacientes de esta edad tienen problemas económicos debido a factores como son el hecho de estar pensionados y/o recibir pocos ingresos, vivir en instituciones de beneficencia o con familiares, dependiendo de terceras personas.⁶

La autovaloración e integración de si mismo, se constituye en un duelo, pero de tipo patológico, y ese estado emocional de aflicción puede obstruirle sus otros deseos en el ritmo y calidad de su devenir laboral, social o familiar.⁷

Para algunos autores el envejecimiento es visto como la fase final, derivada de dos transiciones: la transición demográfica y la transición epidemiológica.

Definida y descrita brevemente, la transición demográfica se refiere a los cambios en la estructura de la población, producto en la baja de fecundidad y la mortalidad.⁸

El incremento de la población mexicana de acuerdo a la proyección de los especialistas pasará de los 100 millones de habitantes registrados en el año 2000 a más de 130 millones para el año 2050.⁹

La población de 65 años y más en el año 1970 era de 1.8 millones de personas, en el año 2000 fue de 4.8 millones, para el año 2050 –según la hipótesis media de las proyecciones de Naciones Unidas– habrá 27.3 millones de personas en este grupo de edad, cifra equivalente a la población total de México en 1950.¹⁰

Ahora bien, la transición epidemiológica se refiere al cambio hacia menores incidencias, prevalencias y letalidades de las enfermedades infecciosas y agudas junto con el incremento en la incidencia, prevalencia y letalidad de las enfermedades crónica-degenerativas e incapacitantes.¹¹

Entre 1940 y 1999 en México los niveles de mortalidad descendieron aceleradamente, la esperanza de vida al nacer se incrementó en 33.2 años, al pasar de 41.4 años a 74.6 años en este periodo. En México, en 1999 la esperanza de vida para los hombres era 1.5 años menor que la de las mujeres.¹⁰

Las diferencias por sexo son también relevantes y merecedoras de consideraciones específicas; más allá del hecho de que la tasa de mortalidad es menor en las mujeres de edad avanzada –lo que da lugar a un menor índice de masculinidad–, son ellas las que sufren una mayor incidencia de morbilidad y una mayor prevalencia de incapacidades.¹¹

Como puede observarse en estos párrafos, México se encuentra en plena transformación por las dos transiciones mencionadas. Una transformación que debe cambiar la dimensión de la salud que comienza a hacerse notar en los aspectos biológicos, sociales y económicos del envejecimiento de este continente que está adquiriendo importancia.

El rostro socioeconómico de las condiciones de la tercera edad

El proceso de envejecimiento tiene repercusiones sobre varias dimensiones que afectan el funcionamiento normal de las sociedades y el bienestar relativo no sólo de los ancianos, sino también, de las generaciones más jóvenes. Las más importantes entre éstos son los sistemas de jubilación y pensiones, la composición de la fuerza laboral y de la familia, las dimensiones domésticas, los cambios intergeneracionales de las familias, la situación sanitaria y las condiciones de salud de los ancianos.¹²

Con respecto a las pensiones, en 1990 se registraron 521 mil pensionados, siendo 395 mil hombres y 126 mil mujeres. En el año 2000, el número de pensionados se duplicó a 796 mil, siendo 593 mil hombres y 203 mil mujeres, el 24% de los jubilados tiene entre 60-64 años, el 76% de ellos son mayores de 65 años de edad, el diferencial entre géneros es de 3 hombres por 1 mujer pensionada.

El rol familiar en el hogar, reportado en el censo de los años 1990 y 2000, mostró que el porcentaje de individuos de la tercera edad casados disminuyó del 64 al

53%, mientras que, el de viudos aumentó de 25 a 32% respectivamente. La proporción de divorciados aumentó del 3 al 8% y los de solteros se mantienen cercanos al 7%. Los cambios en el estado conyugal reflejan la mayor sobrevivencia en las edades avanzadas especialmente de la mujer, lo que implica mayor proporción de viudez femenina y por lo tanto, el reordenamiento de los hogares en edades avanzadas.

La salida de los hijos de los hogares y la muerte de uno de los cónyuges lleva a una emergencia de los hogares extensos y unipersonales al final del curso de la vida, regidos principalmente por mujeres.

Se acostumbra suponer que el estatus de los individuos de la tercera edad en el hogar, se caracteriza por una situación de dependencia o de "carga para la familia", sin embargo, se observa que el 60% de ellos, asumen el rol de jefes del hogar, de los cuales 67% son del sexo masculino. Las que asumen el rol de "dependientes" del jefe se restringen a un grupo menor de cónyuges, siendo casi todas mujeres.

El bajo nivel educativo de las actuales generaciones de edades avanzadas refleja la mayor sobrevivencia de las generaciones nacidas antes de la década de 1940; entre 1990 y 2000 se observa una importante disminución en el porcentaje de analfabetas después de los 60 años de edad: los hombres pasan del 28 al 19% y las mujeres del 41 al 30% de analfabetas.¹³

Al interior del grupo las diferencias por sexo son grandes, las mujeres ancianas presentan altas tasas de analfabetismo o un menor grado de escolaridad y de un menor estatus de jubilación o pensión, ya que, son ellas las que se quedan sin pareja, por viudez o separación.¹⁴

Con respecto a la participación económica también se observan mayores deficiencias por sexo, en 1990 solamente el 30% de individuos de la tercera edad trabajaban.

Las tasas de participación económica de los individuos de 60 a 64 años eran de 68.6 entre los hombres y de 9.3 entre las mujeres. Pero después de los 65 años de edad, estas tasas disminuyen a 45.9 entre los hombres y 5.9 entre las mujeres.

El nivel de ingresos para los individuos que tenían trabajo, de acuerdo al censo de 1990, mostró que el 18% de todos los hogares mexicanos no percibían ingresos, sin embargo, al separar los hogares donde había por lo menos un anciano, el porcentaje se depuraba hasta alcanzar el 36% de hogares sin ingresos, indicando que los ancianos tienden a encontrarse en los hogares que no perciben ingresos por concepto de trabajo.⁵

Transición epidemiológica y mortalidad por causas, en las edades avanzadas

Se reconoce que la mayor inversión de los programas de salud pública y las acciones preventivas han sido dirigidas al rescate de la niñez y la juventud con respecto a las enfermedades infecciosas, las muertes que se evitan por estas enfermedades son la explicación principal de las cada vez mayores probabilidades de alcanzar las edades adultas y la vejez, si bien esto es cierto, se ha observado que por la trampa epidemiológica en la que se encuentra nuestro país, los adultos mayores también presentan enfermedades infecciosas y agudas, aunadas a las crónicas, degenerativas e incapacitantes.

Entre las principales causas de morbi-mortalidad en las edades de 65 y más se encuentran:

1. Enfermedades del corazón
2. Tumores malignos
3. Diabetes mellitus
4. Enfermedades cerebro vasculares
5. Neumonía e influenza
6. *Deficiencias en la nutrición*
7. Bronquitis, enfisema, asma
8. Infecciones intestinales
9. Accidentes
10. Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis
11. Cirrosis y otras enfermedades del hígado
12. *Anemias*
13. *Úlceras gástrica y duodenal*
14. Enfermedades de arterias y vasos capilares
15. Otros.¹⁵

Como se muestra, ocupando el 6º lugar, se encuentran las deficiencias de la nutrición y el 12º y 13º lugar las anemias y las úlceras gástrica y duodenal, las enfermedades bucodentales tienden a incrementarlas.

Los pacientes mayores de 65 años de edad, constituyen un grupo particular y especial, en primer lugar por la acumulación de efectos fisiológicos, patológicos, iatrogénicos y traumáticos en la dentadura. Las múltiples restauraciones en diversos estados de reparaciones anómalas, la contracción del espacio pulpar, los cambios en la estructura de la dentina, la pérdida de los medios de unión pasados y futuros, las piezas dentales faltantes y en posición anormal y la atrición o desgaste de la cara oclusal son características típicas de la cavidad bucal del anciano. En segundo lugar las enfermedades sistémicas crónicas y los estados

Incapacitantes son habituales en los ancianos, por lo que, es necesario, al proporcionar atención, considerar las deficiencias de salud del paciente, los innumerables tratamientos (polifarmacia) y sus secuelas.

El aspecto clave para la integración satisfactoria de la información dental y extra dental, es la valoración bucal geriátrica; la identificación y ponderación de todos los factores importantes de las personas de la tercera edad antes de emprender el tratamiento.¹⁶

La cavidad bucal como el resto del organismo no escapa al paso de los años. La edad provoca cambios en las estructuras buco dentales que conforman el proceso de envejecimiento bucal. Sin embargo, la edad puede tener varios significados en la odontología.¹⁰

- La edad como factor de tiempo, significa que los ancianos han estado expuestos a un factor etiológico o de riesgo durante más tiempo que una persona más joven. Los resultados pueden implicar más dientes afectados por caries, o más bolsas periodontales como consecuencia de la acción permanente de la placa dentobacteriana.¹⁷ Asimismo pueden resultar mayor prevalencia de lesiones bucales; por ejemplo, cáncer bucal por el mayor tiempo de exposición a los irritantes locales como el tabaco y el alcohol.¹¹
- La edad como fenómeno biológico significa que la calidad de vida de los tejidos bucales cambia como consecuencia de la edad cronológica. El envejecimiento cambia la respuesta biológica a la exposición de factores etiológicos de riesgo. La enfermedad no es provocada, pero la reacción a dichos factores es diferente por el envejecimiento. Por ejemplo, la recesión gingival del anciano expone las superficies radiculares que pueden favorecer la aparición de caries.

- La edad como norma social, significa que frecuentemente definimos a las personas como ancianas o mayores en función de su aspecto exterior y no de su estado funcional y de otras aptitudes.¹²

Algunas investigaciones han reportado que la población anciana tiende a usar, más que la población promedio los servicios médicos, pero, usualmente acuden menos que el promedio a solicitar atención dental. Ciertos factores han sido citados como elementos causales de esta subutilización de los servicios dentales: dificultad para transportarse, falta de información al respecto de los servicios e información adecuada acerca de la conveniencia de realizar revisiones dentales periódicas.¹⁸

Igualmente el estado bucal y dental de estas personas será el resultado de una serie de factores personales, sociales y de la técnica llevada a cabo por el o los profesionales de la odontología que les asistieron en los años anteriores.

Los aspectos del manejo de la ansiedad, control del dolor, valoración sistémica y de empleo de fármacos deben involucrarse al intentar manejar pacientes de la tercera edad en la consulta dental.⁸

En muchos estudios se ha señalado que ni la demanda ni las necesidades de atención odontológica de los ancianos han sido resueltas.^{19, 20, 21} Finalmente, cuando se ha reportado en estudios previos que el dolor es un buen predictor de utilización de servicios dentales en la población en general, los pacientes ancianos rara vez consideran el dolor como una razón de importancia para solicitar atención,^{21, 22} ya que, los problemas de salud en la tercera edad pueden ser interpretados en forma distinta por los dentistas y los pacientes, la calidad de la atención dental puede ser afectada por estas contradicciones.¹⁸

Situación bucodental del anciano

Uno de los componentes de la salud en general es el estado de la dentición, por lo que, es necesario conocer el estado de la salud bucal de los ancianos. El grupo más descuidado lo constituye el de los pacientes debilitados y/o enfermos crónicos. La caries en el anciano es progresiva y a menudo asintomática, aunque esté bastante avanzada.

Se supone que la mayoría de los ancianos están desdentados, pero las revisiones realizadas en diversas partes del mundo han demostrado que el 20% o más puede seguir manteniendo sus dientes naturales. La conservación de los dientes está muy relacionada con los factores socioeconómicos y precisamente la situación económica de la gran mayoría de los ancianos es precaria.²³

En México se ha reportado una prevalencia de edentulismo del 29% en mujeres y 21% en hombres. Por otra parte, se han observado en los ancianos otros problemas de salud buco dental, como la enfermedad periodontal y caries en superficies radiculares.^{15, 24}

La caries dental en el ámbito coronario es una enfermedad primaria, sin embargo, la radicular es secundaria a la exposición bucal del cemento por recesión gingival fisiológica por enfermedad periodontal previa. La caries radicular es la más frecuente en los ancianos.

La caries coronal y radicular son padecimientos bucales de mayor prevalencia en las personas de la tercera edad, pero debido al poco interés del anciano y de los profesionales de la odontología por los tratamientos preventivos y conservadores, los dientes son extraídos, lo que provoca un alto edentulismo en la población geriátrica.²⁴

La caries coronal es una de las principales causas de extracción dental, reportando un índice CPOD elevado; este índice en los países desarrollados está constituido principalmente por dientes obturados y perdidos.^{19, 25} En estudios realizados en poblaciones diferentes de la ciudad de México.^{6, 16, 18} se muestran grandes variaciones en la prevalencia del edentulismo, caries coronal y necesidad de tratamiento. En cuanto a la prevalencia, se ha encontrado que más del 90% de los ancianos ha tenido experiencia de caries coronal.^{25, 26}

En un estudio realizado por Borges y colaboradores (1992) se encontró que el nivel de dientes cariados no fue afectado por los diferentes grados de ocupación, escolaridad e ingreso (alto, medio, bajo). Sin embargo, un menor nivel de escolaridad fue un buen predictor de menos dientes perdidos y carlados, así como, más dientes obturados.²⁷ La mayoría de los resultados de la investigación apoyan a este supuesto y corroboran estudios previos con respecto de la ocupación y escolaridad en los ancianos.^{28, 29}

La excepción principal estuvo circunscrita a lo reportado sobre los dientes carlados, los cuales mostraron ser similares en todos los niveles socioeconómicos. En suma, podría afirmarse que, aunque la prevalencia de caries no varía en los diferentes niveles socio-económicos, las secuelas de esta experiencia de caries varían de acuerdo a estos niveles, encontrando, por lo general, que la gente con mayores condiciones socioeconómicas tiene un mayor número de dientes obturados y, en menor grado, menos dientes perdidos.¹⁸

El 97% de los pacientes muestran atrición dental severa, los resultados sugieren que la condición oclusal y articular se agrava ante la evidencia de los efectos nocivos que tiene la falta de sustitución protésica, ya que, de los 19 pacientes, que utilizaban prótesis 11 no son funcionales.²⁵

Cuando estas consideraciones se relacionan con la población de gente de edad mayor, es necesario entonces determinar si es importante, para su salud física y

emocional, preservar sus dientes naturales. Para muchas personas mayores la atención dental ha supuesto el mantenimiento de una dentición muy restaurada, con énfasis en terapias preventivas.

Para muchos ancianos, la atención dental ha supuesto el mantenimiento de una dentición muy restaurada, si un diente presenta alteración periodontal, caries o está fracturado, la extracción es el resultado más probable y según la situación económica del paciente, se utiliza o no llegado el caso, una prótesis dental. Pero generalmente, el procedimiento normal es la extracción y su resultado final "la pérdida del diente", hasta que quedan unos pocos o ninguno.²⁹

Para tratar de mostrar la importancia de la atención de la salud bucal, los odontólogos han tratado durante muchos años de mostrar la relación entre la pérdida dentaria y la habilidad para comer una dieta adecuada por incidencia de la enfermedad gástrica. Comer es una función social y el acto de masticar y saborear es esencialmente agradable y emocionalmente necesaria para el bienestar de una persona. Por lo tanto, dientes sanos y dentadura adecuada pueden ser indispensables para tener una calidad de vida aceptable. Los investigadores han examinado sólo recientemente las consecuencias sociales y psicológicas de las condiciones dentales en lugar de las fisiológicas, pero sus estudios han demostrado que los problemas de salud bucodental comprometen la calidad de vida de la gente de edad, a limitar sus interacciones y afectar su amor propio.³⁰

El estudio de Pinilla y colaboradores (1988) que se llevó a cabo en Córdoba España; mostraron que las personas de 65 a 69 años presentan un CPOD de 21.13, los de 75 a 79 años de 27.65 y los mayores de 85 años 26.69.³¹

De los datos anteriores, se deduce que el estado dental de la población geriátrica institucionalizada es significativamente peor que el de la población anciana residente en sus hogares, lo cual corrobora que el estado dental está condicionado a los recursos de la población.

El estado dental de los ancianos demenciados indica que se realiza en ellos una odontología mutiladora, influenciada muchas veces por la presión que ellos mismos ejercen hacia la exodoncia y otras veces se puede explicar por el hecho de que quizás se les dedique menos tiempo y comprensión en sus atenciones odontológicas.²³

Cambios físicos de la cavidad bucal en los ancianos

Es importante conocer los cambios que ocurren en el cuerpo y de qué manera se presentan en los tejidos bucales o si se presenta pérdida generalizada del tejido óseo, esto es importante, principalmente en enfermedades con mayor prevalencia en relación con la edad: cáncer, apoplejías, diabetes.³³

Los ancianos presentan problemas especiales; los tejidos del sistema estomatognático son afectados por el aumento de edad. Estos cambios son una consecuencia del proceso de envejecimiento general pero pueden estar complicados por:

1. Desgaste de dientes permanentes (atrición y abrasión).
2. Pérdida de los dientes como resultado de caries y/o enfermedad periodontal.
3. Migración de dientes, posterior a la pérdida de dientes en el mismo maxilar o en el opuesto.
4. Disminución de la eficiencia masticatoria producida por la pérdida de dientes.
5. Deterioro de la higiene bucal.
6. Efecto de prótesis en los tejidos orales.³

En la mucosa bucal, con la edad, se producen procesos de envejecimiento, aumenta el espesor de la queratinización del epitelio y disminuye el de la capa estrato basilar, por lo tanto, en las zonas sin queratosis, el epitelio se hace más

vulnerable a los traumas. Además, hay un aumento de la densidad celular, posiblemente por pérdida excesiva del líquido intracelular.

Las membranas bucales se van atrofiando y se hacen frágiles, adquiriendo un aspecto brillante. La encla también registra estos cambios junto con una pérdida de punteado.

La regeneración de estos tejidos es lenta por disminución de la irrigación sanguínea. La mucosa se hace más sensible y puede ser dañada por alimentos duros. Una leve irritación crónica produce generalmente hiperqueratosis en un anciano. Es muy discutido el uso de dosis masivas de vitaminas A y B para eliminar el trastorno epitelial. La presencia alrededor de la lesión de un margen de fina mucosa atrófica es sospechosa y se recomienda una biopsia para descartar una leucoplasia premaligna.³⁴

En el tejido conjuntivo submucoso aparece una fibrosis elástica antes que en los tejidos cutáneos, que posteriormente se fragmenta y desaparece en forma gradual. Con los años, la membrana basilar y el endotelio aumentan de espesor. Son insignificantes los cambios microbiológicos que se pueden producir. Posiblemente relacionados con una menor higiene bucal o trastornos nutricionales.

Un trastorno asociado con la anemia ferropénica crónica severa es la disfagia sideropénica (síndrome de Paterson – Kelly), sus síntomas son la dificultad para deglutir y la debilidad del tracto gastrointestinal; alteración que se corrige con suplementos de hierro y dilatación de la membrana durante la endoscopia.

La candidiasis bucal se da habitualmente en el anciano debido a causas debilitantes, deficiencias vitamínicas, traumas, y en la mayor parte de los casos, a una menor higiene. A veces, se le relaciona con una estomatitis por prótesis, pero hasta ahora no hay nada en claro al respecto.

En la lengua se atrofian las papilas filiformes del dorso, lo que le da un aspecto liso; esto comienza alrededor de los 50 años. Unos diez años más tarde, se atrofian las papilas gustativas, aproximadamente 23 de ellas y se presenta un agrietamiento de la lengua y varicosidad nodular en la cara ventral.³⁵

En cuanto a las glándulas salivales en los individuos de más de 60 años, se registra un descenso del 75% en la actividad de las enzimas de la saliva. El efecto sobre el metabolismo de los hidratos de carbono es mínimo, ya que, no se disminuye el nivel de la amilasa pancreática.

Una de las más importantes características, es tanto la reducción del flujo salival como el de la viscosidad de éste, lo que parece afectar la movilidad de la lengua y la facilidad para tragar alimentos.

Con la edad se hace menos concentrada la secreción de mucina de las glándulas menores. Las que se encuentran debajo de una prótesis tienden a degenerar, lo cual pone más de manifiesto lo anteriormente dicho. Se ha encontrado que no solo se atrofian las glándulas salivales, sino los conductos secretores y aparece una fibrosis en el interior de los tejidos glandulares, en una reducción de la cantidad de saliva.³⁶

Envejecimiento bucal

En un individuo dentado, la atrofia del borde óseo es normalmente lenta y superficial, pero se acelera al no eliminarse las formaciones de placa bacteriana. Además, al perderse los dientes antagonistas tienden a extruirse, pero esto no siempre se produce. Se cree que este alargamiento es activado por un proceso inflamatorio.

Con la pérdida de los dientes, hay una reabsorción del proceso alveolar, y su remodelación produce una reducción en altura y sobre el lado vestibular del maxilar superior y el lingual de la mandíbula. No hay estudios suficientes que demuestren que esta reabsorción sea mayor en individuos portadores de prótesis, pero parece que está influido por deficiencias en nutrición.

La mayor parte de las personas mayores tienen un buen funcionamiento de las articulaciones temporomandibulares, se ha encontrado que sólo un 22% tienen alguna anomalía, que es ligeramente mayor en los individuos desdentados.³⁴

El 43% de la población de adultos mayores presenta signos positivos de pérdida de la dimensión vertical como son: abrasión, bruxismo, inversión de los labios por pérdida del tono muscular, así como, una mayor profundidad de los surcos nasolabial y mentolabial. Otros cambios funcionales que se presentan en la edad avanzada son las maloclusiones. El 86% de ellos son desdentados parciales y el 14% desdentados totales, en los cuales, la relación de oclusión de Angle no pudo ser tomada, ya que, la categoría de diente perdido del CPOD es de 13.2 (DE \pm 9.5) lo que provoca no sólo el colapso posterior de la mordida que se manifiesta en el 81% del total de la población de ancianos, sino que al momento en que los dientes anteriores toman contacto, a falta del soporte dental posterior, es común encontrar avance mandibular y disminución de la dimensión vertical.²⁶

Alteraciones psicosociales producidas por un deficiente estado bucal

Considerando que *la boca* es el motor inicial del sistema digestivo y que además está íntimamente relacionada con las funciones del lenguaje, con manifestaciones emocionales y la estructura del ego de las personas de edad avanzada, las enfermedades de la boca pudieran exacerbar deficiencias nutricionales, contribuir a desórdenes metabólicos, participar de manera activa en la depresión y contribuir significativamente al deterioro progresivo de la salud.⁴

La evidencia sugiere que el comer es una función social y el acto de masticar y saborear es esencialmente agradable y emocionalmente necesario para el bienestar de una persona. Por lo tanto, dientes sanos y dentaduras adecuadas pueden ser indispensables para mantener una calidad de vida aceptable.

Los problemas bucales obligan al anciano a comer dietas blandas, ricas en carbohidratos y pobres en proteínas y vitaminas, que en muchas ocasiones están aunados a factores, como escasez de recursos económicos, obesidad, alcoholismo, estados depresivos, anorexia, rechazo, soledad, invalidez física y desnutrición, entre otros; además de algunos trastornos crónicos como aterosclerosis, diabetes, problemas digestivos y reumáticos, así como, una serie de complicaciones médicas y psicológicas que causan deterioro en su calidad de vida.³⁷

¿Qué tan importante es la salud dental para los ancianos? En un estudio realizado por Montemayor (1996) en una casa hogar, donde se investigaron las causas del aparente rechazo del anciano hacia la convivencia, se llegó a la conclusión de que una de las principales causas de este rechazo era el problema dental, el cual ocasiona que el anciano no quiera convivir con las personas debido a que fuera de su ambiente familiar se encontraba con alimentos que no podía masticar y la incomodidad de hablar por falta de sus dientes o por prótesis totales defectuosas. Los familiares expusieron que les era también molesto presenciar los problemas dentales de los ancianos, aún más la falta de higiene y las dentaduras desagradables.² La mayoría de los ancianos padecen una o más enfermedades crónicas, así como, una diversidad de problemas médicos y psicológicos.

La depresión es frecuente en esta edad, y asociada a la soledad provoca falta de higiene, sobretodo bucal. Incluso el individuo puede sufrir problemas físicos, emocionales y sociales por la condición de su boca. Una boca sucia no puede percibir sabores. Fumar no sólo ensucia la cavidad bucal, sino que, disminuye la capacidad gustativa. Su peor efecto es inhibir la sensación de gusto y olfato.

La xerostomía, afecta la masticación y el apetito, por disminución de los sentidos del gusto y del olfato. Esto como consecuencia de la degeneración de las papilas gustativas en la lengua y los alimentos tiende a perder el sabor conforme avanza la edad. Los estudios convencionales han empleado concentraciones variables de azúcar, sal, quinina y ácido clorhídrico para probar la sensibilidad a lo dulce, lo salado, amargo y ácido. Las papilas gustativas tienen una vida corta y en jóvenes y personas de edad madura se renuevan aproximadamente cada 10 días; sin embargo, en los ancianos, especialmente en posmenopáusicas que sufren depleción severa de estrógenos; esta renovación es lenta. El estrógeno, el zinc y las proteínas son esenciales para la renovación de las papilas gustativas. El gusto por la sal desaparece antes que los sabores dulces y los sabores amargos sobreviven al proceso de envejecimiento.³⁶

El sentido del olfato estimula o elimina el apetito, antes de que los alimentos lleguen a la boca, pero éste, disminuye más rápido con la edad avanzada que el sentido del gusto.

En la boca también ocurre atrofia, reducción funcional y pérdida de unidades celulares regenerativas. Este órgano participa en muchas actividades de la vida diaria: comer, beber, en el cuidado de la auto imagen, la comunicación y en las relaciones interpersonales. Prácticamente cien por ciento de los adultos padecen enfermedad bucal y los ancianos que aún conservan dientes naturales, están en peligro de sufrir problemas múltiples por esta causa. Un aspecto que el personal de salud debe considerar es que la eficacia masticatoria se reduce con la edad por la pérdida de las piezas dentales, así como, la fuerza en los músculos masticatorios; movilidad dentaria y abrasión de caras oclusales.

La mucosa bucal presenta áreas brillosas y edematosas con atrofia del revestimiento epitelial y es más fácil lesionarla con el uso de prótesis y alimentos de consistencia dura.

Es posible reemplazar los dientes perdidos mediante prótesis, pero acostumbrarse a éstas, significa problemas cuando no quedan bien ajustadas o hay puntos de presión que, dificultan el habla.³⁴

Los investigadores han aceptado sólo recientemente las consecuencias sociales y psicológicas de las condiciones dentales –que llegan a afectar más que las fisiológicas–, sus resultados muestran que los problemas de salud bucodental comprometen la calidad de vida de los ancianos al limitar sus interacciones sociales y afectar el amor propio.²⁸

Lo anterior ejemplifica apenas una situación que es en realidad más compleja, pues este grupo de edad es particularmente susceptible de estigmatización y tiende al uso permanente de los servicios de salud. Al mismo tiempo, los servicios que requieren suelen ser onerosos y tiene dificultad para apearse a los regímenes terapéuticos. Además, un segmento considerable de la población de mayor edad no es ni siquiera beneficiaria del sistema de seguridad social.

Por otra parte, el envejecimiento y sus consecuencias para la salud, dependen de buena medida del nivel socioeconómico y de la geografía, que son con frecuencia factores que limitan a los servicios de salud. Además, la preocupación por cuidar de la salud, en cuanto al estilo de vida, la nutrición y la actividad física, responden al nivel educativo, a los patrones culturales y a la disponibilidad de servicios.¹⁷

Actualmente, las personas de edad media y mayores tienen una mejor educación, un cuidado más constante de su salud y menor creencia en mitos de que la edad inevitablemente significa pérdida de dientes, disminución en la salud y pérdida de la memoria.

Hay una relación cercana entre la salud bucal y la general a través de la vida; normalmente los cambios van en relación con la edad y afectan el cuerpo entero.

La selección y las modalidades en el tratamiento deben considerar las condiciones del paciente; si éste es un individuo saludable y que trabaja de manera independiente, o su salud es débil, o es un paciente atendido institucionalmente.³³

La boca no se encuentra aislada, envejece al mismo tiempo que el resto del cuerpo y adquiere en esta edad una serie de características que la diferencian de la de una persona joven. Los problemas odontológicos repercuten física y psicológicamente en el anciano, no debe preocuparnos solamente lo relacionado con la masticación, si bien esto es muy importante porque va a influir directamente sobre la salud general, en el caso concreto de la odontogeriatría, no sólo importa la restauración de un diente, una extracción, la prótesis, sino cómo el profesional crea el modo apropiado para la atención del paciente.²⁹

Los avances permanentes del pensamiento científico dan cuenta hoy en día, que la vejez no debe ser considerada sólo como un acontecer biológico. Sustentado por el marco conceptual del psicoanálisis (en especial las corrientes post-freudianas), se ha consolidado el criterio que sostiene que el entorno, los procesos internos, lo social y lo biológico, constituyen una trama que influye, afecta y modifica el modelo evolutivo del aparato psíquico de un sujeto. El envejecimiento es un acontecer natural de la vida, el ser viejo es un estado de ánimo.

Es preciso consignar con tal énfasis que la vejez no tiene nada que ver con la edad cronológica. Hay "viejos" de treinta años y jóvenes de setenta, todo depende de cómo ha podido conservar dentro de sí una suficiente complicidad con el niño que alguna vez fue. Es decir, que los sucesivos y necesarios duelos por las facultades perdidas se deberán secundar por otras formas de re-estimulación y reinención dado que los verdaderos obstáculos y disfunciones devienen del orden psicológico y social.⁷

El sentirse viejo, sin embargo, puede venir antes o después de lo que la edad cronológica indica, depende de la personalidad del individuo, de su capacidad

psico intelectual, de su pasado. Los que se mantienen en buenas condiciones de salud física y psíquica, y continúan activos, aún después de jubilarse, no se dan cuenta realmente que envejecen, porque para ellos no ha habido vacío en sus vidas, lo que han hecho es continuar su línea de vida, cambiando algunas actividades.

En sentido estricto, el envejecimiento se vincula, no sólo con el paso del tiempo y la edad cronológica, sino que son muy importantes las condiciones sociales y psicológicas en que se desarrolla el individuo.^{2, 8}

Conocer al paciente implica fundamentalmente conocerlo como una persona íntegra, esto es: física, emocional, afectiva, intelectual y socialmente; es importante señalar que la valoración bucal geriátrica debe ir unida a la valoración de la salud general y funcional de los adultos mayores, a pesar de esto, las condiciones generales de paciente de edad avanzada suelen ser evaluadas independientemente de la salud bucodental.

El estado bucodental y los resultados del tratamiento han sido convencionalmente evaluados en función de valores clínicos como el estado dentado, los índices CPOD y las necesidades de tratamiento de la urgencia. Se ha sugerido que para que la odontología forme verdaderamente parte de los servicios de la atención sanitaria, habrá que demostrar la relación que existe entre la salud bucal y la calidad de vida.³⁸

En este marco, el envejecimiento implica repensar la construcción social de la edad, en especial, la estratificación de las distintas etapas en las cuales se ha estructurado el ciclo de vida en la sociedad moderna. Al respecto el mismo concepto de vejez es ilustrativo. En nuestra sociedad la imagen corresponde a personas de edad avanzada que son económicamente inactivas e incapacitadas para el trabajo con un franco declive de sus facultades físicas y mentales, expuestas a enfermedades crónicas y a un aislamiento social progresivo. Tal

pareciera que la vejez biológica representara una vejez social, en términos de que coincidiría con el fin de la vida funcional de los individuos.

No obstante, esta imagen no debe seguir dominando a la sociedad actual, en el futuro de la población de adultos mayores de acuerdo a la proyección demográfica, se espera que esta etapa terminal se posponga, posibilitando con ello, que cada vez más individuos lleguen a la tercera edad con buenos niveles de salud física y mental, integrados socialmente, con una vida familiar activa y con plenas capacidades para la salud económica.³⁹

Se propone desarrollar y fortalecer la idea de que ser sujeto implica unidad, es decir, integración armónica del individuo en un medio bio-psico-social y se propone cambiar la concepción de un sujeto dividido, disociado o deshumanizado.

Procura insertarse en el campo de la salud en íntima vinculación con otras disciplinas como son las terapias ocupacionales, la asistencia social, la psiquiatría, la gerontología y en este último tiempo con el campo específico que hoy nos interesa, la odontogeriatría. Se trata de no privilegiar a ninguna en especial, pero sí de brindarle a cada una su justo equilibrio, procurando un marco de interrelación estrecha.

JUSTIFICACIÓN

La declinación gradual de las condiciones de salud física y mental que acompañan el proceso del envejecimiento individual, trae como resultado la disminución de la esperanza de vida activa y saludable, la reducción o el cese completo de la participación en la vida laboral y una mayor dependencia de ingresos de diversas fuentes privadas y/o públicas, que determinan junto con el aumento de la población más vieja, que se llegue a una creciente demanda de servicios de la salud.

El perfil epidemiológico de los adultos mayores en México está representado por las enfermedades crónicas –más que por las agudas–, que hacen que la demanda de servicios de mayor complejidad genere un marcado aumento de los centros de atención a la salud del tercer nivel, y los tratamientos odontológicos no son la excepción, por ejemplo: a menudo, los pacientes con cáncer, para sobrellevar su vida acuden a aplicación de quimioterapia o radiación, lo cual, en muchas ocasiones provoca hiposaliva, caries rampante, inflamación de la encía que causa la pérdida de algunos dientes. Igualmente la polifarmacia que en este grupo etario en el cual se encuentran individuos que llevan una vida activa, pero que se ven obligados a tomar diariamente medicamentos para controlar su presión arterial, problemas cardíacos y diabetes mellitus, entre otras enfermedades, que en su conjunto les generan serios problemas bucodentales.

Los problemas de salud dental en los ancianos no paran en los dientes, ni en las encías, también se ven afectados los tejidos bucales, los huesos que soportan y que se encuentran debajo de esos tejidos, el sistema nervioso, el sistema inmunológico y los mecanismos glandulares. Estos tejidos, órganos y sistemas, apoyan las funciones básicas de la boca como son la masticación, en el sabor, el tragar los alimentos, en el habla y experiencias emocionales, entre otras más.

Ahora bien el estado de salud bucodental y los resultados de los tratamientos, han sido convencionalmente evaluados en función de valores clínicos, como son el estado de los dientes, los índices de caries o enfermedad periodontal y las necesidades de tratamiento de urgencia.

Se supone que la mayoría de los ancianos están desdentados, pero las acciones realizadas en diversas partes del mundo han demostrado que el 20% o más pueden seguir manteniendo aún dientes naturales. La conservación de los dientes está muy relacionada con los factores socio-económicos y precisamente la situación económica de la gran mayoría de los ancianos es precaria.

Las investigaciones en el campo de la estomatología geriátrica han concluido que para que la odontología forme verdaderamente parte de los servicios de atención sanitaria, tiene que demostrar la relación que existe entre la salud bucal y la calidad de vida y para modificar la práctica odontológica iatrogénica que se ha venido desarrollando en los adultos mayores.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el impacto de las enfermedades buco dentales en un grupo de pacientes geriátricos?

OBJETIVO GENERAL

Describir el impacto psicosocial de las enfermedades bucodentales en un grupo de pacientes geriátricos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Evaluar las funciones físicas, como hablar, comer y deglutir en una población de la tercera edad.

Conocer la autopercepción de los problemas de salud bucal que ocasionan que el anciano evite los contactos sociales o lo hagan sentir menospreciado.

Mostrar como afecta la frecuencia de la presencia de la sensación del dolor o malestar bucodental en el entorno psicosocial de los ancianos.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se realizó un estudio clasificado como observacional, prolectivo, transversal y descriptivo.

Universo de estudio

La población de estudio estuvo conformada por adultos siendo la edad mínima de 60 años y la máxima de 90 años, pertenecientes a:

- Núcleos gerontológicos del municipio de los Reyes, Estado de México.
- Club de Leones en el municipio de Actopan, Hidalgo.
- Club ecológico de la tercera edad del Bosque de Aragón del INAPAM en el D.F.

Criterios de exclusión

El criterio de exclusión que se considera, es el deseo de no participación de los adultos mayores en la aplicación de la encuesta.

Variables

Variable	Definición	Operacionalización
Sexo	Características fenotípicas del sujeto	Masculino, femenino.
Edad	Tiempo de vida que informa el sujeto.	Intervalo por quinquenios de 60 años en adelante.
Función física	Acción y ejercicio perteneciente a la constitución y naturaleza corpórea.	Siempre, muchas veces, algunas veces, rara vez y nunca.
Función psico-social	Percepción mental de interacción entre otros individuos y auto percepción.	Siempre, muchas veces, algunas veces, rara vez y nunca.
Dolor o malestar	Sensación en una parte del cuerpo por causa interna o externa	Siempre, muchas veces, algunas veces, rara vez y nunca.

Técnica

La metodología de valoración bucodental geriátrica que se siguió fue la planteada por Atchinson y Dolan en su Índice de Valoración de la Salud Oral Geriátrica, (GOHAI por sus siglas en inglés) el cual consta de un cuestionario (anexo 1) que refleja los problemas bucales que afectan al anciano en tres dimensiones:

- a) Función física; incluyendo el comer, hablar y deglutir.
- b) Función psicosocial: preocupación o interés por su salud bucal o auto imagen, autoconciencia de su salud buco dental.
- c) Dolor o malestar dental. Cabe aclarar que en este último rubro el GOHAI, no mide intensidad, sólo la frecuencia de la presencia de la sensación.³⁸

El GOHAI es un cuestionario conformado por 12 preguntas con respuestas de opción múltiple; cada una de éstas tiene un valor en puntos de la forma siguiente:

<i>Opción</i>	<i>Valor</i>
Siempre	1
Muchas Veces	2
Algunas Veces	3
Rara Vez	4
Nunca	5

A excepción de las preguntas 3, 5 y 7 en donde el valor de las respuestas es a la inversa. La calificación mínima que se puede obtener del cuestionario es de 12 puntos y la máxima 60.

El índice de valoración de salud bucal geriátrica es un instrumento de autopercepción para evaluar los problemas de salud bucal, el índice muestra un

alto nivel de consistencia interna y de confiabilidad de acuerdo a la medición del alfa de Cronbachs de 0.79. La asociación del GOHAI con factores clínicos y sociodemográficos apoya la validez de construcción del índice.

La ejecución del proyecto se inició en el 2003, con la estandarización y calibración de los criterios del cuestionario por consenso del grupo de trabajo para obtener una mayor confiabilidad en la aplicación de cuestionario. La recolección de la información estuvo a cargo de dos pasantes de la carrera de Cirujano Dentista.

Inmediatamente después se realizó la aplicación del cuestionario estructurado a los adultos mayores que acuden a los clubes de la tercera edad y los que pertenecen a los núcleos gerontológicos de la Clínica Multidisciplinaria Los Reyes de la FES Zaragoza.

Diseño estadístico

La información obtenida se organizó para realizar un análisis mediante la aplicación de medidas de tendencia central, de dispersión y frecuencias relativas en el paquete estadístico SPSS 7.0

RESULTADOS

La población de estudio estuvo conformada por 137 adultos mayores, de los cuales el 73% (n = 100) pertenecen al género femenino y el 27% (n = 37) al masculino, con un promedio de edad para toda la población de 68.8 (DE \pm 7.17) años; mínima de 60, máxima 90.

La puntuación media obtenida en el Índice de Valoración de Salud Oral Geriátrica (GOHAI) de los adultos mayores fue de 41.4 (DE \pm 10.1), lo que daría una calificación de 6.9, lo que indica una muy baja tendencia hacia la salud.

El promedio de edad del género femenino fue de 67 (DE \pm 6.1) años, siendo la población mayoritaria y con mayor participación en los núcleos gerontológicos, -y más constante-; con respecto al género masculino, cuya participación en estos grupos se dá alrededor de los 73.6 (DE \pm 7.5) años de edad.

La puntuación media obtenida con el GOHAI del género femenino fue de 41.8 (DE \pm 9.4) con una calificación final de 6.9 (4174:6000); para el masculino 40.2 (DE \pm 11.7) con calificación de 6.8 (1520:2220).

El GOHAI es un índice que evalúa el impacto de la enfermedad bucal del individuo o de la población de adultos mayores, el entorno en que se desarrollan, influye en el impacto psicosocial de sus enfermedades bucales, por lo que se considera pertinente hacer una descripción de cada una de las poblaciones de adultos mayores que se estudiaron por zona geográfica.

Municipio de los Reyes La Paz, Estado de México

La población de adultos mayores del Estado de México ha sido perteneciente a los núcleos gerontológicos de la Clínica Multidisciplinaria de los Reyes, en la Unidad de Investigación de Geriatría y Gerontología, estos núcleos, son equipos de personas de la tercera edad, que se reúnen para la elaboración de diversas actividades -ejercicio, prevención a la salud y el baile, entre otras actividades- creados gracias a la promoción realizada por el equipo de salud de la unidad.

La clínica de los Reyes que es la sede donde se ubica la coordinación de los núcleos gerontológicos se encuentra ubicada en la Avenida Pantitlán, en los Reyes la Paz, ésta es una zona suburbana, con grandes contrastes, ya que, se da el caso en que una colonia cuenta con todos los servicios públicos -pavimentación, agua y drenaje-, y pasando la avenida se carece de todo esto.

El total de ancianos que participan en este estudio y que participan en los núcleos fue de 27 personas con un promedio de 68 años de edad ($DE \pm 8.3$), de los cuales, 22 son mujeres con un media de 65.7 ($DE \pm 5.1$) y 5 hombres con una medias de edad 78.8 ($DE \pm 10.9$) de años de edad.

Como se observa la población que resulta como mayoría son mujeres, quienes al parecer son las que se preocupan más por su salud y la prevención de sus enfermedades.

Desafortunadamente, la población de este lugar no cuenta con el tiempo suficiente para poder realizar las actividades de los núcleos gerontológicos, y esto se debe en muchas ocasiones a que estas personas juegan el papel de niñeras o mandaderas de sus hijos, como pago por el sustento y un techo; esto en el caso de las mujeres, y en el caso de los hombres es por la negación a la participación

en estos grupos, por considerarlos "chismes" o "cosas de viejas". El nivel de estudios de esta población es de primaria.

Una característica que vale la pena resaltar de esta población es que en su mayoría sus integrantes migraron de diversos puntos de provincia con el sueño -muy común- de una vida mejor en la ciudad, sin embargo, se enfrentaron a los problemas cotidianos de las grandes ciudades, como son: desempleo, falta de vivienda, marginación y por ende falta de servicios de salud.

Al no tener empleo no cuentan con las prestaciones de ley ni servicios de salud o pensión, por lo que, no es fácil cuidarse, esto a su vez influye en una mala nutrición y una alta incidencia de enfermedades.

Esta forma de vida y el incremento en el número de integrantes por familia, hace que los ancianos pasen a ocupar el lugar de un accesorio que no se sabe donde colocar, los valores de las familias que aquí se encuentran, se basan más en la supervivencia que en el respeto, por lo que, en muchas ocasiones, los ancianos llegan a ser víctimas de maltratos.

De esta manera, quizás podría explicarse el porqué del comportamiento sumamente demandante y poco comprometido con las actividades de los núcleos gerontológicos.

Municipio de Actopan, Estado de Hidalgo

La ciudad de Actopan se encuentra ubicada en una zona rural del estado de Hidalgo, cuenta con todos los servicios públicos básicos -agua, luz y drenaje-, el centro es un lugar turístico, cuenta con balnearios, museos, parques y diversos centros de interés general, no obstante, es un lugar en donde a pesar de la importante urbanización, aún se pueden encontrar características propias de provincia.

La población de la tercera edad con la que se trabajó, pertenece al Club de Leones, este club cuenta con 47 ancianos con un promedio de edad de 71.5 años ($DE \pm 7.3$), de los cuales 31 son mujeres y 16 hombres con edades promedio de 70 ($DE \pm 7.2$) y 74 ($DE \pm 6.6$) respectivamente, quienes en su mayoría aún juegan el rol de jefes de familia -el "Don" o la "Doña"-.

Los núcleos familiares se han mantenido unidos gracias a que se conservan los valores tradicionales, como lo son, el respeto y la honestidad, lo cual, les permite afrontar el paso del tiempo con mayor tranquilidad y dignidad, reflejado esto en la convivencia con los demás y con ellos mismos.

Las personas que viven solas, o han enviudado, al asistir a estos grupos tienen el apoyo del Club de Leones.

Una característica que vale la pena señalar de la muestra con la que se trabajó, es que mostraron mucha organización, disciplina y respeto a las personas que ellos consideraban como autoridades, pero sólo en cuanto a las actividades que resultaban de su interés, si no eran de su agrado se mostraban difíciles.

Ciudad de México

La población con la que se trabajó, fueron los adultos mayores que asisten al club ecológico de Aragón, este lugar se encuentra a un costado del bosque de Aragón, ubicado en una zona muy urbanizada del Distrito Federal, sus instalaciones son modernas, con mucha vegetación, cuentan con todos los servicios -incluyendo servicios de salud- ya fue diseñado expreso para el grupo poblacional de la tercera edad.

La población que asiste al club ecológico Aragón está conformada por un total de 63 personas, con una edad promedio de 67.0 ($DE \pm 5.7$) años de edad, mínima

60, máxima 81. De los cuales 47 de ellos eran del género femenino y 16 del masculino.

Para pertenecer al club, pagan una cuota semanal y se reúnen para participar en diversos talleres, como son: pintura, domino, canto, danza y baile de salón.

La característica general de esta población es que son personas independientes, tienen conocimientos sobre la prevención y cuidado de sus enfermedades. Todos tienen el servicio médico del IMSS o del ISSSTE, y sus familiares se encuentran en contacto con ellos.

La participación de la población con el equipo multidisciplinario de la FES Zaragoza fue un tanto difícil, debido su autonomía y la resistencia a participar como "conejiillos de indias".

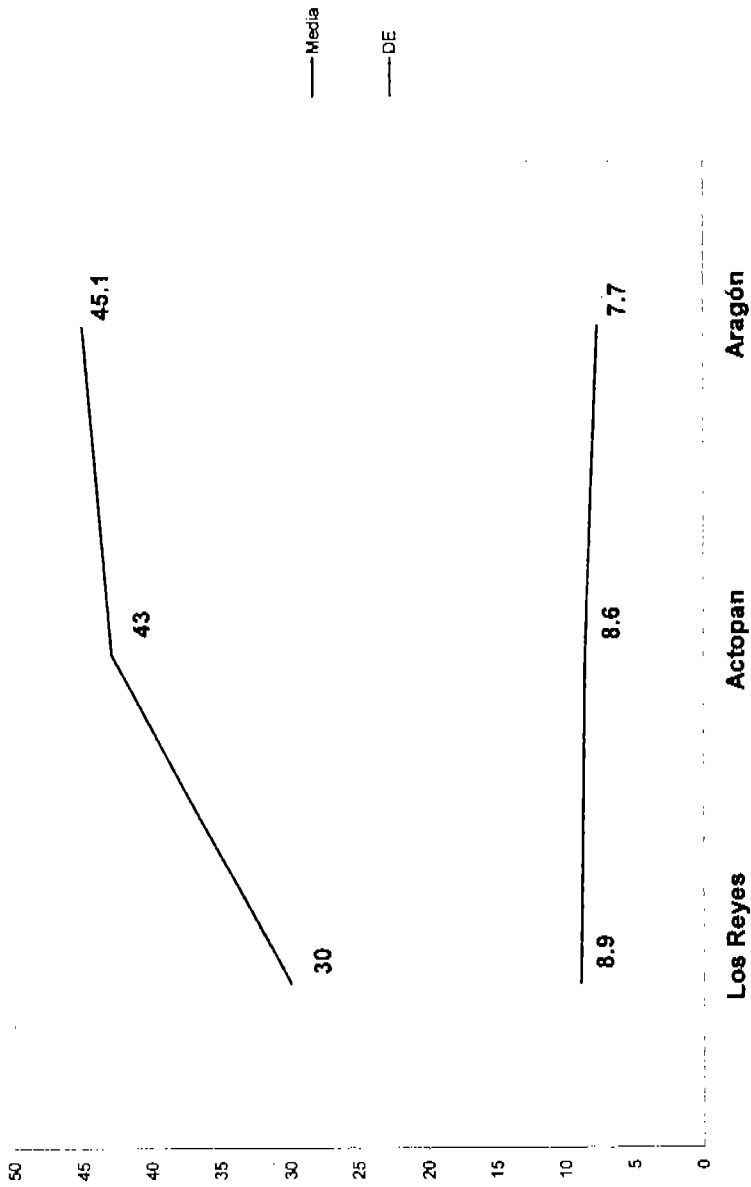
Marcadas las diferencias en las características de las poblaciones, la distribución de los porcentajes de las respuestas a los elementos finales de las tres poblaciones se comparan en el cuadro I. La diferencia entre poblaciones se observa gráficamente en la figura 1.

Cuadro I. Distribución del porcentaje de las preguntas del GOHAI de los adultos mayores

Pregunta	Porcentaje por respuesta															2842		
	Los reyes, Edo de Mex. (n = 27)					Actopan, Hidalgo (n = 47)					Aragón, D.F. (n = 63)							
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
1	37	18	30	11	4	61	6	21	26	6	41	166	6	3	21	24	46	252
2	37	30	19	7	7	59	23	21	11	11	28	143	13	8	20	27	32	225
3	22	30	22	7	19	73	42	6	11	11	30	151	51	16	13	11	9	244
4	34	22	22	11	11	66	12	11	13	15	49	177	5	14	8	14	59	257
5	37	33	19	7	4	56	21	9	23	19	28	130	25	11	29	16	19	194
6	22	19	26	11	22	79	4	11	6	4	75	204	2	5	9	8	76	285
7	44	30	22	4	0	50	40	9	19	13	19	159	37	14	22	2	25	211
8	15	7	52	4	22	84	4	6	15	26	49	192	5	3	13	24	55	266
9	26	22	19	26	7	72	19	11	28	28	14	145	38	10	17	19	16	167
10	26	11	41	7	15	74	6	9	17	11	57	190	6	3	29	16	46	247
11	22	33	33	4	8	65	8	11	13	19	49	183	6	3	25	18	48	250
12	18	26	41	4	11	71	6	9	21	13	51	185	10	3	19	27	41	244
	X = 30 (DE + 8.9)					810	X = 43 (DE + 8.6)					2025	X = 45.1 (DE + 7.7)					

1. Siempre 2. Muchas veces 3. Algunas veces 4. Rara vez 5. Nunca * Puntuación final
Fuente directa 2004

Figura 1. Media y desviación estándar de la puntuación obtenida por cada una de las poblaciones.



Como puede observarse, el mejor promedio de la puntuación general del GOHAI es para la población de adultos mayores del club ecológico Aragón. Aún cuando las tres poblaciones fueron aproximadamente de la misma edad y las tres tienen mayor cantidad de mujeres, la población de adultos mayores del Estado de México, tiene un menor nivel educativo y un menor ingreso económico, por lo que, el GOHAI muestra que con un bajo nivel socioeconómico decrece el estado de salud bucal.

El comportamiento de la frecuencia y porcentajes de las respuestas a los elementos finales de las tres poblaciones del GOHAI por población y género se observan en los cuadros II, III y IV.

Como puede observarse el promedio de la puntuación final en el GOHAI de la población masculina del Estado de México, es de 20.2 ($DE \pm 8.4$) siendo el más bajo en relación al género masculino de los del Estado de Hidalgo y los del Distrito Federal.

La calificación final de las preguntas del GOHAI en las tres poblaciones tienen un ligero sesgo hacia la salud; no obstante, el análisis particular de tres de las preguntas claves, sirven como punto de referencia para hacer la comparación de las poblaciones.

Cuadro II. Frecuencia y porcentaje de las preguntas contenidas en el GOHAL por género en la población del Edo de Mex.

Pregunta	Frecuencia y porcentaje de respuestas										*	Masculino (n = 6)										*	
	Femenino (n = 21)					Masculino (n = 6)																	
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5													
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%			
1	6	27.2	4	18.1	8	36.3	3	13.6	1	4.5	55	4	80	1	20	0	0	0	0	0	6		
2	6	27.2	7	31.8	5	22.7	2	9	2	9	53	4	80	1	20	0	0	0	0	0	6		
3	4	18.1	2	9	5	22.7	7	31.8	4	18.1	51	1	20	0	0	1	20	1	20	2	40	12	
4	6	27.2	5	22.7	5	22.7	3	13.6	3	13.6	58	3	60	1	20	1	20	0	0	0	0	8	
5	1	4.5	2	9	4	18.1	8	36.3	7	31.8	42	0	0	0	0	1	20	1	20	3	60	8	
6	4	18.1	3	13.6	7	31.8	2	9	6	27.2	69	2	40	2	40	0	0	1	20	0	0	10	
7	0	0	1	4.5	6	27.2	7	31.8	8	36.3	44	0	0	0	0	0	0	1	20	4	80	6	
8	2	9	0	0	13	59	1	4.5	6	27.2	75	2	40	2	40	1	20	0	0	0	0	9	
9	4	18.1	6	27.2	5	22.7	6	27.2	1	4.5	60	3	60	0	0	0	0	1	20	1	20	12	
10	4	18.1	2	9	10	45.4	2	9	4	18.1	66	3	60	1	20	1	20	0	0	0	0	8	
11	4	18.1	6	27.2	9	40.9	1	4.5	2	9	57	2	40	3	60	0	0	0	0	0	0	8	
12	2	9	6	27.2	10	45.4	1	4.5	3	13.6	63	3	60	1	20	1	20	0	0	0	0	8	
											693											101	
																							X = 20.2 (DE + 8.4)

1. Siempre 2. Muchas veces 3. Algunas veces 4. Rara vez 5. Nunca * Puntuación final
Fuente directa 2004

Cuadro III. Frecuencia y porcentaje de las preguntas contenidas en el GOHAL por género en la población del Edo. De Hidalgo.

Pregunta	Frecuencia y porcentaje de respuestas													*								
	Femenino (n = 31)						Masculino (n = 16)															
	1	2	3	4	5	*	1	2	3	4	5	*										
FX	%	FX	%	FX	%	FX	%	FX	%	FX	%	FX	%									
1	2	6.4	6	19.3	10	32.2	2	6.4	11	35.4	107	1	6.2	4	25	2	12.5	1	6.2	8	50	59
2	8	25.8	5	16.1	5	16.1	3	9.6	10	32.2	95	4	25	4	25	0	0	5	31.2	3	18.7	47
3	15	48.3	3	9.6	2	6.4	1	3.2	10	32.2	105	5	31.2	0	0	3	18.7	4	25	4	25	46
4	3	9.6	1	3.2	5	16.1	6	19.3	16	51.6	124	2	12.5	4	25	1	6.2	1	6.2	8	50	57
5	9	29	2	6.4	7	22.5	4	12.9	9	29	91	1	6.2	2	12.5	4	25	5	31.2	4	25	39
6	2	6.4	1	3.2	3	9.6	1	3.2	24	77.4	137	0	0	4	25	0	0	1	6.2	11	68.7	67
7	15	48.3	3	9.6	7	22.5	3	9.6	3	9.6	117	4	25	1	6.2	2	12.5	3	18.7	6	37.5	42
8	1	3.2	2	6.4	4	12.9	7	22.5	17	54.8	130	1	6.2	1	6.2	3	18.7	5	31.2	6	37.5	62
9	5	16.1	4	12.9	10	32.2	7	22.5	5	16.1	96	4	25	1	6.2	3	18.7	6	37.5	2	12.5	49
10	2	6.4	3	9.6	5	16.1	3	9.6	18	58	125	1	6.2	1	6.2	3	18.7	2	12.5	9	56.2	65
11	3	9.6	2	6.4	4	12.9	5	16.1	17	54.8	124	1	6.2	3	18.7	2	12.5	4	25	6	37.5	59
12	1	3.2	2	6.4	9	29	4	12.9	15	48.3	123	2	12.5	2	12.5	1	6.2	2	12.5	9	56.2	65
											1374											657
											X = 44.1 (DE + 8.7)											X = 40.9 (DE + 8.1)

1. Siempre 2. Muchas veces 3. Algunas veces 4. Rara vez 5. Nunca *Puntuación final
Fuente directa 2004

Cuadro IV. Frecuencia y porcentaje de las preguntas contenidas en el GOHAJ por genero de la población del D.F.

Pregunta	Frecuencia y porcentaje										*												
	Femenino (n = 47)					Masculino (n = 16)																	
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5													
Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%								
1	3	6.3	2	4.2	11	23.4	11	23.4	20	42.5	184	1	6.2	0	0	2	12.5	4	25	9	56.2	68	
2	6	12.7	5	10.6	11	23.4	13	27.6	12	25.5	161	2	12.5	0	0	2	12.5	4	25	8	50	67	
3	26	55.3	7	14.8	5	10.6	6	12.7	3	6.3	188	6	37.5	3	18.7	3	18.7	1	6.2	3	18.7	56	
4	1	2.1	8	17	4	8.5	6	12.7	28	59.5	193	2	12.5	1	6.2	0	0	4	25	9	56.2	65	
5	13	27.6	5	10.6	14	29.7	8	17	7	14.8	150	3	18.7	1	6.2	4	25	3	18.7	5	31.2	42	
6	1	2.1	3	6.3	4	8.5	3	6.3	36	76.5	211	0	0	0	0	2	12.5	2	12.5	12	75	82	
7	19	40.4	6	12.7	11	23.4	1	2.1	11	23.4	165	4	25	3	18.7	3	18.7	0	0	6	37.5	63	
8	2	4.2	2	4.2	6	12.7	14	29.7	23	48.9	195	1	6.2	0	0	2	12.5	1	6.2	12	75	71	
9	18	38.2	6	12.7	9	19.1	7	14.8	7	14.8	120	6	37.5	0	0	2	12.5	5	31.2	3	18.7	47	
10	3	6.3	2	4.2	15	31.9	8	17	19	40.4	179	1	6.2	0	0	3	18.7	2	12.5	10	62.5	68	
11	3	6.3	1	2.1	11	23.4	9	19.1	23	48.9	189	1	6.2	1	6.2	5	31.2	2	12.5	7	43.7	61	
12	6	12.7	2	4.2	10	21.2	13	27.6	16	34	172	0	0	0	0	2	12.5	4	25	10	62.5	72	
											2107												762
											X = 44.8 (DE ± 7.5)											X = 45.8 (DE ± 8.3)	

1. Siempre 2. Muchas veces 3. Algunas veces 4. Rara vez 5. Nunca * Puntuación final
Fuente Directa 2004

En el análisis de las preguntas clave del cuestionario que mide la función física, pregunta 2; la presencia de la sensación del dolor y/o malestar, pregunta 5 y la función psicosocial, pregunta 7 se observaron las mayores diferencias entre las tres poblaciones. El porcentaje de las respuestas a las preguntas se presentan a continuación.

Función física:

2. ¿Con qué frecuencia tiene problemas al morder o masticar cualquier tipo de alimento, por ejemplo, carne maciza o manzanas?

Población	Porcentaje de las respuestas			Puntuación
	Siempre o muchas veces	Algunas veces	Rara vez o nunca	
Los Reyes	67	19	14	59:135
Actopan	44	11	45	143:235
DF	21	20	59	225:315

Como se puede notar, el 67% (n = 18) de los ancianos del Estado de México, contestaron que siempre o muchas veces tienen molestias al morder o masticar carne maciza o manzana, mientras que, sólo el 14% (n = 4) rara vez o nunca tienen molestias. Lo que nos indica que la mayoría no puede comer cosas duras o macizas sin sentir alguna molestia obteniendo una calificación en una escala del 0 al 10 de 4.3.

En la población adulta mayor del D.F. -que es la que mejor puntuación tiene con respecto a las otras poblaciones- el 21% (n =13) contestó que siempre o muchas veces tiene dificultad al morder o masticar, el 20% (n =13) que algunas veces y el 59% (n = 37) que rara vez o nunca. Teniendo una puntuación final de 225 de un total de 315 puntos con lo cual este grupo obtiene una calificación de 7.1.

Presencia de dolor o malestar dental:

5. ¿Con qué frecuencia es capaz de comer cualquier cosa sin sentir molestia?

Población	Porcentaje de las respuestas			Puntuación
	Siempre o muchas veces	Algunas veces	Rara vez o nunca	
Los Reyes	11	19	70	56:135
Actopan	30	23	47	130:235
DF	36	29	35	194:315

A la pregunta 5, el 70% de los adultos mayores del Estado de México contestó que rara vez o nunca podían comer sin sentir molestias, mientras que, solamente el 11% siempre o muchas veces era capaz de comer sin sentir las obteniendo la menor puntuación y una calificación de 4.1.

Para los ancianos del DF las respuestas a la pregunta 5 fueron, el 36% siempre o muchas veces han sido capaces de comer sin sentir molestias, el 29% algunas veces y el 35% rara vez o nunca, su puntuación final fue de 194 de un máximo de 315, lo que equivale a obtener una calificación de 6.1, siendo ésta la más alta.

Función psicosocial:

7. ¿Con qué frecuencia se siente satisfecho o contento con la apariencia de sus dientes, encías o dentaduras?

Población	Porcentaje de las respuestas			Puntuación
	Siempre o muchas veces	Algunas veces	Rara vez o nunca	
Los Reyes	4	22	74	50:135
Actopan	49	19	32	159:235
DF.	51	22	27	211:315

Para el 74% de los ancianos de Los Reyes rara vez o nunca ha estado satisfecho o contento con la apariencia de sus dientes, mientras que, sólo el 4% sí lo ha estado.

El 51% de los ancianos del D.F. contestó que siempre o muchas veces se han sentido satisfechos con la apariencia de sus dentaduras y sólo el 27% que rara vez o nunca.

En los porcentajes obtenidos de la pregunta 7 de la población de Actopan, el 49% de las personas siempre y muchas veces estuvieron de acuerdo con su apariencia bucal, mientras que, el 32% rara vez o nunca se encontraban satisfechos, su puntuación final fue de 159 de un total de 235.

De las tres poblaciones en las que se evaluó la satisfacción de su apariencia bucodental, se puede observar que, la población de Actopan tiene una calificación de 6.7 siendo la más alta, con respecto a los del D.F. y los de Los Reyes que fue de 6.6 y 3.7, respectivamente.

La comparación de respuestas a las preguntas clave, por población y género se presentan a continuación.

Función física:

2. ¿Con qué frecuencia tiene problemas al morder o masticar cualquier alimento, por ejemplo; carne maciza o manzana?

Porcentaje de respuestas. Género femenino.				
Población	Siempre o muchas veces	Algunas veces	Rara vez o nunca	Puntuación
Los Reyes	59	23	18	53:110
Actopan	42	16	42	95:155
DF.	24	23	52	161:235

Porcentaje de las respuestas. Género masculino.				
Población	Siempre o muchas veces	Algunas veces	Rara vez o nunca	Puntuación
Los Reyes	100	0	0	6:25
Actopan	50	0	50	47:80
D.F.	12	13	75	67:80

Los porcentajes de las respuestas anteriores muestran que, en Los Reyes, el 59% del género femenino, siempre o muchas veces, han tenido problemas al morder o masticar; mientras que, el 18% manifiesta que nunca o rara vez los han tenido.

En el género masculino observamos que, el 100% siempre o muchas veces ha tenido problemas al morder o masticar carne maciza

En Actopan, Hgo. el 42% del género femenino ha manifestado que siempre o muchas veces tiene problemas al morder o masticar; mientras que, el 42% rara vez o nunca han tenido molestias al realizar esta función física. En el género masculino el 50% siempre o muchas veces han padecido estos problemas.

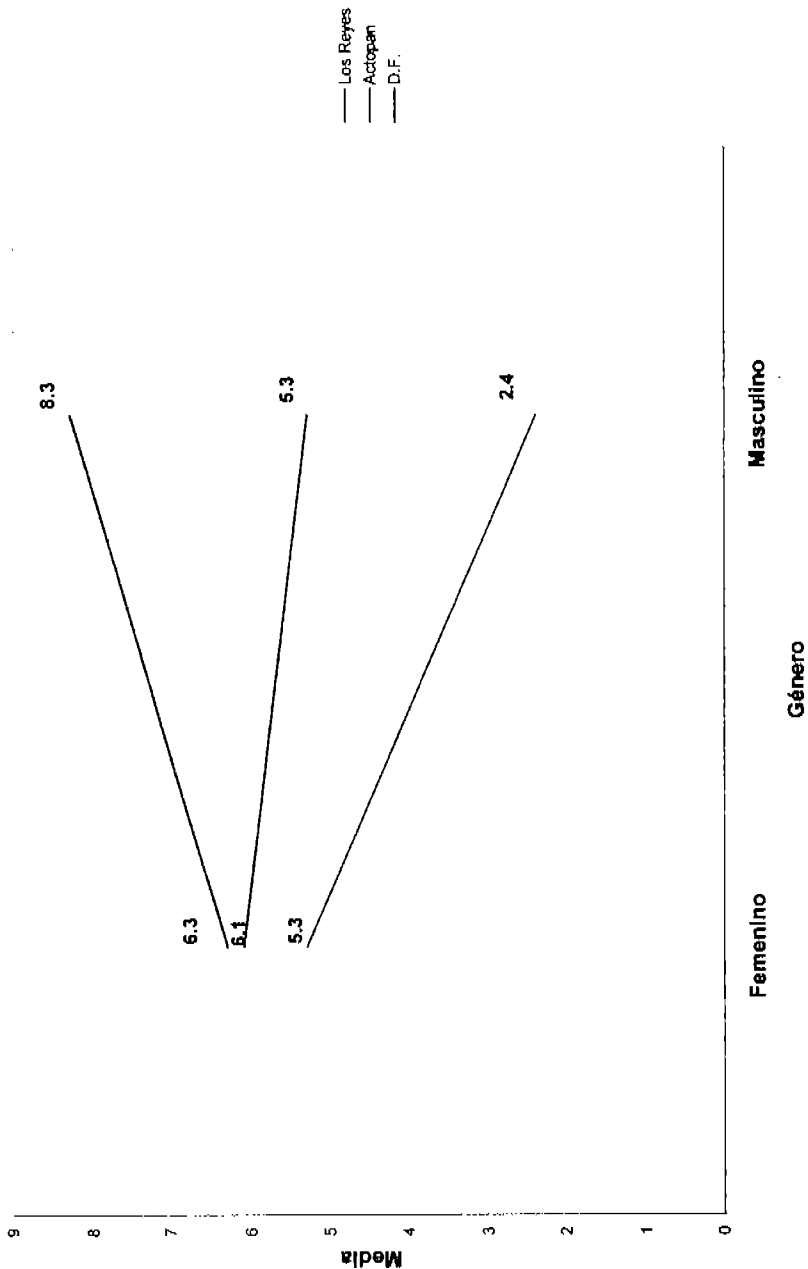
En el D.F. el 24% del género femenino manifiesta que siempre o muchas veces tiene problemas al morder o masticar, mientras que, el 52% rara vez o nunca los han tenido; de los hombres, el 12% ha tenido molestias siempre o muchas veces, mientras que, el 75% rara vez o nunca han presentado molestias al morder o masticar cualquier alimento, por ejemplo; carne maciza o manzana.

En este contexto, se puede decir que las calificaciones de las tres poblaciones en esta pregunta, fueron las siguientes:

Población	Género	
	Femenino	Masculino
Los Reyes	5.3	2.4
Actopan	6.1	5.3
D.F.	6.3	8.3

Como se muestra, la población de Los Reyes es la que obtuvo una menor calificación, al presentar mayores deficiencias en la función física, la población del D.F. es la que mejor calificación tiene; se observa también que, la población masculina a excepción de la del D.F. presentan menores calificaciones con respecto a la población femenina. (Figura 2)

Figura 2. Función física. ¿Con qué frecuencia tiene problemas al morder o masticar cualquier alimento, por ejemplo, carne maciza o manzana?



— Los Reyes
— Acoapan
— D.F.

Presencia de dolor o malestar dental:

5. ¿Con qué frecuencia es capaz de comer cualquier cosa sin sentir molestias?

Porcentaje de las respuestas. Género femenino.				
Población	Siempre o muchas veces	Algunas veces	Rara vez o nunca	Puntuación
Los Reyes	13	18	68	42:110
Actopan	35	22	42	91:155
D.F.	38	30	32	150:235

Porcentaje de las respuestas. Género masculino.				
Población	Siempre o muchas veces	Algunas veces	Rara vez o nunca	Puntuación
Los Reyes	0	20	80	10:25
Actopan	18	25	56	39:80
D.F.	25	25	50	42:80

De los resultados que se muestran se puede resaltar lo siguiente: el 68% de la población del género femenino de Los Reyes manifestó que rara vez o nunca ha sido capaz de comer cualquier cosa sin sentir molestias; y que ninguno de los adultos mayores del género masculino es capaz de comer cualquier cosa sin sentir molestias.

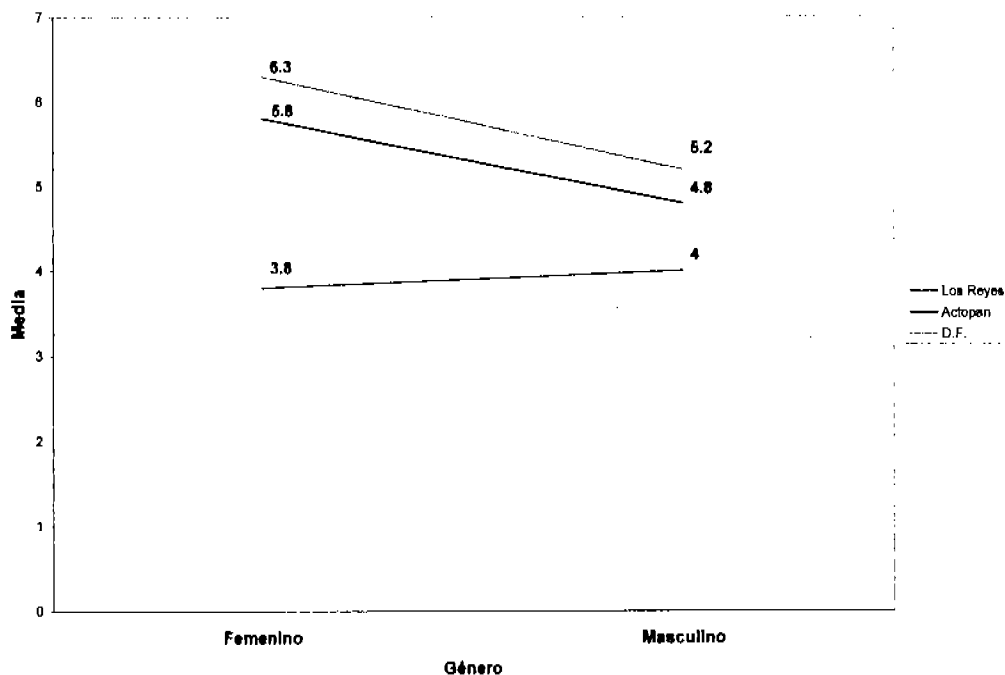
En el D.F. el 38% de las mujeres siempre o muchas veces puede comer sin sentir molestias, el 32% nunca o rara vez logra hacerlo; en el género masculino, sólo el 25% de la población puede comer sin dolor, mientras que, el 50% rara vez o nunca logra hacerlo.

Las calificaciones finales obtenidas a la pregunta cinco, de las tres poblaciones por género son las siguientes:

Población	Género	
	Femenino	Masculino
Los Reyes	3.8	4.0
Actopan	5.8	4.8
D.F.	6.3	5.2

Se observa en los resultados que, las calificaciones de las tres poblaciones son bajas, con lo que se puede señalar que, todos los adultos mayores presentan dolor o malestar al momento de comer. (Figura 3)

Figura 3. Presencia de dolor o malestar dental. ¿Con qué frecuencia es capaz de comer cualquier cosa sin sentir molestias?



Función psicosocial:

7. ¿Con qué frecuencia se siente contento con la apariencia de sus dientes, encías o dentaduras?

Porcentaje de las respuestas. Género femenino.				
Población	Siempre o muchas veces	Algunas veces	Rara vez o nunca	Puntuación
Los Reyes	4	27	68	44:110
Actopan	58	22	20	117:155
D.F.	53	23	24	165:235

Porcentaje de las respuestas. Género masculino.				
Población	Siempre o muchas veces	Algunas veces	Rara vez o nunca	Puntuación
Los Reyes	0	0	100	6:25
Actopan	31	12	57	42:80
D.F.	44	19	37	63:80

En la población de Los Reyes, en el género femenino, sólo el 4% se siente contento con la apariencia de sus dientes, encías o dentaduras, mientras que, el 68% rara vez o nunca lo hace. Con respecto al género masculino, el total de ancianos reporta que nunca o rara vez lo ha estado.

El 58% del género femenino de la población de Actopan se sienten contentas con la apariencia bucodental, mientras que sólo el 31% de los hombres reporta estarlo.

En cuanto a la población del D.F. el 53% de las mujeres siempre o muchas veces se han sentido satisfechas, mientras que, el 24% de ellas reportan que rara vez o nunca han estado contentas con la apariencia de sus dientes.

El comportamiento de las respuestas en los adultos mayores del D.F. fue el siguiente: 44% siempre o muchas veces se han sentido contentos con su apariencia bucodental y sólo el 37% rara vez o nunca lo ha estado.

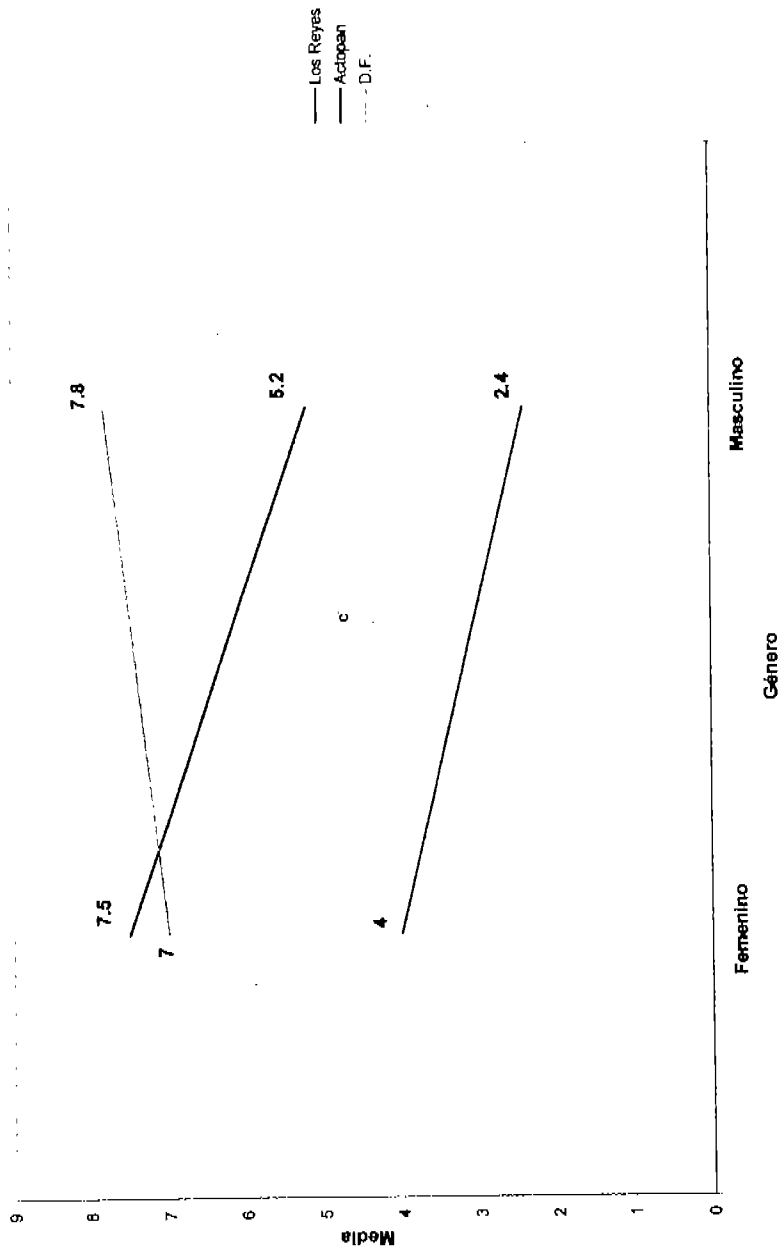
Las calificaciones obtenidas a la pregunta por género en las tres poblaciones fue:

Población	Género	
	Femenino	Masculino
Los Reyes	4.0	2.4
Actopan	7.5	5.2
D.F.	7.0	7.8

En cuanto a la percepción de la apariencia bucodental por género, la población con mejores calificaciones fue el género femenino de la ciudad de Actopan, Hgo. Quedando en segundo lugar las mujeres del DF, por lo que respecta a los hombres, los del D.F. son los que presentan una calificación más alta. (Figura 4)

Con esto, se puede ver que, la población más afectada es la de Los Reyes, tanto del género femenino como del masculino, mostrando nuevamente que, los ancianos de Los Reyes se encuentran en desacuerdo con la apariencia de sus dientes, enclás o dentaduras.

Figura 4. Función psicosocial. ¿Con qué frecuencia se siente contento con la apariencia de sus dientes, encías o dentaduras?



CONCLUSIONES

De los estudios que se han realizado en el área de la odontogeriatría que miden el impacto psicosocial de las enfermedades bucodentales en los adultos mayores encontramos los siguientes:

Cushing reportó que, el número de dientes cariados se correlacionaba positivamente con el impacto psicosocial de problemas dentales, tales como, las restricciones para poder comer y la disfunción estética.¹⁹

En su investigación Drake y sus colaboradores mostraron la exactitud de las auto percepciones bucales de la población mayor, si bien no fueron capaces de percibir exactamente la extensión de su necesidad de tratamiento, sus auto percepciones de la apariencia dental, de su capacidad o habilidad para masticar y de su salud bucal, tenían cierta relación con su evaluación clínica.²²

Para Atchison y Dolan, el tener menos número de dientes, el tener dentadura removible o el percibir la necesidad del tratamiento dental se relacionaba significativamente con un menor o peor índice GOHAI, en su estudio las personas que contestaron que tenían una buena educación y con un ingreso anual más alto normalmente tenían un índice GOHAI más alto, indicando menores problemas dentales.³⁸

Las enfermedades dentales raramente se ven en términos de su impacto en la función del paciente, tampoco los problemas de salud bucal son siempre considerados en una evaluación geriátrica. La salud dental tradicionalmente se evalúa independientemente de la salud general.

En nuestra población de estudio se encontró, al evaluar la función psicosocial que, efectivamente se presenta esa relación, ya que, aún cuando la población de

Actopan tiene la más alta calificaciónes -6.7 en una escala del 0 al10-, con respecto a los demás adultos mayores, éste es un bajo promedio. El problema se agrava al comparar las calificaciones de los ancianos del D.F. que es de 6.6, y aún más con la de Los Reyes que es de 3.7.

Al hacer referencia a la función física se puede resaltar lo siguiente: la mejor calificación fue para los ancianos del D.F. con 7.1, la población de Actopan tuvo un promedio de 6.0, mientras que, la de Los Reyes obtuvo una calificación de 4.3. No obstante, todas estas calificaciones son bajas.

Al evaluar la presencia de dolor o malestar se encontró que la población de adultos mayores del D.F. es la que mejor calificación obtuvo 6.1; la de Actopan 5.5 y la de Los Reyes 4.1; esto significa que la mayoría de los ancianos reconocen que sufren al comer.

En términos generales se puede decir que, la población de adultos mayores que peores calificaciones presenta es la de Los Reyes, en lo referente a las tres dimensiones que evalúa el GOHAI; el impacto psicosocial es mejor en la población de ancianos de Actopan; y el dolor o malestar se da en menor porcentaje en los ancianos del D.F.

Los ancianos del D.F. tienen una mejor función física, pese a que la percepción sobre su apariencia no les es completamente satisfactoria con sus dientes y dentaduras.

Por lo tanto, se puede decir que, el uso de índices como el GOHAI facilita el conocer los problemas de función bucal en los adultos mayores y nos provee un medio efectivo para reunir tal estimación, también aumenta el entendimiento del impacto psicosocial de las enfermedades bucales, por último, tal medición provee un medio de comparación en la eficacia de varias modalidades de tratamiento dental en los adultos mayores.

PROPUESTAS

La vejez es un estado de ánimo y puede ser modificable, en la medida que puedan entender que el transcurso del tiempo es simplemente un estado evolutivo donde acumularon sus experiencias, es decir, no es una vuelta hacia atrás ni una involución. Es una etapa normal y evolutiva del devenir como lo fue la niñez, la pubertad, la adolescencia y la mitad de la vida.

El entorno social y familiar deberá poner al alcance de todos los ancianos, un abanico de posibles actividades que los incentive a buscar nuevos emprendimientos a fin de evitarles el aislamiento y la sensación de soledad. La vergüenza es otra de las sensaciones que los inhibe y los lleva a retraerse. El temor a exponerse ante los demás y sentir que pueden ser censurados o ser el centro de posibles burlas, los limita en la posibilidad de iniciar nuevas actividades grupales en las que deban exhibir su cuerpo o mostrar sus propias producciones.

Renunciar a la vida activa produce en la mayoría de las personas un efecto traumático, pues les está marcando la entrada a la vejez. No sucedería lo mismo si éstos pudieran encontrar a esa edad actividades sustitutivas y reparatorias, que los ayudarán a no quedar fijos con la sensación de "vacío de vida" y los motivará a hacer proyectos que estimulen su capacidad creativa, recuperando su capacidad de producción

Cuando un individuo acude a la atención odontológica, éste necesita no sólo la resolución de su problema, sino que además establezca con el profesional una confianza que le permita aclarar cuales son sus propios conflictos y cuales son externos. Para los efectos de entablar una buena relación con sus pacientes, el Odontólogo siempre necesitará conocerlos. Esto no significa solamente conocer su boca para luego realizar el tratamiento odontológico necesario. Conocer al paciente implica fundamentalmente conocerlo como persona íntegra, esto es,

física, emocional, afectiva, intelectual y socialmente. El conocimiento de todos estos factores es de primordial importancia para una óptima relación Odontólogo-paciente, relación que debiera ser de mutua participación, ya que, su respuesta será más favorable cuanto más se sienta involucrada en el propio tratamiento.

La escala de valores de los adultos mayores puede ser muy distinta. Lo que nosotros estudiamos sobre diagnóstico y plan de tratamiento puede llegar a variar enormemente entre un individuo y otro, por lo que, a esta edad es muy importante hacerlo conjuntamente con el paciente. El Odontólogo debe tener algunos conocimientos médicos y psicológicos. No se trata de ser un Psicólogo, sino de tener conocimientos prácticos en psicología, lo necesario para poder entender a los pacientes, por lo menos, para tener una buena relación odontólogo-paciente.

El desarrollo de mediciones para valorar el estado de salud bucal es esencial para la evolución y maduración de una base de conocimiento científico en odontología geriátrica. La literatura sugiere una alta prevalencia de enfermedad dental en adultos mayores.

La evaluación geriátrica debe ser una evaluación multidisciplinaria para que los múltiples problemas de los pacientes mayores sean descubiertos, descritos y explicados y de ser posible en donde los recursos y las fuerzas de las personas lo permitan se pueda desarrollar un plan de atención coordinado que enfoque las intervenciones en los problemas de las personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Canales A I. De la transición demográfica al envejecimiento de la población. *Demos* 2001; (14): 4-5.
2. Monte mayor B. El odontólogo y la salud dental en la tercera edad. *Dentista y paciente* 1996; 6 (3): 38-47.
3. Brau Esteban, Canalda Carlos. Patología dental en la tercera edad. *Rev. Europea de odonto-estomatología* 1992; 14 (4): 205-210.
4. Ozawa J Y. Importancia de la biología del envejecimiento. *Práctica odontológica* 1985; 6 (3): 8-10.
5. López B M, Paz e Izázola H. El perfil censal de los hogares y las familias en México. *Monográficos censales*. México: Editorial INEGI/UNAM, 1994: 518.
6. Ramírez L. Modalidades terapéuticas odontológicas recibidas por el paciente anciano. *Rev. ADM* 1997; 54 (2): 102-109.
7. Schenquerman N. Consideraciones acerca de los adultos mayores. *Rev Asoc Odont Argent* 1994; 82 (1)
8. Ham CH R. El envejecimiento: una nueva dimensión en la sociedad en México. *Salud Pública Mex* 1996; 38 (6): 409-418.
9. Partida B V. Monto y estructura de la población en el año 2000 y perspectivas en el 2050. *Demos* 2001; (14): 6-7.
10. Ordorica M. Grandes cambios en las causas de muerte de los adultos mayores. *Demos* 2001; (14): 10-11.
11. Omran A R. The epidemiological transition: A theory of the epidemiology of population change. *Milbank men fund Q* 1971; 44.
12. Palloni A, Peláez M, Arriaga E, Kinselle K. Perfil de las condiciones de salud de los adultos mayores en América Latina. *Directivo médico* 1998; 5 (1): 9-11.
13. Gomes da Conceicao M C. Condiciones socioeconómicas de la tercera edad. *Demos* 2001 (14): 13-15.
14. Ham C R, Gutiérrez R L. El envejecimiento demográfico en México. Importancia económica, social y política. En: Uribe E M, López C M. *Propuesta de un programa sexenal y a largo plazo*. México: Editorial Panamericana 2001: 30-36.

15. Secretaria de Salud. Dirección de Estadística. Informes estadísticos sobre mortalidad por causa. México: SSA, 1994: 22.
16. Alejandro J. Identificación de los problemas odontológicos en pacientes de la tercera edad. Rev Práctica odontológica 1997; 18 (5): 4-7.
17. Gutiérrez R L. El proceso de la transición epidemiológica. Demos 2001 (14): 8-9.
18. Yáñez S A. Características socio-demográficas y condiciones generales en un grupo de pacientes mayores de 60 años, atendidos en una clínica universitaria en 1991. Rev Dentista y paciente 1991; 1 (6): 20-28.
19. Grabowski M, Bertram A. Oral health status and need of dental treatment in the elderly danish population. Comm Dent Oral epidemiology 1975; 3: 108-114.
20. Masnderson R, Ettlinger R. Dental status of the institutional elderly population of edinburg. Comm Dent Oral epidemiology 1975; 3: 100-107.
21. Ritchie G M. A report of dental funding in a survey of geriatric patient. J Dent 1973: 106-112.
22. Kiyab A. Psychosocial factors in dental needs of the elderly. Spec care dent, 1981; 1: 22-30.
23. García J. Estado dental y necesidad de tratamiento en la población geriátrica institucionalizada en Vizcaya. Rev Europea de Odontostomatol 1991 (1): 57-64.
24. Taboada A O, Mendoza N V, Hernández P D, Martínez Z I. Prevalencia de caries dental en un grupo de pacientes de la tercera edad. ADM 2000; 52 (5): 188-192.
25. Taboada A O, Gómez G Y, Taboada A S, Mendoza N V. Prevalencia de signos y síntomas de los trastornos temporo-mandibulares en un grupo de adultos mayores. ADM 2004; 61 (4): 125-129.
26. Ponce E. Prevalencia de caries coronal y radicular en personas anclanas de una casa-hogar de la ciudad de México. Revista de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología. 2001; (17-18): 54-64.
27. Borges A, Maupome G. Potencial of socio-economic factors to predict caries experience in México City. J Dental Res. 1992 [Sepclss]
28. Evaswhick C, Conrad D, Lee F. Factors related to utilization of dental services by the elderly. J Public health 1982; 72: 129-132.

29. Ettinger R, Beck J. The new elderly; what can the dental profession expect? *Spec Care Dent* 1986; 6: 38-41.
30. Ettinger R. Salud bucodental y atención de salud bucodental del anciano. *Dental World FDI* 1993; 5, 13-15.
31. Ronald R. Salud bucodental y atención de salud buco-dental del anciano. *Dental World FDI* 1993; 5, 13-15.
32. Pinilla M, López M, Cielos J. Salud bucodental de la población anciana de Córdoba Geriátrica. *Geriatrika* 1988; 4 (1): 45-50.
33. Medina Fernando. La investigación en la salud bucal de los pacientes geriátricos. *Rev Práctica odontológica* 1993; 14 (5): 2-3.
34. Roisinblit S. El paciente geriátrico ante la prótesis. *Rev de la Asociación Odontológica de Argentina* 1991; 79 (1): 43-49.
35. García S. El envejecimiento y sus repercusiones odontológicas. *Rev ADM* 1996; 17 (9): 20-23.
36. López J, Roselló X, Blanco A. El uso de reservorios de saliva en la terapéutica de la xerostomía. *Rev Europea de odonto-estomatología* 1995; 7 (5): 283-288.
37. Roisinblit R. La atención odontológica del anciano. *Rev de la Asociación Odontológica de Argentina* 1996; 84 (2): 94-98.
38. Atchison K, Dolan T. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *Journal of dental education* 1990; 54 (11): 680-687.
39. Velasco E, Machuca G. Odontología geriátrica, concepto, objetivos y desarrollo. *Rev europea de odonto-estomatología* 1995, 8 (2): 105-110.

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA
ÍNDICE DE LA VALORACIÓN DE LA SALUD BUCAL GERIÁTRICA

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: (F) (M) Clave: _____

En los últimos tres meses....

Actividad	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Rara vez	Nunca
1. ¿Con qué frecuencia limita el tipo y la cantidad de comida que ingiere por problemas con sus dentaduras?					
2. ¿Con qué frecuencia tiene problemas al morder o masticar cualquier tipo de alimento, por ejemplo, carne maciza o manzanas?					
3. ¿Con qué frecuencia puede tragar cómodamente?					
4. ¿Con qué frecuencia sus dientes o dentaduras le impiden hablar en la forma que usted quiere?					
5. ¿Con qué frecuencia es capaz de comer cualquier cosa sin sentir molestia?					
6. ¿Con qué frecuencia evita el contacto con las personas por la condición de sus dientes o dentaduras?					
7. ¿Con qué frecuencia se siente satisfecho o contento con la apariencia de sus dientes, encías o dentaduras?					
8. ¿Con qué frecuencia utiliza medicamentos para aliviar el dolor o algún malestar de su boca?					
9. ¿Con qué frecuencia le preocupan los problemas de sus dientes, encías o dentaduras?					
10. ¿Con qué frecuencia se siente nervioso(a) (intranquilo) por los problemas con sus dientes, encías o dentaduras?					
11. ¿Con qué frecuencia se siente incomodo(a) al comer frente a otras personas por los problemas con sus dientes, encías o dentaduras?					
12. ¿Con qué frecuencia tiene molestias en dientes o encías por sensibilidad al calor o frío o alimentos dulces?					





LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA, A. C.

otorga la presente

CONSTANCIA

A:

C.D. CLAUDIA ACOSTA MEDINA

Como:

P O N E N T E

**“VALORACIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL Y DE LAS
AREAS FÍSICA, PSICOSOCIAL Y DOLOR DENTAL EN UN
GRUPO DE PACIENTES DE LA TERCERA EDAD”**

XVII CONGRESO NACIONAL DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

AMGGG
"Compartido para el Fortalecimiento del Programa de Adulto Mayor"

Xalisco, Veracruz, Ver., México

8, 9 y 10 de Agosto de 2010


Dr. Armando González Bedoy
Presidente


Dr. Gerardo A. Maya Alcántara
Secretario

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza"

Carrera de Cirujano Dentista

Otorga la presente

CONSTANCIA

a

Claudia Ruth Acosta Medina, Erika Aidee González

Por su participación con el **Cartel:**

"Valoración de la salud en las áreas física, psicosocial y dolor bucodental de un grupo de pacientes de la tercera edad", dentro del 2° Coloquio de Servicio Social de la carrera de Cirujano Dentista realizado del 1° al 5 de Julio de 2002, en la Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza".

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"

México, D.F., a 5 de julio de 2002.


CD. Laura Elena Pérez Flores

Jefa de la Carrera

Unidad Académica de Odontología de la
Universidad Autónoma de Zacatecas, "Francisco García Salinas"
Comisión Nacional de Investigación en Odontología



XII ENCUENTRO NACIONAL De INVESTIGACIÓN En ODONTOLOGÍA III ENCUENTRO IBEROAMERICANO

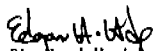
Otorgan el presente


Diploma


A: Claudia R. Acosta Medina

Por su valiosa participación como **Coautor** del trabajo de Impacto psicosocial de las enfermedades bucodentales en un grupo de pacientes geriátricos dentro XII Encuentro Nacional y III Encuentro Iberoamericano de Investigación en Odontología, realizado en la Ciudad de Zacatecas, Zac. Los días 10,11 y 12 de Noviembre de 2004.




Dr. Edgar Hurtado Hernández
Coordinador de Investigación y Posgrado
de la Universidad Autónoma de
Zacatecas, "Francisco García Salinas"


M. en C. Alfredo Aguilar de Santiago
Director de la Unidad Académica de Odontología
de la Universidad Autónoma de
Zacatecas, "Francisco García Salinas"


M. en C. Ma. del Carmen Accres Molina
Coordinadora de Investigación de la
Unidad Académica de Odontología
de la Universidad Autónoma de
Zacatecas, "Francisco García Salinas"



LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA, A. C.

otorga la presente

CONSTANCIA

A:

C.D. ERIKA GONZÁLEZ CASTRO

Como:

PONENTE

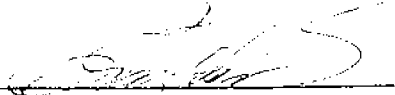
“VALORACIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL Y DE LAS ÁREAS
FÍSICA, PSICOSOCIAL Y DOLOR DENTAL EN UN GRUPO DE
PACIENTES DE LA TERCERA EDAD”

XVII CONGRESO NACIONAL DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

“Compromiso Compartido para el Fortalecimiento Integral del Adulto Mayor”

Veracruz, Ver., México

8, 9 y 10 de Agosto de 2002


Dr. Armando González Bedoy
Presidente


Dr. Gerardo A. Maya Alcántara
Secretario

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza"

Carrera de Cirujano Dentista

Otorga la presente

CONSTANCIA

a

Claudia Ruth Acosta Medina, Erika Aidee González

Por su participación con el **Cartel:**

"Valoración de la salud en las áreas física, psicosocial y dolor bucodental de un grupo de pacientes de la tercera edad", dentro del 2º Coloquio de Servicio Social de la carrera de Cirujano Dentista realizado del 1º al 5 de Julio de 2002, en la Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza".

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., a 5 de Julio de 2002.


CD. Laifa Elena Pérez Flores
Jefa de la Carrera

Unidad Académica de Odontología de la
Universidad Autónoma de Zacatecas, "Francisco García Salinas"
Comisión Nacional de Investigación en Odontología



XII DE INVESTIGACIÓN ENCUENTRO NACIONAL EN ODONTOLOGÍA III ENCUENTRO IBEROAMERICANO


Otorgan el presente

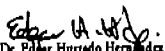
Diploma

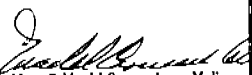
A: Erika González Castro

Por su valiosa participación como **Coautor** del trabajo de Impacto psicosocial de las enfermedades bucodentales en un grupo de pacientes geriátricos dentro XII Encuentro Nacional y III Encuentro Iberoamericano de Investigación en Odontología, realizado en la Ciudad de Zacatecas, Zac. Los días 10,11 y 12 de Noviembre de 2004.




M. en C. Alfredo Salazar Santiago
Director de la Unidad Académica de Odontología
de la Universidad Autónoma de
Zacatecas, "Francisco García Salinas"


Dr. Edgar Hurtado Hernández
Coordinador de Investigación y Posgrado
de la Universidad Autónoma de
Zacatecas, "Francisco García Salinas"


M. en C. Ma. del Carmen Aceves Medina
Coordinadora de Investigación de la
Unidad Académica de Odontología
de la Universidad Autónoma de
Zacatecas, "Francisco García Salinas"