



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



**PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA DE ACUERDO AL ESTADO DE SALUD
BUCAL EN ADULTOS MAYORES, CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA “LOS
REYES”. PERIODO ENERO-JUNIO 2008.**

TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

MÉNDEZ SÁNCHEZ JOE MAX

DIRECTOR

MTRA. ROSA DIANA HERNÁNDEZ PALACIOS

MÉXICO, D. F.

ABRIL, 2009

PROYECTO PAPIME: PE203006



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.

AGRADECIMIENTOS.

Quiero agradecer y dedicar éste trabajo a mis seres queridos, que con su apoyo y amor me han incentivado a seguir adelante.

Agradezco infinitamente a Dios por haberme otorgado la vida y estos momentos tan preciados, momentos buenos y no tan buenos, que me han formado con humildad y amor, y que me han hecho apreciar cada instante de mi existir.

Doy gracias a mis papás y a mis hermanos, ya que sin su apoyo, cariño y comprensión, nunca hubiera podido llegar a ninguna de mis metas. Gracias por su fortaleza, por sus ánimos, por sus abrazos, por sus palabras, por amarme y por estar conmigo en los buenos momentos y en los malos. Espero que siempre se sientan muy orgullosos de mí ya que mis triunfos son suyos.

Agradezco a mis Tías y a mis primas, que también siempre han estado conmigo, apoyándome en todo momento.

A mi Flaquita, por todo su amor, su apoyo en este trabajo y en mi vida cotidiana, por sus consejos y por estar conmigo y compartir su vida en estos momentos tan importantes.

A mi Directora de Tesis, la Mtra. Rosa Diana Hernández Palacios, por guiarme y apoyarme en esta labor y cuyos conocimientos me han ayudado en la culminación de ésta etapa.

A mis profesores, que con paciencia y esmero me han brindado su conocimiento que es la herramienta más importante a utilizar en mi vida profesional. Especialmente a la Dra. Catalina Buenrostro por su apoyo y amistad que me impulsaron por este camino.

A mis amigos y amigas, por su apoyo y cariño constante que sin duda alguna son parte de este éxito y de mis futuros triunfos.

A mi Universidad por todas las buenas experiencias que me ha ofrecido y por brindarme el fruto sagrado del conocimiento y con ello el derecho a ser libre.

A mis pacientes tan queridos que han compartido conmigo su amistad, cariño y que sin duda constituyen una pieza fundamental de este éxito.

Creo que no existen palabras para agradecer a todos ustedes, todo lo que me han dado, solo puedo decir que siempre los llevaré en mi corazón y en mis pensamientos y que cada instante de dicha estará dedicada a ustedes que son y siempre serán mis seres queridos.

ÍNDICE.

	Pág.
Introducción	1
Justificación.....	3
Planteamiento del Problema	4
Marco Teórico	
El envejecimiento en México.....	5
Problemas bucales y calidad de vida en adultos mayores.....	18
Definiciones de calidad de vida.....	21
Uso de los indicadores de la calidad de vida.....	27
Calidad de vida relacionada con la salud bucal.....	29
Hipótesis.....	33
Objetivos	33
Diseño metodológico	34
Presentación de Resultados.....	28
Análisis de resultados	43
Discusión de resultados	45
Conclusiones.....	47
Propuestas.....	48
Referencias Bibliográficas.....	49
Anexo 1.....	52

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población en el mundo es un fenómeno que avanza con rapidez sobre todo en los países en desarrollo, y con incremento en las cifras en personas mayores de 65 años. El estudio de las características y condiciones de salud de este grupo poblacional adquiere cada vez mayor importancia.

En México, el proceso de envejecimiento se hace más evidente a partir de la década de 1970; en 1990 el porcentaje de adultos mayores representó el 6.14% de la población total con cerca de 5 millones de personas. Para el año 2000 aumentó a 6.9 millones de personas, con lo que la proporción de adultos mayores pasó de 5.6% a 7.1% en ese lapso.

El aumento en dicho grupo poblacional implica diversos retos por las condiciones de salud, donde las enfermedades crónico degenerativas son muy frecuentes, así como las enfermedades bucales que tienen un efecto importante sobre el bienestar de los individuos. Sin embargo hay que tener en cuenta que la vejez no es sinónimo de enfermedad, ya que manteniendo los cuidados adecuados se puede llegar a un envejecimiento exitoso.

La salud bucal afecta física y psicológicamente a las personas en su dinámica cotidiana en acciones como hablar, comer, disfrutar la vida y relacionarse con otras personas. Se ha postulado que el factor bucal que predomina en la calidad de vida general del adulto mayor es la habilidad masticatoria, por sus implicaciones nutritivas; sin embargo, a pesar de la mejora en el estado de salud bucal de las nuevas generaciones en los países industrializados, las expectativas de salud han cambiado y nos hemos convertido en sociedades estéticas que no sólo valoran la prevención y tratamiento de las enfermedades, sino que demandan la instauración de los patrones actuales de belleza occidental, llegando incluso a constituir uno de los principales motivos de consulta en algunas edades en la que

los problemas reales de salud bucal ya han sido prevenidos o tratados. Además de la funcionalidad y comodidad proporcionada al paciente.

Dado, que los índices epidemiológicos revelan un estado de salud a nivel clínico, no son suficientes para determinar el estado de salud verdadero, ya que de acuerdo a la OMS la salud es “el estado completo de bienestar físico, psicológico y social, no sólo la ausencia de enfermedad”. Esto indica que para medir salud no solo debemos de utilizar índices que midan la presencia o severidad de una patología (estado físico), sino que debemos complementarlo con medidas de bienestar psicológico y social.

Mediante esta investigación se pretende conocer cuál es la percepción de la calidad de vida en relación a la salud buco-dental en un grupo de adultos mayores. Los indicadores de calidad de vida surgieron en la década de los 70 para evaluar el impacto físico, psicológico y social de los problemas bucales y complementar a los índices clínicos.

JUSTIFICACIÓN

En México, la cantidad de adultos mayores ha crecido de modo considerable debido a los avances médicos, cambios tecnológicos, y estilo de vida de las personas. Del mismo modo, el concepto de calidad de vida ha venido cobrando importancia ya que la mayor sobrevivencia de la población ha mejorado a expensas de un mayor número de personas con algún grado de discapacidad, y de personas con enfermedades crónico- degenerativas que padecen los efectos de su enfermedad y del mismo tratamiento.

Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones que tienen una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables. El mejor conocimiento de las evaluaciones para medir calidad de vida permitirá incorporar estos instrumentos en la evaluación integral de individuos, en la conducción de ensayos clínicos y en la investigación de servicios de salud.

En nuestro país, sin embargo, son escasos los estudios de calidad de vida relacionados con el impacto de la condición bucal, por lo que se desconoce cómo percibe el paciente su salud y como repercute en su vida diaria, dejando excluido así uno de los factores que influyen en la salud del paciente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en México durante el siglo XX, la estructura por edad y sexo de la población presenta cambios significativos; entre éstos destaca el inicio del proceso de envejecimiento demográfico que se expresa como un incremento de la población en edades avanzadas. Los estudios en relación a los adultos mayores generalmente están enfocados a los aspectos clínicos de su salud; sin embargo es necesario valorar al paciente adulto mayor como un individuo cuyo bienestar físico, psicológico y social se entrelazan para definir su salud, por lo que se hace el siguiente planteamiento:

¿CUÁL ES LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA QUE TIENEN LOS ADULTOS MAYORES RESPECTO A SU SALUD BUCAL?

MARCO TEÓRICO.

1. EL ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO.

Los cambios culturales, científicos y tecnológicos en esta era moderna, más que por la civilización actual, están llevando al ser humano a edades elevadas; este hecho por el momento aún no está suficientemente aclarado y es más ni siquiera para un futuro próximo. El envejecimiento es determinado por el tiempo, por lo tanto es irreversible, lo que equivale al deterioro del cuerpo humano.¹

Envejecer es un proceso natural y universal de todo ser vivo y por tanto es individual, progresivo e irreversible, condicionado por factores genéticos y ambientales interactuando a través del tiempo. Existen diferentes definiciones de envejecimiento, una de ellas lo clasifica en tres tipos. El envejecimiento usual es el deterioro normal como producto del paso del tiempo. El proceso patológico de envejecer es el ocasionado por enfermedades múltiples, que provocan en el organismo un envejecimiento más rápido. Y el envejecimiento exitoso es el que se utilizan medidas preventivas para vivir más y en mejores condiciones biológicas, psicológicas y sociales. En el envejecimiento se presentan cambios tanto visibles como imperceptibles que afectan al sujeto en su integridad y repercuten en su mundo.²

Teorías del envejecimiento.

Teorías biológicas

El importante desarrollo de investigaciones que intentan explicar el proceso de envejecer desde una perspectiva biológica ha dado lugar a una nueva disciplina: la biogerontología. La biogerontología es el estudio del cómo y el por qué del envejecimiento de los organismos vivos. Es una disciplina joven que, en las últimas décadas, ha despertado el interés de un grupo bastante amplio de científicos, si bien no puede sorprender que la falta de datos experimentales haya

favorecido especulaciones sobre las causas del envejecimiento. Por otra parte, la biogerontología tiene una gran dificultad de abordaje, ya que es realmente difícil separar lo que es causa de envejecimiento y lo que es su efecto.

Dado que el envejecimiento se manifiesta en diversas alteraciones en cada nivel de organización biológica, es comprensible que los investigadores asignen el papel clave de los procesos que ocurren al envejecer en el área de especialización propia. Este tipo de estudios, llamados reduccionistas, ha contribuido, sin embargo, al progreso científico.

Otro punto de vista es el que requiere el método de análisis de sistemas, que implica que los datos obtenidos a cada nivel de organización biológica se contrasten a niveles más inferiores. Estas teorías llamadas integradoras, combinan conceptos clásicos y modernos y dan una explicación más satisfactoria del proceso de envejecer que las que propugnan una causa única, bien sea ésta molecular, celular, fisiológica, etc.

La gran mayoría de las teorías biológicas acepta como premisa que los mecanismos de envejecimiento en el hombre tienen la misma implicación que en los demás seres vivos. Estos mecanismos son la capacidad de reproducción y la capacidad de extraer energía del medio y disponer de ella de manera ordenada. Estas capacidades específicas de los seres vivos tienen a su vez una gran relación con los sistemas de codificación de las proteínas, que en último término serían las responsables del fenómeno de envejecer, existiendo dos interpretaciones diferentes: para algunos autores, el problema del envejecimiento estaría en el deterioro de la síntesis protéica; para otros, sería la acción continuada de un programa que comienza en el desarrollo embrionario, se conserva en forma de crecimiento y diferenciación y termina con el envejecimiento (hipótesis biológica del reloj molecular).

Sobre la base de estos dos planteamientos se han esbozado posibilidades que tratan de explicar el mecanismo íntimo del proceso de envejecer y que podemos

clasificar, desde un punto de vista teórico, en teorías orgánicas y teorías genéticas o evolucionistas.

Teoría de la mutación somática.

Esta teoría fue hecha originalmente por Szilard en 1959³, el cual estableció que el envejecimiento ocurre como un resultado de una serie de mutaciones en el ADN nuclear de las células somáticas.

En 1979, Comfort y otros autores refieren que la lesión en el ADN sería fundamentalmente al nivel mitocondrial.

Miquel y Fleming, sostienen que la causa fundamental del envejecimiento celular es una inestabilidad del genoma mitocondrial, por una falta de equilibrio entre la reparación mitocondrial y el efecto desorganizador de los radicales de oxígeno. De este modo, las células privadas de la capacidad de regenerar sus poblaciones mitocondriales, sufrirán una disminución irreversible en su capacidad para sintetizar ATP, con la consiguiente degradación senescente del funcionamiento fisiológico y muerte final. En años posteriores muchos autores apoyan esta teoría.

Estas mutaciones en el ADN mitocondrial causan enfermedades humanas y están asociadas con un espectro amplio de manifestaciones clínicas incluida la demencia, los desórdenes del movimiento, el fallo cardíaco, la diabetes, la disfunción renal, la sordera, la ceguera y la debilidad.

Una de las causas remutación celular es producida por los rayos gamma. Por esto Harman en 1961 propone que si la irradiación acelera el envejecimiento, entonces los radioprotectores, en particular los antioxidantes, pueden prolongarlo en un ser vivo.³

Teoría de los radicales libres

Finalmente y actualmente motivo de una extensa investigación científica, está el de la teoría de los “radicales libres”. El radical libre es una molécula cargada eléctricamente, en cuyo núcleo el número de electrones (carga negativa) es mayor que la de los protones (carga positiva), esta circunstancia hace a la molécula altamente inestable y con inclinaciones a combinarse con otra molécula para equilibrar la proporción electrón-protón. Al robar así la segunda molécula la convierte en radical libre, el cual a su vez se combina con una tercera molécula, ahora en estas condiciones se va a crear una reacción en cadena. Supuestamente este proceso es continuo, y es altamente destructivo por lesionar células y a la vez reprogramando genes de todas las clases de tejidos, es por lo tanto la base de numerosas patologías. Recientemente y en forma experimental, en numerosos estudios se ha demostrado en forma indirecta la evidencia que una disfunción, por ejemplo, una isquemia del miocardio aguda, la evidencia de esta disfunción se explica a través de que puede ser mediada en parte por la generación reactiva de especies de oxígeno como el radical superóxido (O_2^-), el peróxido de hidrógeno (H_2O_2), y finalmente el radical hidroxilo (OH). Se supone por lo tanto que la acumulación de radicales está ligada a la actividad de la disputada superóxida, la que con su presencia ocasiona una disminución en la resistencia de los tejidos a las lesiones tanto intra como extracelular.

Se considera que la mitocondria es la fuente generadora de especies reactivas del oxígeno (ERO) más importante. El incremento en la formación de O_2^- y H_2O_2 se justifica con el hallazgo de que en el envejecimiento se modifican las condiciones del flujo de electrones en la cadena de transporte de estos. Los investigadores postulan que las ERO generadas pueden producir daño tanto a la membrana interna de la mitocondria como a los componentes de la cadena de transporte de electrones o al ADN mitocondrial, lo que incrementa más la producción de ERO y consecuentemente más daño a la mitocondria e incremento del estrés oxidativo por aumentar la producción de oxidantes.

Se ha visto que las células tienen ritmos muy diferentes de envejecimiento fenómeno demostrado in vitro con fibroblastos a través de su capacidad de regeneración. Por estas características se han dividido en tres grupos 1) células cuya división mitótica se hace en forma continua y en intervalos que van de días a meses; estas células se encuentran en la piel, en el sistema hematopoyético, y en el tubo digestivo, 2) células que se localizan en el riñón y en el hígado y su poder de sustitución es más lento e intermitente lo que se demuestra en el caso de una lesión de estos órganos; y 3) células que conocidas como postmitóticas, y se encuentran en el sistema nervioso y en el músculo estriado; en ellas, no existen divisiones, por eso, cuando se pierden por una agresión, ésta es definitiva o irreparable. Este hecho para estos tejidos refleja el por que de la vulnerabilidad y las consecuencias que se acarrearán en estos órganos cuando son lesionados.

Finalmente existen otras células con capacidad mitótica continua como son las cancerosas, sin embargo, a pesar de esta característica el tejido donde se encuentran éstas células también morirá.

Con esta teoría de los radicales libres, ahora están involucradas en su patogenia padecimientos como son la enfermedad de Parkinson y la de Alzheimer, el cáncer, las cataratas, algunas variedades de artropatías y cardiopatías, así mismo manifestaciones generales propias del viejo como son: la debilidad general, la reducción en la función sensorial y cognoscitiva, entre otras.⁴

Teoría neuroendocrina

A semejanza de la teoría inmunológica, considera que la principal causa del envejecimiento se encuentra en la disminución de la capacidad funcional de unos sistemas esenciales para la supervivencia y la homeostasis como son el sistema nervioso y el sistema hormonal. Inicialmente, esta teoría estaba basada en la pérdida de neuronas ocasionada por el proceso de envejecer, pérdida que hoy está puesta en tela de juicio.

Otra propuesta, de hace varios años, fue la de Denckla, quien postuló que el cerebro producía una hormona, secretada por la glándula pituitaria, llamada hormona del consumo decreciente de oxígeno u hormona de la muerte. Esta hormona iniciaría y controlaría el fenómeno del envejecimiento interfiriendo en la síntesis de proteínas y en la división celular. A pesar de ciertas evidencias a favor de la existencia de esta hormona y de que la glándula pituitaria secreta muchas hormonas que regulan procesos vitales relacionados con el crecimiento, la maduración y la reproducción, nadie ha podido confirmar estos estudios.

Actualmente, sin embargo, el eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal sigue siendo objeto de investigación, ya que se trata del principal reloj biológico del organismo y posible regulador del envejecimiento. Hoy sabemos que tanto el sistema endocrino como el neurológico producen la integración y conexión de todos los órganos de los seres vivos superiores, por lo que una disminución en la capacidad funcional de estos sistemas tendría consecuencias importantes en la función de todos los demás órganos. Los cambios en estos sistemas pueden necesariamente predisponer a condiciones que faciliten el desarrollo de enfermedades asociadas con el envejecimiento, como es por ejemplo la pérdida de esteroides en la menopausia que puede conducir a la osteoporosis.

Al igual que en el caso de la teoría que explica el envejecimiento como consecuencia del déficit en el sistema inmune, a esta teoría le falta universalidad, ya que no todos los organismos que envejecen tienen un sistema neuroendocrino tan complicado como el de los vertebrados superiores y al mismo tiempo, como en el caso anterior, la pérdida de la capacidad del sistema endocrino puede ser el equivalente de las disfunciones producidas por la edad en todos los demás sistemas del organismo.

Teoría del colágeno

Se conoce también como teoría de Burgër o de los enlaces cruzados. Atribuye el envejecimiento al aumento de enlaces cruzados en las moléculas proteicas y de

ácido nucleico alterando su actividad bioquímica, especialmente en el colágeno y el ADN.

Está basada en la formación de uniones cruzadas, intermoleculares e intramoleculares, a nivel del colágeno y del ADN, que afectan a la función del tejido conectivo. Explica también la precipitación del colágeno con acúmulos de calcio y de colesterolina, con formación de membranas que impiden los recambios nutricios y gaseosos, provocando la atrofia de los distintos órganos y tejidos.⁵

También existen teorías de tipo social y psicológico relacionadas con el envejecimiento, como son:

Teoría del desgaste.

Esta teoría fue elaborada por Hans Selye³. La teoría se fundamenta principalmente, en el hecho de que el cuerpo se acaba a causa del desgaste. Esto depende de los ejercicios físicos y de la actividad cotidiana, ya que ambos influyen en la salud y la longevidad. Cuando se realiza algún ejercicio, se lleva a cabo un mayor esfuerzo en algunas partes que en otras.

En esta teoría se mencionan dos tipos de actividades, las positivas y las negativas, dependiendo de la percepción de su naturaleza. Por ejemplo, cuando se practica el esquiamiento, éste involucra un mayor esfuerzo en comparación con la realización de algún informe que se ha de entregar en fechas próximas. Sin embargo su efecto puede ser muy diferente, ya que mientras esquiar es considerado un “ejercicio”, pueden haber situaciones emocionales que ocasionen “stress”, por lo que el primero tiene un efecto benéfico, mientras que el segundo tiene un efecto negativo sobre la salud y la longevidad. Todo depende de cómo se perciba la actividad.

Teoría de la actividad.

Fue hecha por el alemán Tartler. Parte de la hipótesis de en el periodo del envejecimiento se es feliz y satisfactoria si la persona es activa, que produce algún rendimiento y que es útil a las otras personas. En cambio en aquellas personas que no se sienten útiles o que no desempeñan alguna función en la sociedad, se muestran con efectos negativos emocionales y psicosomáticos.

Teoría de la desvinculación.

La teoría de la desvinculación sostiene que una importante premisa para una vejez plena y satisfactoria consiste en que la sociedad se muestre dispuesta a librar a los ancianos de sus roles sociales y de sus obligaciones, y que al mismo tiempo, éstos deseen retirarse de la actividad social. Por lo contrario, cuando la sociedad y el individuo se muestran remisos en admitir el proceso de alejamiento, ello dificulta la adaptación al proceso de envejecimiento y esto produciría una profunda insatisfacción y una reducida sensación de bienestar interior.

Situación del envejecimiento

El envejecimiento de la población en el mundo está bien documentado en países desarrollados y avanza con rapidez en los países en desarrollo, con incremento en las cifras absolutas y relativas de personas mayores de 65 años. El estudio de las características y condiciones de salud de este grupo poblacional adquiere cada vez mayor importancia. La población anciana ha crecido en los últimos años y se prevé un crecimiento mayor, pues según la OMS, en el año 2000 había 600 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa el 10% de la población total del planeta. En Europa y América, esta población sobrepasa ya el 20% del total. En el Perú, en el año 2020, esta población será el 11% de la población total, con 3,613 000 y, para el año 2025, será de 4,470 000 adultos mayores. Este crecimiento es debido a los avances de la ciencia y la medicina, la higiene y nutrición y las condiciones y estilos de vida favorables. Sin embargo, la longevidad creciente tiene exigencias propias que no pueden desconocerse y se

debe asegurar que el alto costo necesario para llegar a viejo se vea compensado con una vida con calidad, en el adulto mayor.⁶

Durante el siglo XX la población de México experimentó importantes transformaciones sociales, económicas, demográficas, políticas y culturales. Uno de los cambios más importantes ha sido la plena y acelerada transición demográfica por la que atraviesa el país, que dio inicio en la década de los treinta con el descenso paulatino de la mortalidad, y que se acentuó a mediados de los setenta con la declinación también de la fecundidad. Estas variaciones han implicado profundos cambios en la estructura por edad de la población, donde la cantidad relativa de personas de mayor edad ha aumentado gradualmente, y la de niños tiende a disminuir.

En México, el proceso de envejecimiento se hace más evidente a partir de la década de 1970; para 1990 el porcentaje de adultos mayores representó el 6.14% de la población total con cerca de 5 millones de personas. Diferentes estudios han señalado que el perfil de morbilidad y mortalidad plantea una situación compleja; además de la enfermedad y muerte atribuidas a causas infecciosas, los trastornos crónico-degenerativos se ubican en pocos años dentro de los primeros lugares.⁷

En la actualidad, de acuerdo con los resultados del último recuento censal, en el país residen 97.5 millones de personas. De éstas, alrededor de 3.7 millones son mujeres de 60 años o más y 3.3 millones son hombres en este mismo tramo de edad.⁸

La reducción en los niveles de la mortalidad es uno de los logros sociales más importantes del México contemporáneo, que fue posible por la expansión de la cobertura de los programas y servicios de salud en el país, con lo que se incrementó el control de enfermedades infecciosas y parasitarias, así como en enfermedades respiratorias, y con ello una ganancia en la expectativa de vida de todos los grupos de edad, pero particularmente en niños y ancianos.

Entre 1930 y 2000 la expectativa de vida de la población de 60 años se aumentó en 8.8 años para las mujeres y 7.6 años para los hombres⁹ con lo cual en la actualidad se espera que una mujer alcance a vivir hasta los 82 años de edad y un hombre llegue a vivir hasta los 80 años.

El descenso de la fecundidad ha sido el principal determinante de la reducción del crecimiento de la población del país a partir de los años setenta.

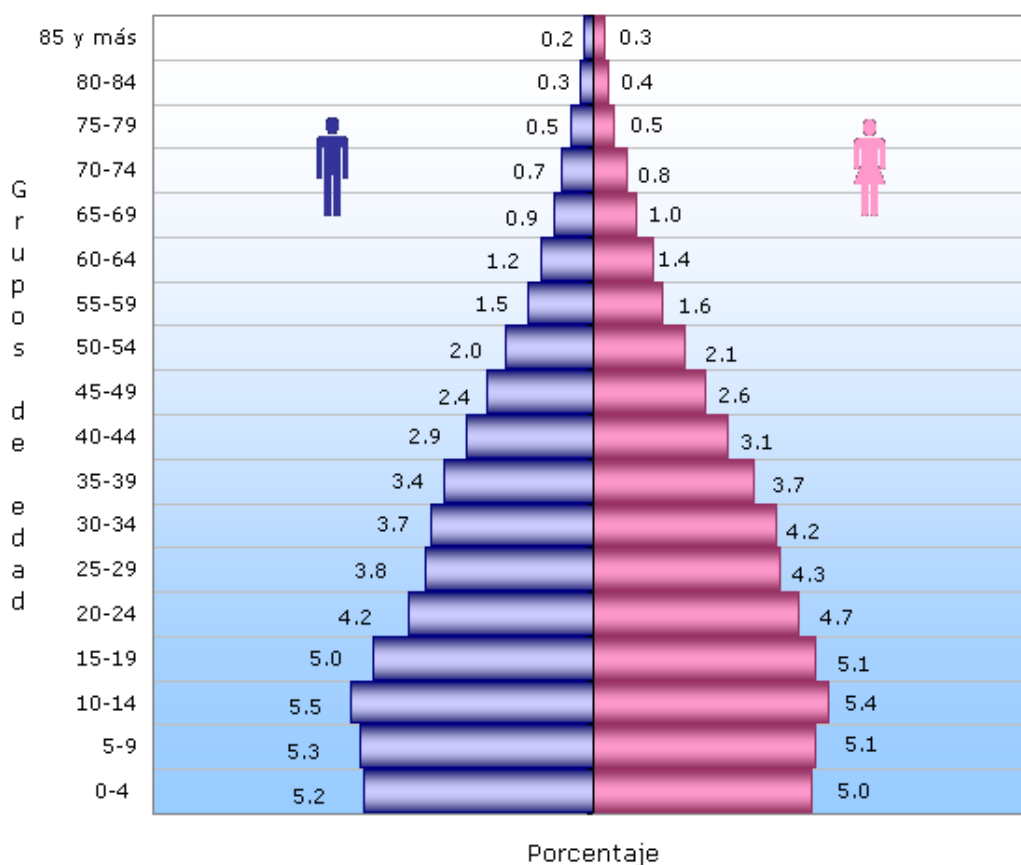
Estos dos factores (el cambio en la expectativa de vida y el descenso en la fecundidad) son los que han hecho que cambie la demografía del adulto mayor.

México atraviesa por un intenso proceso de urbanización que tuvo su origen en el impulso del Estado a la industrialización en el lapso de 1940 a 1970 y que dio lugar a una fuerte migración interna en el país en ese periodo, la secuela de este cambio todavía se aprecia en la estructura por edad de los 18.3 millones de personas que en el 2000 residían en una entidad distinta de donde nacieron, donde 11% de los migrantes tienen 60 años o más. En este mismo sentido destaca que 28.3% de la población de 60 años o más vive fuera de su lugar de nacimiento.

El efecto que ha tenido la migración en la estructura por edad de la población también se advierte en un envejecimiento relativo de las localidades rurales, las cuales son origen de cuantiosos contingentes de población que se desplazan de sus comunidades principalmente en búsqueda de actividades económicas más rentables y con mayores remuneraciones a la mano de obra. La pérdida de población en edades productivas combinada con los patrones de fecundidad y mortalidad prevalecientes en las localidades con menos de 2 500 habitantes propicia que en éstas por cada 100 residentes en edades productivas (de 15 a 59 años) existan alrededor de 16 adultos de 60 años o más; en contraste, en las ciudades de 100 mil habitantes o más esta razón es de casi 11 por cada 100.¹⁰

Los cambios biológicos asociados al envejecimiento afectan procesos vitales como: visión, audición, gusto, olfato, tacto, temperatura, sentidos vestibulares y acción psicomotriz; así como cambios bucales como en la salivación, masticación y deglución; también existen modificaciones en componentes psicológicos que se presentan con el envejecimiento en las áreas de memoria, aprendizaje, inteligencia y personalidad, todos afectan el aspecto social de la vida de las personas.¹¹

Pirámide de población, 2005



FUENTE: INEGI. II Censo de Población y Vivienda 2005.

Fecha de actualización: Miércoles, 07 de Junio de 2006¹²

POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN EL ESTADO DE MÉXICO.

POBLACIÓN TOTAL POR SEXO SEGÚN GRUPO QUINQUENAL DE EDAD

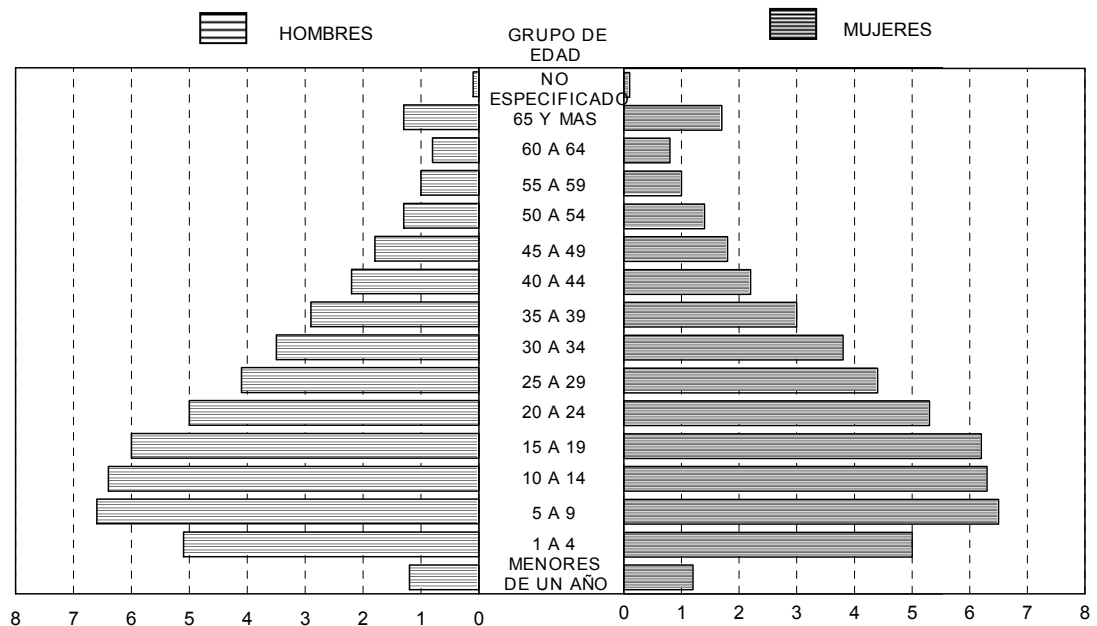
Al 12 de marzo de 1990

GRUPO DE EDAD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
60 A 64 AÑOS	156 005	73 584	82 421
65 AÑOS Y MAS	294 916	131 270	163 646

a/ Incluye una estimación de población por un total de 22 563 personas, correspondientes a 7 521 "viviendas sin información de ocupantes".
FUENTE: "Estado de México, Resultados Definitivos; Tabulados Básicos; Tomo I. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990". INEGI.²²

**POBLACION TOTAL POR SEXO SEGUN GRUPO
QUINQUENAL DE EDAD
Al 12 de marzo de 1990
(En porciento)**

GRAFICA 3.1.1



FUENTE: Cuadro 3.1.1

El Estado de México se mantiene como la entidad federativa más poblada con 14.2 millones de habitantes y con el mayor incremento —de 1.35 millones de personas— a lo largo del sexenio, abarcando más de la quinta parte (21.0%) del crecimiento demográfico de la nación.¹³

En el proceso de envejecimiento en el ámbito estatal, además de la natalidad del pasado y los logros en materia de salud, intervienen de manera determinante la migración interna e internacional. El rápido crecimiento demográfico del pasado, durante las primeras etapas del proceso de metropolización de la ciudad de México, ha quedado marcado en la estructura por edad del Distrito Federal, ya que en el umbral del nuevo milenio era la entidad federativa con la mayor cantidad de adultos mayores del país con 769 mil personas, un poco más que los 738 mil residentes en el Estado de México. La huella del acelerado crecimiento de la capital de la nación, también se advierte en la creciente concentración de los adultos mayores en el conjunto de ambas entidades: de acoger a una sexta parte (16.7%) de los adultos mayores del país en 1970 a abarcar más de una quinta parte (21.9%) en 2000; mientras su participación en la población de las edades restantes prácticamente se ha mantenido invariable (22.8% en 1970 y 22.2% en 2000).

El crecimiento más marcado, en términos relativos, se aprecia en Quintana Roo, donde la población de la tercera edad se multiplicó 12 veces durante los últimos tres decenios del siglo XX, al pasar de apenas dos mil quinientos en 1970 a más de 30 mil en 2000, equivalente a una tasa media anual de crecimiento de 8.28 por ciento. En Nuevo León (3.6 veces), Aguascalientes (3.6) y el Estado de México (3.5 veces), con tasas superiores a cuatro por ciento anual (4.27, 4.25 y 4.19%, respectivamente) se advierte también un acelerado crecimiento de la población adulta mayor pero de menor magnitud que Quintana Roo. En el extremo opuesto se encuentran Chiapas (1.4 veces o una tasa de 1.11% anual), Guerrero (1.5 ó 1.38%), Tabasco (1.5 ó 1.40%) y, sobre todo, Veracruz (1.7 ó 1.69%), ya que éste

acogía la mayor cantidad de adultos mayores en 1970 (326 mil que representaban 10.9% del total nacional).

Las previsiones de largo plazo apuntan que, en 2030, en el Estado de México vivirán 3.34 millones de adultos mayores, la mayor cantidad entre las entidades federativas y que abarcarán 15.0 por ciento del total del país. Aun y cuando se prevé que el total de habitantes del Distrito Federal comenzará a descender a partir de 2008, se espera que sus adultos mayores sigan aumentando y que su monto en 2030 (1.83 millones) sólo se ubique por debajo del correspondiente al Estado de México, con una participación de 8.3 por ciento en el total. Mientras en 1970 ninguna entidad albergaba a 500 mil personas de la tercera edad y en 2000 apenas en tres (Distrito Federal, Estado de México y Veracruz) se contabilizaba tal cantidad, de acuerdo con las proyecciones vigentes del CONAPO, en 2030 habría hasta 18 entidades con ese monto de adultos mayores, seis incluso con más de un millón (Estado de México, Distrito Federal, Veracruz, Jalisco, Puebla y Nuevo León).^{8,10}

2. PROBLEMAS BUCALES Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES.

Los tejidos de la cavidad bucal reflejan cambios producidos por el envejecimiento, algunos de ellos son los siguientes:

Estructura dentaria.

La estructura del diente se altera simultáneamente con otros cambios en el organismo, ya que los tejidos de revestimiento experimentan una adaptación proporcional. En la dentadura natural, las señales de la edad y del uso, están representadas por la atrición y erosión de los tejidos duros. El esmalte que se encuentra en la superficie del diente se desgasta y hay obliteración por reacción de los túbulos de la dentina. La dentina aparece más dura y con cambios de color en algunas áreas, en otras más frágil y de color amarillo parduzco. La pulpa

también presenta cambios significativos, éstos son principalmente la resorción pulpar y la calcificación en algunos casos (presencia de pulpolitos).¹⁴

Manifestaciones seniles alveolodentarias.

Es común que un elevado porcentaje de ancianos hayan perdido sus dientes, sin embargo, otros los conservan implantados en los alvéolos con intensas lesiones atróficas, que les hacen perder su estabilidad y terminar en extracción.

Los cambios óseos son más dramáticos en las mujeres posmenopáusicas y en los hombres mayores de 70 años. En la mujer mayor, posteriormente a la menopausia se produce una disminución de los niveles de estrógeno y alteraciones de los mecanismos de absorción y metabolismo del calcio, lo que produce mayor secreción de hormona paratiroidea incrementando la reabsorción ósea con el fin de mantener el calcio sérico. La consecuencia es un hueso de menor densidad (osteoporosis) especialmente del hueso esponjoso, aun cuando también se ve alterado el hueso cortical.¹⁵

Las condiciones se agravan porque la bioestática de los dientes remanentes en la boca se exponen a fuerzas masticatorias excesivas y traumáticas por causa de maloclusión, lo cual da como resultado que el proceso de resorción radicular se acelere. Esto provoca en el adulto mayor dolores de diversa intensidad debido a la movilidad, al factor infeccioso e inflamatorio en el tejido periodontal y ocasiona una deficiente masticación a causa del dolor. Con el envejecimiento hay aumento de la densidad del hueso alveolar, con deshidratación y endurecimiento de los tejidos elásticos

Manifestaciones en mucosa bucal.

Es característico de los ancianos que la atrofia de los rebordes residuales maxilares coincida con un adelgazamiento y flacidez del epitelio de la mucosa oral

(lo cual hace la hace susceptible a la erosión, ulceración y a las infecciones), y muy comúnmente se presenta brillante y desprendida de los planos óseos profundos, la cual se manifiesta con gran movilidad y desplazamiento.

Los músculos cutáneos de la mímica presentan signos de atrofia variable los cuales se acentúan con la edad.

La secreción de las glándulas salivales es predominantemente mucosa, la tialina en la saliva es escasa la cual dificulta el metabolismo y la digestión de los azúcares.

En ancianos totalmente desdentados la lengua asume un papel importante durante la formación del bolo alimenticio, ésta llega adquirir gran fuerza y movilidad que le permite desmenuzar muchos de los componentes de la dieta moderna al realizar una fricción vigorosa contra el paladar.¹⁶

La salud bucal es parte fundamental de la salud en general y por tanto es un componente de la calidad de vida. La cavidad bucal es el primer órgano del aparato digestivo y gracias a ella se recibe, insaliva, se mastica y parcialmente se digieren los alimentos. También participa activamente en la percepción del sabor y en la respiración; permite hablar y realizar distintos gestos y sonidos a través de los cuales es posible la comunicación con las demás personas. Por lo anterior, es prioritario mantener una buena salud bucal no importando la edad que se tenga, ya que la boca juega un papel esencial en el bienestar general y en la calidad de vida.¹⁷

Investigaciones recientes demuestran que la salud bucal y calidad de vida de los adultos mayores puede mejorar por medio de la prevención.^{18,19,20}

Existe un gran número de factores que ponen a los adultos mayores en riesgo de presentar enfermedades bucales como son condiciones económicas, religiosas,

culturales, físicas y mentales, uso de medicamentos para enfermedades sistémicas y no asistir a visitas dentales de rutina.

Los problemas más comunes de salud bucal en adultos mayores son caries y enfermedad periodontal (periodontitis crónica generalizada), que afectan a más de 50% de los adultos mayores; cáncer oral que pasa desapercibido por falta de visitas preventivas al dentista; xerostomía, que favorece la proliferación de la flora bacteriana^{16,21}; así como la presencia de otras enfermedades sistémicas con síntomas en cavidad bucal, entre ellas diabetes mellitas tipo II, artritis, Alzheimer e hipertensión². Por ello, es importante atender y educar a los adultos mayores sobre la necesidad de visitar regularmente al dentista para asegurar que su salud bucal se mantenga en buenas condiciones y poder prevenir enfermedades, ya que un diagnóstico temprano puede mejorar su calidad de vida.

Se ha propuesto que la percepción de la salud bucal guarda relación con la calidad de vida y con la salud en general, debido a que se ha estudiado que las alteraciones que se presentan en la boca comprometen el bienestar funcional, social y psicológico de los adultos mayores, lo que se supone tiene un efecto en su calidad de vida, sin embargo, los estudios no son comparables entre sí, lo que limita su aplicación para el planteamiento y monitoreo de programas de salud bucal.

La salud constituye el aspecto más relevante de la calidad de vida a medida que la persona avanza en años, por lo que es conveniente mantener la independencia y vivir en un entorno social estable. La salud bucal y calidad de vida de los adultos mayores puede mejorar con la evaluación oportuna y la prevención.²²

Definiciones de calidad de vida

La OMS propuso en 1994, definir la calidad de vida como la “percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.²⁰

El término calidad de vida se concibe actualmente como un constructo compuesto por una serie de dominios, siendo sujeto de numerosas definiciones, una de ellas es la dada por Felce y Perry quienes la describen como: la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

‘Calidad de vida’ es un expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo; está asociada con la personalidad del individuo, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva, y cuya evidencia esta intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, a su salud y a su grado de interacción social y ambiental y en general a múltiples factores.

‘Calidad de vida del adulto mayor’, según Velandia²³, citado por Mora, es “la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez”.

Krzejmen ²³ sostiene también que la calidad de vida del adulto mayor se da en la “medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor”.

Según Martín ²³, otro elemento significativo en la calidad de vida del adulto mayor es que él siga teniendo una participación social significativa, la misma que para el autor “consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por el adulto mayor como beneficiosa”.

Eamon O'Shea²³ sostiene que “la calidad de vida del adulto mayor es una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida, y que se debe indagar, preguntando al adulto mayor, sobre cómo da sentido a su propia vida, en el contexto cultural, y de los valores en el que vive, y en relación a sus propios objetivos de vida”.

Por lo expuesto el significado de la calidad de vida del adulto mayor debe ser abordado desde el enfoque cualitativo; que, según Taylor ⁽²³⁾, mencionado por Rodríguez, “es una categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones por narraciones, notas de campo, grabaciones, inscripciones de audio, registros escritos de todo tipo parte de la realidad concreta y de los datos que esta le aporta, sirven para llegar a una teorización posterior, a través del análisis e interpretación de la información y su comprensión”.

Según la Teoría de las Representaciones Sociales, de Serge Moscovici, “las representaciones sociales son conocimientos comunes, construcciones simbólicas, sistema de pensamientos que se crean en las interacciones humanas y sociales, expresadas a partir de conceptos, declaraciones y explicaciones que se dan en la vida cotidiana, en las comunicaciones interindividuales, según códigos o normas socioculturales establecidos en la realidad”.

Straus refiere “las personas son el producto de su cultura, el tiempo en el que viven, el género, la experiencia y la educación dentro de un contexto”.

Giusti²³, define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas. Para efectos de este estudio este es el concepto operacional de calidad de vida. Además de éstas consideraciones se toma como una variable importante dentro del concepto

calidad de vida, el nivel de actividad física de los sujetos basándose en Abrante, Brito y García; Santana; García y col. ⁽²³⁾; entre otros. Como se puede observar, la calidad de vida es un complejo concepto cuya definición operacional y dimensional resulta francamente difícil. No obstante, hay acuerdo en cuanto a la necesidad de abordar la calidad de vida desde una dimensión subjetiva; es decir, lo que la persona valora de calidad de vida sin restringirla a la dimensión objetiva (opinión de otras personas o terceros) porque lo fundamental es la percepción propia.

Autores como Díaz, Faden y German, Hernández y Leturia²³ visualizan la importancia de la valoración subjetiva en la calidad de vida. Sin embargo, usualmente las propuestas dirigidas a las personas mayores se orientan hacia una evaluación de los efectos que producen sobre la calidad de vida los medicamentos o la enfermedad. La perspectiva subjetiva de calidad de vida del adulto mayor será el foco de atención de este estudio y para lo cuál se considerará la propuesta de Giusti, INISA y Lawton. De estos trabajos se considerarán cuatro variables (autonomía, soporte social, salud mental y actividad física recreativa) para delimitar operacionalmente la perspectiva subjetiva de la calidad de vida en este estudio.^{6,23}

Los enfoques para la investigación de la calidad de vida se pueden englobar en dos tipos: cuantitativos y cualitativos. En estos últimos, los investigadores anotan el relato de las personas sobre sus experiencias, desafíos, problemas y su apreciación sobre la eficacia del apoyo que reciben de los servicios sociales, y luego lo someten a análisis cualitativo.

Los enfoques cuantitativos tienen como propósito operacionalizar la Calidad de Vida. Para ello se han estudiado diferentes indicadores:

1. Sociales se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, la familia, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.

2. Psicológicos que miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales.

3. Ecológicos que evalúan el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente.

Mejorar la Calidad de Vida es actualmente una meta compartida por muchos programas que ponen el acento en la planificación centrada en el individuo, la autodeterminación, el modelo de apoyos, y las técnicas para mejorar la calidad en el desempeño. El término calidad de vida es entonces común entre quienes pretenden evaluar resultados.

El término “calidad de vida” se refiere a una evaluación de todos los aspectos de nuestras vidas, lo que incluye por ejemplo el lugar donde vivimos, el modo como nos comportamos, la satisfacción laboral, etc. La calidad de vida relacionada con la salud abarca sólo aquellos aspectos de nuestras vidas que están dominados o influenciados de modo significativo por la salud personal.

La evolución del concepto de salud desde la sola preservación del bienestar biológico a una definición que incluye el bienestar psíquico y social, hizo que los profesionales de la salud otorgaran importancia a los efectos de la enfermedad y del tratamiento sobre la calidad de vida, especialmente cuando la enfermedad o su tratamiento tienen efectos extremadamente negativos. Asimismo, se mostró²³ que las personas mayores no cuentan con suficientes recursos económicos para satisfacer en forma adecuada sus necesidades básicas; en contraparte los adultos mayores institucionalizados, experimentan sentimientos de soledad por encontrarse separados de su núcleo familiar, mostrándose apáticos, poco participativos en las actividades programadas por los centros y presentan mayores factores de riesgo como sedentarismo y aislamiento. Además evidencian discapacidades más visibles y requieren mayor ayuda para realizar actividades de la vida diaria; en el caso de las personas mayores que vivían con su familia y eran

atendidos en el centro diurno aportaron ayuda económica o de intervención en alguna tarea doméstica agrícola entre otras.

Estos sujetos se mostraron más activos, participativos y se mantuvieron ocupados en diferentes tareas.

Por otra parte, el envejecimiento poblacional ha hecho que el cuadro epidemiológico varíe en forma considerable, con un gran aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas. Esto refuerza la recomendación a los profesionales de la salud para que consideren, como uno de los objetivos terapéuticos de mayor importancia, mejorar la plenitud de la vida del paciente dentro de los límites impuestos por la enfermedad. Para lograrlo, es necesario determinar las percepciones del paciente sobre la forma en que la enfermedad y su tratamiento afectarán diversos aspectos de su vida, especialmente su bienestar físico, emocional y social.

Tradicionalmente los profesionales de la salud obtienen información sobre la salud del paciente mediante la anamnesis, la exploración física y los exámenes de laboratorio. Sin embargo, el enfoque tradicional no está basado en preguntas estandarizadas con diferentes opciones de respuesta sobre los aspectos cotidianos físicos, sociales, personales, el bienestar mental o la percepción de salud por parte del paciente. Es así como la anamnesis y la exploración física rara vez proporcionan datos útiles para establecer conclusiones sobre la calidad de vida relacionada con la salud del paciente. Por el contrario los cuestionarios estandarizados desarrollados científicamente pueden evaluar de modo confiable y rápido el funcionamiento y el bienestar.

Los resultados de esos cuestionarios junto con los que se obtienen de la historia clínica y del examen físico proporcionan información cuantificable y completa, útil para establecer el diagnóstico, elegir el tratamiento y monitorizar su éxito.

Ya en 1989 el Congreso de los Estados Unidos decretó que en ese país, el criterio a utilizar para monitorear la eficacia de un tratamiento específico, debiera incluir una evaluación personal del paciente sobre el “estado funcional, el estado de bienestar general, y la satisfacción con la atención médica recibida.”²³

3. USO DE LOS INDICADORES DE LA CALIDAD DE VIDA.

Una de las primeras definiciones que trata de englobar la naturaleza multifactorial de la salud, es la formulada por la OMS en 1948: “la salud es el estado de completo bienestar físico, psicológico y social, no solo la ausencia de enfermedad”. A pesar de que esta definición a sido criticada por su sentido utópico e inalcanzable de “completo bienestar”, contiene en su fórmula plasmada la idea de que la salud tiene componentes objetivos y subjetivos, es decir que alguien puede estar objetivamente sano pero subjetivamente enfermo y viceversa, por lo que es la combinación positiva de estos dos elementos lo que debemos considerar salud. Esta apreciación sugiere que para medir salud no sólo debemos utilizar índices que midan la presencia o severidad de una patología (estado físico), sino que debemos suplementarlo con medidas de bienestar psicológico y social.^{24,25}

Instrumentos para medir la calidad de vida en relación a la salud.

Los instrumentos que miden calidad de vida con relación a salud se aplican en estudios sobre:

1. Evaluación y seguimiento de los problemas psicosociales en el cuidado de un paciente individual.
2. Detección de problemas de salud percibidos por la población.
3. Auditoria médica.
4. Evaluación de servicios de salud.
5. Estudios clínicos.
6. Análisis de costo-efectividad.

Una de las aplicaciones mejor conocidas son los estudios clínicos para evaluar los efectos de ciertas intervenciones sobre la Calidad de Vida, midiendo como la intervención la mejora (perfil terapéutico de la intervención) o la deteriora (perfil de efectos adversos). Existen dos tipos de instrumentos básicos para medir calidad de vida relacionada con salud: los genéricos y los específicos para cada problema de salud.

Los instrumentos genéricos pueden ser utilizados en una amplia gama de problemas de salud. Entre los más usados por su extensa validación y fiabilidad se encuentra el MOS SF-36 HEALTH SURVEY. Es un cuestionario de 36 ítems que obtiene la evaluación del paciente sobre su funcionamiento físico, bienestar y percepciones de su salud en general. Permite comparaciones entre diferentes enfermedades y tratamientos, porque no es específico para ninguna edad, enfermedad o tratamiento. El SF-36 evalúa ocho dominios:

1. Limitaciones en el Funcionamiento Físico: Entendido como la forma en que la salud limita actividades físicas como caminar o subir escaleras.
2. Funcionamiento social: Entendido como la forma en que la salud física o problemas emocionales interfieren con la actividad social normal.
3. Funcionamiento físico con relación al rol: Entendido como la forma en que la salud física interfiere con el trabajo u otras actividades diarias.
4. Funcionamiento emocional con relación al rol: Entendido como la forma en que los problemas emocionales interfieren con el trabajo u otras actividades diarias.
5. Salud mental general: Incluyendo depresión, ansiedad, control de las emociones y la conducta.
6. Vitalidad: Sentirse lleno de energía, sin la sensación de estar cansado o agotado.
7. Dolor corporal: Intensidad del dolor y efectos de este sobre el trabajo normal, dentro y fuera de la casa.
8. Percepciones de salud general: Evaluación personal de la salud actual o resistencia a la enfermedad.

El SF-36 puede ser autoadministrado, o administrado por un entrevistador entrenado personalmente o por teléfono. Toma alrededor de 10 minutos. La validación del SF-36 ha sido extensa, su fiabilidad ha sido evaluada por el método Test-Retest y por consistencia interna (alfa Cronbach). Estudios de validez predictiva han usado el SF-36 y sus Componentes Físico y Mental en los servicios de salud en la evolución clínica del curso de la depresión y la sobrevida de distintas enfermedades a 5 años, como la Insuficiencia Renal Crónica. En psiquiatría se ha usado como screening de trastornos psiquiátricos. También se han evaluado los cambios clínicos a lo largo del tiempo en relación a numerosos tratamientos.

Para la evaluación del estado de salud es recomendable utilizar, además de los instrumentos para medir salud general y específica de una enfermedad, instrumentos que midan la salud mental y el funcionamiento cognitivo. Los instrumentos más comúnmente utilizados para medir el estado de salud mental y las funciones mentales son, la escala de Goldberg (Cuestionario de Salud General –General Health Questionnaire (GHQ) y la prueba neuropsicológica Mini-Mental State Examination (MMSE), respectivamente.²⁶

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL.

Las enfermedades orales influyen en la calidad de vida afectando diversos aspectos del diario vivir como son: la función masticatoria y fonoarticular, la apariencia física, las relaciones interpersonales e incluso las oportunidades de trabajo.

Aunque este concepto se relacionó por primera vez con la salud oral durante la segunda guerra mundial, cuando la presencia de seis dientes en oclusión fue utilizada como indicador de una adecuada relación: función oral / sentirse bien, su importancia en el área odontológica ha tomado relevancia sólo en las últimas décadas, creándose instrumentos de medición específicos para evaluar calidad de

vida relacionada con la salud oral. Los datos obtenidos de la aplicación de estos instrumentos además de utilizarse para estimar el impacto social y funcional de las patologías bucales, se emplean para correlacionarlos con medidas clínicas objetivas y evaluar la efectividad de los tratamientos odontológicos.

Las posibilidades de uso de los instrumentos que evalúan calidad de vida relacionada con la salud oral son las siguientes:

- Evaluación y monitoreo de problemas psicosociales asociadas a problemas de salud oral.
- Estudios poblacionales para evaluar percepción de la salud oral.
- Auditorias odontológicas.
- Ensayos clínicos.
- Análisis de costo-utilidad de tratamientos odontológicos.

La calidad de vida relacionada con salud oral ha sido estudiada principalmente en los adultos mayores, probablemente debido al interés general por este grupo de edad que ha presentado un acelerado crecimiento en las últimas décadas en la mayoría de los países. Además, debido a que con el envejecimiento se generan una serie de cambios en el estado social, percepción sensorial y en las funciones cognitivas y motoras de los individuos, las que no habían sido analizadas anteriormente en profundidad. Por otro lado, los adultos mayores son un grupo de especial interés debido a la vulnerabilidad de su salud bucal.²⁷

Los indicadores de la calidad de vida oral surgieron desde la década de los 70 para evaluar el impacto físico, psicológico y social de los problemas orales, y complementar la información aportada por los índices clínicos ya que estos no son sensibles a percepciones subjetivas como el dolor, la estética, la función, etc.^{24,28}

En 1988 David Locker afirmó que la odontología era una rama de la medicina basada en criterios estrictamente clínicos, tanto en su concepción como en el

entendimiento de la patología oral, ya que las valoraciones subjetivas del paciente con respecto a su estado de salud oral rara vez habían sido consideradas.

Cohen y Jago son los pioneros en este campo, ya que en 1976 sugirieron que los indicadores clínicos de salud oral podrían ser ampliamente mejorados añadiendo la dimensión del impacto social que una determinada situación oral provocaba en el paciente. Más tarde, en 1978, Nimias planteó la idea de elaborar indicadores sociodentales como mediciones de la magnitud con la que las condiciones orales podrían alterar la vida diaria de una persona.^{24,28,29}

En 1992 la necesidad de medir el impacto social y emocional de la patología oral fue internacionalmente reclamada desde la “Declaración de Berlín para la salud oral y servicios odontológicos”, donde se defendió que los indicadores sociodentales serían estimadores de necesidades de tratamiento más relevantes que los propios índices clínicos pudiendo valorar dimensiones como el dolor, discomfort, función masticatoria y estética, que difícilmente podrían ser valoradas por medidas clínicas objetivas.^{30,31,32}

Los denominados “Indicadores Sociodentales” valoran el impacto psicosocial que las condiciones orales producen en la vida diaria del individuo mediante cuestionarios que sondan las diferentes dimensiones del bienestar que se puedan ver afectadas por problemas de salud oral. Cuando alguna de esas dimensiones se ve afectada se dice que existe impacto en esa determinada dimensión.^{24,33,34}

Formalmente los indicadores sociodentales son cuestionarios cuyas preguntas corresponden a las dimensiones con las que los creadores del cuestionario quisieron dar cobertura suficiente a la calidad de vida oral.^{31,32,34}

Slade y Spencer, en 1994, desarrollaron en Australia el cuestionario “Oral Health impac Profile” (OHIP) para capturar y jerarquizar los impactos orales según las pautas del marco conceptual propuesto por Locker.

El cuestionario original de 49 preguntas recoge información acerca de 7 dimensiones teóricas: limitación funcional, dolor, discomfort psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social y minusvalía.

Para un análisis refinado de la calidad de vida oral el OHIP ofrece tanto una puntuación global del nivel de impacto como la comparación del peso relativo de las 7 dimensiones en esta puntuación. En su estudio encuentran que la limitación funcional es la dimensión más frecuentemente afectada en los pacientes edéntulos. La puntuación global toma valores en el rango de 0 (ningún impacto oral) a 49 (máximo impacto oral).^{35,36,37}

Una de las principales limitaciones del OHIP-49 radica en su gran extensión (49 preguntas), por lo que Slade en 1997, validó el OHIP en formato corto de 14 preguntas (OHIP-14) derivadas de las 49 originales manteniendo suficiente capacidad psicométrica y discriminativa.³⁸

El OHIP es uno de los instrumentos más internacionalizados al que se le ha reconocido su idoneidad para describir, discriminar y evaluar el bienestar oral.

Asimismo posee cierta capacidad evaluativa del bienestar oral tras la intervención terapéutica o sin intervención, con el implacable paso del tiempo.^{20,24,25,32,39,40}

HIPÓTESIS

Los estudios realizados en países como Brasil, España, Alemania, Australia, etc.; acerca de la percepción que tiene su población adulta mayor respecto a la salud bucal y el impacto que tiene sobre su calidad de vida, han revelado que existe una estrecha relación entre ambas variables, siendo agravado con una mala percepción de la calidad de vida cuando se presentan graves problemas de la salud bucal como son: la presencia de caries, enfermedad periodontal, edentulismo, prótesis mal ajustada, etc. Por estos motivos es que hago la siguiente suposición:

"El estado de salud bucal repercute en la percepción de calidad de vida del adulto mayor".

OBJETIVOS

Objetivo General.

Determinar la manera en la que el adulto mayor percibe su calidad de vida en relación a su estado de salud bucal.

Objetivos Específicos

1. Identificar la salud bucal de acuerdo a la percepción del adulto mayor.
2. Identificar la percepción de la calidad de vida mediante un indicador sociodental.

DISEÑO METODOLÓGICO

A. Tipo de estudio.

Observacional, transversal, descriptivo, prolectivo.

B. Población de estudio.

El estudio se realizó a 57 pacientes adultos mayores de ambos sexos que acudieron a la Clínica Multidisciplinaria “Los Reyes”.

Criterios de inclusión	Criterios de eliminación
➤ Personas de 60 años de edad o más.	➤ Personas que no quieran participar en el estudio.

C. Variables.

La variable dependiente es la percepción de calidad de vida.

Las variables independientes son:

- La salud bucal.
- Edad.
- Género.

Las siguientes variables corresponden al cuestionario OHIP-14.

VARIABLE	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIAS
Edad	Edad que refiere el paciente a la hora del estudio	Cuantitativa discreta	Años
Género	Características fenotípicas del	Cualitativa nominal	Hombre Mujer

	adulto		
Salud bucal	Percepción del bienestar en la boca.	Cualitativa nominal	Buena Regular mala
Dolor	Es una experiencia emocional (subjetiva) y sensorial (objetiva), generalmente desagradable, que pueden experimentar todos aquellos seres vivos que disponen de un sistema nervioso. Es una experiencia asociada a una lesión tisular o expresada como si ésta existiera.	Cualitativa nominal	Nunca Casi nunca Frecuentemente Muy frecuentemente siempre
Limitación funcional	restricción de las capacidades físicas o mentales para efectuar las tareas que requiere una vida independiente	Cualitativa nominal	Nunca Casi nunca Frecuentemente Muy frecuentemente siempre
Malestar psicológico	Alteración de tipo psicológico	Cualitativa nominal	Nunca Casi nunca Frecuentemente Muy frecuentemente

			siempre
Discapacidad física	Incapacidad para realizar alguna función física	Cualitativa nominal	Nunca Casi nunca Frecuentemente Muy frecuentemente siempre
Discapacidad Psicológica	Factor que altera o modifica el comportamiento del individuo	Cualitativa nominal	Nunca Casi nunca Frecuentemente Muy frecuentemente siempre
Discapacidad social	Problemas al relacionarse con los demás	Cualitativa nominal	Nunca Casi nunca Frecuentemente Muy frecuentemente siempre
Minusvalía	Es la situación de desventaja de un individuo determinado a consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que le limita o impide el desempeño de un rol que sería normal en su caso	Cualitativa nominal	Nunca Casi nunca Frecuentemente Muy frecuentemente Siempre

Técnicas.

Se registraron los pacientes con edad de 60 años o más que acudieron a la Clínica Multidisciplinaria Los Reyes.

Dicho registro se llevó a cabo a través del cuestionario OHIP-14, con el cual también se obtuvieron los datos para la elaboración del estudio. Las interrogantes fueron hechas de forma individual a cada uno de los integrantes de la población de estudio. El cuestionario mencionado se presenta en los anexos.

El análisis de la información, se realizó de acuerdo a los criterios establecidos para el OHIP, donde las respuestas del cuestionario se codifican en una escala de 5 puntos estableciéndose como 0= nunca, 1= casi nunca, 2= frecuentemente, 3= muy frecuentemente, 4= siempre. En cada dimensión, las respuestas codificadas son multiplicadas por el valor de cada pregunta y se obtiene el puntaje de cada dimensión. El puntaje máximo que se puede obtener es de 28, indicando el máximo impacto que tiene la salud bucal sobre la calidad de vida.

Diseño estadístico.

El tipo de estadística utilizada es de tipo descriptivo, ya que se obtuvieron los porcentajes y la media aritmética para la presentación de los resultados.

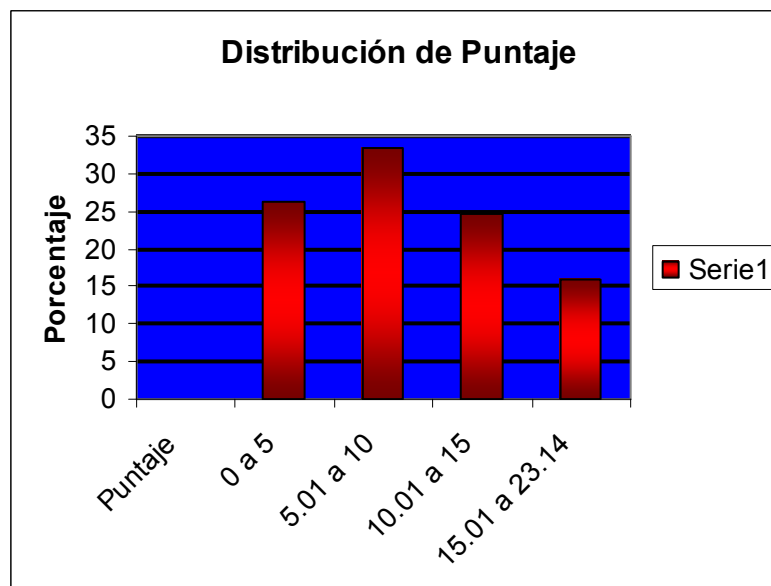
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

El cuestionario OHIP- 14, utilizado en el estudio, fue resuelto por 57 adultos mayores; de los cuales 86 % pertenecen al sexo femenino (49) y el 14 % al sexo masculino (8), el promedio de edad fue 64 años, la edad mínima registrada en la población de pacientes adultos mayores fue de 60 años y la edad máxima encontrada es de 89 años.

Los resultados se presentan de acuerdo a las siguientes dimensiones: limitación funcional, dolor, discomfort psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social y minusvalía.

En general en los cuestionario del OHIP-14 el valor máximo es de 28, lo que indica el mayor impacto de las condiciones de salud bucal de los adultos mayores sobre su calidad de vida; al respecto, los resultados obtenidos muestran puntos que va de 0 a 23.14, con la siguiente distribución: de 0 a 5 puntos el 26.32%; de 5.01 a 10 puntos el 33.33%; de 10.01 a 15 puntos el 24.56% y de 15.01 a 23.14 puntos el 15.78%. (Gráfico 1)

Gráfico 1. Porcentaje de intervalos del puntaje del OHIP-14 aplicado a los adultos mayores de la Clínica Multidisciplinaria Los Reyes. Enero- Junio 2008



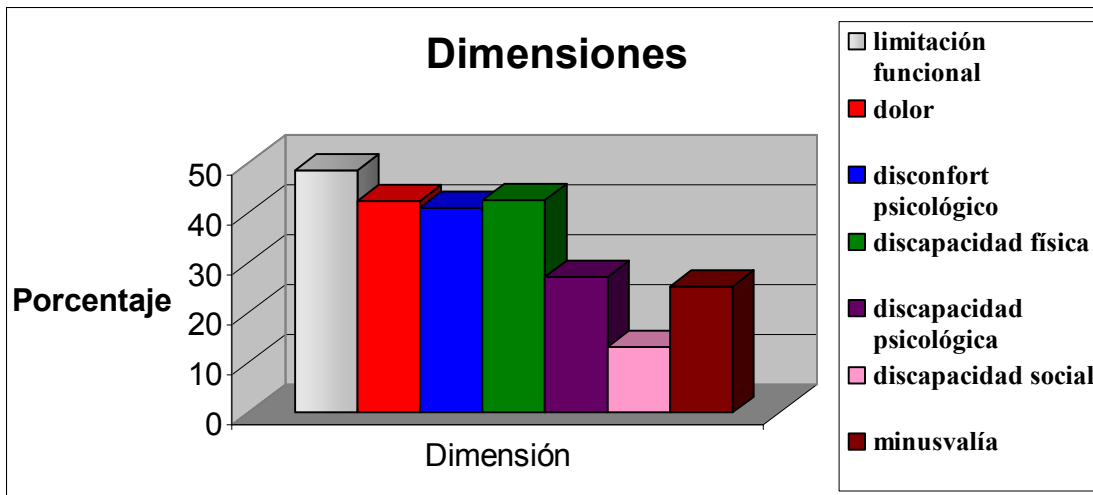
El total de puntos 0, referente a la presencia de ningún efecto negativo estuvo verificado en el 5.26% de la población, mientras que el impacto máximo presentado en el puntaje es de 23.14, referente a la relación de la salud de la boca con la calidad de vida de individuo, es de 1.75%.

Los resultados arrojados de cada dimensión muestran que el apartado en donde hay una mayor afección es el de “limitación funcional” con el 48.48% del valor total del puntaje de dicho apartado, la “discapacidad física” con el 42.54%, el “dolor” es 42.39% , el “discomfort psicológico” con 41.05%, la “discapacidad psicológica” con el 27.28%, la minusvalía con 25.36%, por último, se encuentra la “discapacidad social” con el 13.22%. Los porcentajes y el puntaje obtenido de cada dimensión, se encuentra en el siguiente cuadro 1: (Gráfico 2)

Cuadro 1. Porcentaje de las dimensiones evaluadas en el OHIP-14 en adultos mayores de la Clínica Multidisciplinaria Los Reyes. Enero- Junio 2008

Dimensión	Puntaje total de los cuestionarios	Puntaje promedio	Porcentaje (%)
Limitación funcional	110.53	1.94	48.48
Dolor	96.64	1.69	42.39
Discomfort psicológico	93.6	1.64	41.05
Discapacidad física	97	1.7	42.54
Discapacidad Psicológica	62.2	1.09	27.28
Discapacidad social	30.14	0.53	13.22
Minusvalía	57.72	1.01	25.36

Gráfico 2. Porcentaje del puntaje por dimensión del OHIP-14 aplicado a los adultos mayores de la Clínica Multidisciplinaria Los Reyes. Enero- Junio 2008



Con lo que respecta a cada pregunta del cuestionario, su distribución de porcentaje con base en la respuesta dada por cada participante, resultó de la siguiente manera:

Cuando se les pregunto si tienen dificultad al pronunciar palabras a causa de problemas en su boca, dientes o prótesis, el 50.9 % de la población contestó que nunca han tenido este problema, por lo cual, se tuvo una respuesta negativa marcando el código "0", y el 8.8 % una respuesta totalmente positiva, es decir, respondieron que siempre tienen ese problema (código "4").

En la pregunta referente a la "sensación de sabor", el 50.9% tiene un código "0"; mientras que el 7% un código "4". En la pregunta que nos señala si sienten dolor en la boca, la respuesta totalmente negativa abarca el 43.9%, mientras que la positiva el 7 %. En el cuestionamiento acerca de la incomodidad para comer, el 22.8% contesta "nunca", y el 24.6% tiene una respuesta afirmativa. El 21.1% indica que se siente preocupado por sus problemas en la boca, en cuanto que el 29.8% indicó que siempre se encuentran preocupados a causa de su salud bucal. Por tal situación, el 40.4% nos dice que los problemas en su boca no les causa

tensión, pero el 8.8% se encuentran siempre tensos por algún problema bucal. El 22.8% señala que ha siempre tienen que evitar comer algunos alimentos y al 24.6% nunca le ha sucedido. En la pregunta correspondiente a la interrupción de los alimentos a causa de problemas en boca, dientes o prótesis, el 31.6% señala que nunca le ha ocurrido, mientras que el 17.5% tiene que hacerlo debido a los problemas en su boca. El 7% de los encuestados tiene dificultad para relajarse debido a los problemas bucales y el 45.6% no tiene ninguna dificultad para relajarse pese a su condición bucal. El 52.6% de los adultos mayores encuestados no se sienten avergonzados debido a su condición bucal, mientras que el 14% se siente avergonzado debido a estado de salud bucal. El 1.8% dice ponerse irritable con otras personas como resultado de su condición bucal, así mismo, el 70.2% niega esta condición. Con lo que respecta a la dificultad para realizar el trabajo habitual debido a los problemas bucales, el 63.2% niega tener esa relación y el 5.3% si ha tenido dicha dificultad. El 7 % reporta que la salud de su boca a interferido con su sentimiento de satisfacción hacia la vida. Por último, el 52.6% señala que su salud bucal no ha interferido con su salud en general, mientras que el 7% reporta lo contrario.

Los resultados en porcentaje y frecuencia se pueden observar en el cuadro 2.

Cuadro 2. Distribución de respuestas de ítems, donde 0: nunca; 1: casi nunca; 2; frecuentemente; 3: muy frecuentemente; 4: siempre.

ítem	Descripción del ítem	Distribución de respuestas(%)				
		0	1	2	3	4
1	¿Ha tenido problemas pronunciando alguna palabra por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	50.9	14	17.5	8.8	8.8
2	¿Ha sentido que tu sensación de sabor ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	50.9	15.8	21.1	5.3	7.0
3	¿Siente dolor en la boca?	43.9	19.3	22.8	7.0	7.0
4	¿Siente incomodidad para comer por problemas en sus dientes, boca o prótesis?	22.8	12.3	29.8	10.5	24.6
5	¿Ha estado preocupado por sus problemas dentales?	21.1	8.8	31.6	8.8	29.8
6	¿Se ha sentido tenso/a por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	40.4	19.3	22.8	8.8	8.8
7	¿Ha tenido que evitar comer algunos alimentos por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	24.6	14.0	31.6	7.0	22.8
8	¿Ha tenido que interrumpir comidas por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	31.6	22.8	17.5	10.5	17.5
9	¿Ha encontrado difícil relajarte por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	45.6	26.3	19.3	1.8	7.0
10	¿Ha estado un poco avergonzado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	52.6	3.5	19.3	10.5	14.0
11	¿Ha estado un poco irritable con otra gente por problemas sus dientes, boca o prótesis?	70.2	14.0	8.8	5.3	1.8
12	¿Ha tenido dificultades haciendo tu trabajo habitual por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	63.2	22.8	7.0	1.8	5.3
13	¿Ha sentido que la vida en general es menos satisfactoria por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	40.4	29.8	15.8	7.0	7.0
14	¿Ha sentido que su salud en general a empeorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	52.6	14.0	17.5	8.8	7.0

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

El resultado del presente estudio muestra que si hay impacto entre la salud bucal y la calidad de vida de los adultos mayores de esta comunidad. Éste se presenta como un bajo impacto negativo; dado que el puntaje máximo obtenido es de 23.14 presente en el 1.75% de la población, comparado con los 28 puntos (valor máximo del cuestionario). Los adultos mayores que presentan un mayor impacto negativo fue del 15.78% abarcando un rango de puntaje de 15.01 a 23.14.

Mientras tanto la población que percibe un bajo impacto, o ningún impacto negativo en su calidad de vida representa el 26.32%. El resto de la población (57.89%) presenta un impacto medio en la calida de vida.

Otro dato importante de analizar es el desglose de las dimensiones, ya que las dimensiones más afectadas señaladas por nuestros adultos mayores, son aquellas referentes a su condición física, éstas condiciones abarcan como primer lugar “la limitación funcional”, seguido de “discapacidad física” y “dolor”. Cabe mencionar la importancia del panorama que visualiza nuestra población, ya que los efectos de éstas dimensiones alteradas no influyen tan notablemente en la dimensión que abarca el aspecto social como es: “La discapacidad social”, en otras palabras, su condición bucal no influye decisivamente en como se relaciona el adulto mayor con su entorno y con los demás; de igual modo lo es en la “discapacidad Psicológica” ni en la “minusvalía”. Sin embargo, afecta mayormente su estado físico en el discomfort psicológico, lo que nos indica que su estado de salud bucal les ocasiona sentimientos de preocupación y tensión.

Al analizar cada pregunta, se observa un comportamiento similar. De este modo, las preguntas que presentan un mayor número de respuestas afirmativas, son aquellas relacionas con las dimensiones de dolor, discapacidad física y discomfort psicológico; estas preguntas nos indican que los problemas que afectan más a los adultos mayores, son los correspondientes a la incomodidad en su boca, ya sea

ocasionada por su estado de sus dientes o por alguna prótesis mal ajustada. Además, ligado a tal circunstancia, se encuentra el problema de evitar comer algunos alimentos debido a la misma condición.

En cuanto al área psicológica, también muestra afección ya que es el mayor factor de esta área que arroja relación con la condición bucal.

Las preguntas que reflejan un mayor contraste de respuesta, por presentar una mayor replica negativa en contra parte con las positivas son las correspondientes a la “relajación”, a la “vergüenza”, a la “irritabilidad”, a la “dificultad para realizar trabajos”, la “salud en general” y la afección de la “satisfacción de la vida”, por lo que se confirma lo que se dijo en un inicio.

DISCUSIÓN

El instrumento OHIP-14 es considerado actualmente un buen indicador para valorar la percepción de los individuos sobre su propia salud bucal y su repercusión o relación con su calidad de vida.

En el presente estudio, se muestra la relación entre la salud bucal y la calidad de vida, en donde destacamos que el 26.32% tuvo un impacto bajo de la salud bucal sobre la calidad de vida. En contraste, un 57.89% de la población examinada tiene un impacto medio en dicha relación. Lo que es notable es que solo el 15.78% de la población tiene un impacto alto en esta correlación, lo que puede ser debido a las condiciones socioeconómicas del grupo de adultos mayores en estudio.

Lo que destaca en comparación con otros estudios, como en el de Oliveira, en la Facultad de odontología en Brasil, es que en el comportamiento de ésta, hay un menor impacto negativo de la salud bucal en su correlación con la salud bucal, ya que en su intervalo de puntaje más bajo tiene un porcentaje del 54% de su muestro, el impacto medio se presenta en el 34.2% y el impacto más alto se encuentra en el 11.8% de su grupo de estudio.

En otro estudio en donde también se aplica un cuestionario socio dental, realizado en España, el Dr Montero obtiene resultados similares en cuanto a la distribución de porcentajes en las dimensiones, ya sus porcentajes más altos, se localizan en aquellos apartados que se refieren a la salud física, seguido del área social y psicológico.

En comparación con el estudio realizado por Brennan y Spencer, en cuya metodología también utilizan el OHIP como cuestionario para la calidad de vida se observa una similitud de resultados, mostrándose de igual modo un impacto bajo.

Estudios previos sobre la repercusión de la condición bucal en la calidad de vida demostraron que las alteraciones de la salud bucal interfieren en mayor o menor proporción en la calidad de vida de las personas afectadas. Los resultados del presente estudio confirman esas observaciones.

CONCLUSIONES

Una vez realizado el análisis de los resultados se realizan las siguientes conclusiones:

- ✓ La salud bucal tiene impacto sobre la calidad de vida de los adultos mayores.
- ✓ El impacto de la salud bucal de los adultos mayores en su calidad de vida se relaciona con el entorno cultural y económico de la población.
- ✓ El programa de salud bucal de los adultos mayores debe considerar la percepción que tienen sobre su salud bucal y su correlación con su calidad de vida.
- ✓ La salud en un individuo se encuentra ligada con todo, de este modo se concluye que no se puede separar el aspecto clínico, el biológico, el social y el psicológico, por que lo que proporcionar salud no solo significa restaurar una cavidad, o “colocar dientes en donde no los hay”, sino también valorar con una amplia prioridad la percepción del paciente sobre el resultado de su tratamiento.
- ✓ La atención integral de los adultos mayores requiere de un equipo multidisciplinario.
- ✓ Los estudios en México acerca de la percepción de la calidad de vida relacionándola con los adultos mayores son escasos.

PROPUESTAS

En base a lo anterior, se realizan las siguientes propuestas:

En la atención estomatológica de los adultos mayores en las Clínicas multidisciplinarias de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza es necesario considerar la integración biopsicosocial, por lo que además de valorar las condiciones objetivas, es necesario incorporar las subjetivas como son el sentimiento y percepción de los pacientes, ya que todo lo que se realice interferirá de manera positiva o negativa en la calidad de vida de los individuos.

Ligado a lo anterior, y teniendo conocimiento de que la investigación es necesaria para conocer mejor la problemática de salud bucal de los adultos mayores , propongo realizar de manera continua éste tipo de instrumentos sociodentales para valorar la opinión de los pacientes y así mismo tomar acciones que ayuden al bienestar de nuestra población.

Dado que la presente investigación es realizada en la Clínica Multidisciplinaria los Reyes, propongo realizar programas de salud en donde abarquen las áreas clínica, psicológica y social, en la población adulta mayor, tomando como eje de referencia los resultados obtenidos en esta investigación.

Propongo no solo que en esta Clínica, sino también en las demás, y esperando que éste estudio realizado sirva de escalón y de incentivo hacia otros, que se sigan realizando éste tipo de estudios y que a su vez sirvan de peldaño para futuras investigaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Lozano A. Introducción a la geriatría. 2da edición 2000. Méndez editores. México. 329- 331
2. Gutiérrez LM. El proceso de envejecimiento humano: implicaciones clínicas y asistenciales. Rev Fac Med UNAM 1998; 41: 198-206.
3. Brocklehurst J. Tratado de clínica geriátrica y gerontología. Ed panamericana. 1975. p 59
4. Mishasa B, Riedel R. Proceso de envejecimiento. Ed Morata. Madrid 1986 p 42
5. Lozano A. Introducción a la Geriatría. Ed Méndez. 2da. Edición 2000. México.
6. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. An Fac Med Lima 2007; 68(3)
7. Villanueva LA. Sobre el envejecimiento: una perspectiva integral. Revista hospital general M Gea González 2000; 3: 107- 114
8. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma. Revista Panam Salud Publica 2000; 7:60-67.
9. Proyecciones de la población de México, 1996-2050. México. Consejo Nacional de Población (CONAPO), 2000.
10. Ham- Shande R. El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México. Revista Salud Publica de México 2001;38:409-418.
11. Novelo HI. Situación epidemiológica y demográfica del adulto mayor en la última década. Revista salud pública y nutrición 2003; 5: 4-6.
12. INEGI. II Censo de Población y Vivienda 2005
13. INEGI Tomo I. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990
14. Batos J, Adams D. Tratamiento odontológico del paciente Geriátrico. Ed. Manual Moderno. México 1986. p. 63-73
15. Pennacchiotti G. Factores que influyen en el uso de prótesis removible en Adultos Mayores recién rehabilitados. Editorial de la Universidad de Chile. 2006. 1-95
16. Deguchi J. Estomatología geriátrica. Editorial Trillas. México 1994. p 88-97

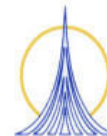
17. Pinzón SA, Zunzunegui MV. Detección de necesidades de atención bucodental en ancianos mediante la autopercepción de la salud oral. *Revista Multidisciplinar de Gerontología* 2000;9: 216-224.
18. Recio C, Flores R, Torres D. *Journal of oral and maxillofacial surgery*. *Revista Sociedad Española de Cirugía Bucal* 2006; 1: 106- 123.
19. Jiménez FJ, Martínez VN. Percepción de salud bucal, calidad de vida y bienestar subjetivo en ancianos. *Revista ADM* 2006; 63: 181-184.
20. Velarde E, Ávila C. Evaluación de la Calidad de vida. *Revista Salud Pública de México* 2002; 44: 349- 357.
21. Steele JG, Pine CM, White D. The impact of oral health on people in the UK in 1998. *Adult dental health survey*. 2001; 190: 1- 9
22. Ramírez R. Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. *Revista colombiana de cardiología*; 14(4): 207- 222
23. Mora M, Villalobos D, Araya G, Ozols A. Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. *Revista MHsalud* 2004; 1
24. Montero MJ. Calidad de vida oral en la población en general. Editorial de la Universidad de Granada. 2006. 23-45.
25. Slade GD, Sanders A. The ICF and oral health. *ICF Australian User Guide* 2003; 54: 2- 15.
26. Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. *Revista dental de Chile* 2005; 96: 28-35.
27. Gastron L. Género, representaciones sociales de la vejez y derechos humanos. 51 Congreso Internacional de Americanistas, Chile. 2003:3.
28. Chambers LW, MacDonald LA, Tugwell P. The McMaster health index questionnaire as measure of quality of life for patients with rheumatoid disease. *J Rheumatol* 2003;9:780-786.
29. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 28: 1- 40
30. MacEntee MI, Silver G, Gibson G, Weiss R. Oral health in a long term care institution equipped with a dental service. *Community Dental Epidemiology* 2003;13:260-3.

31. Glasziou PP, Cole BF, Gelber RD, Hilden J, Simes RJ. Quality adjusted survival analysis with repeated quality of life measures. *Stat Med* 2002;17:1215-1229.
32. Locker D, Matear D, Stephens M, Lawrence H. Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. *Revista Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29: 373–81.
33. Esquivel HR, Jiménez FJ. Efecto de la depresión en la percepción de salud bucal y calidad de vida en adultos mayores. *Revista ADM* 2006; 63: 62-68.
34. Esquivel HR, González-Celis RAL. La percepción de salud bucal como medida de la calidad de vida en ancianos. *Revista ADM* 2003; 60: 19-24.
35. López R. Versión en español del OHIP- 14. *Revista Community Dent Oral Epidemiol* 2003, 31:161-168.
36. Brennan D, Spencer J. Dimensions of oral health related quality of life measured by EQ-5D+ and OHIP-14. *Health and Quality of Life Outcomes* 2004, 2:35
37. Morín N. Assessment of Oral Health-Related Quality of Life and its Relation to Personal Operational Fitness of Canadian Forces Recruits and Officer Candidates. Canadian Association of Public Health Dentistry 2005
38. McGrath C, Bedi R. The association between dental anxiety and oral Health-related quality of life in Britain. *Community Dent Oral Epidemiology* 2004; 32: 67-72
39. Drumond-Santana T, Oliveira F, Gonçalves E. Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de individuos diabéticos dentados. *Cad. Saude Pública* Rio de Janeiro 2007; 23(3): 637- 644
40. Robinson PG, Gibson B. Validity of two oral health-related quality of life measures. *Community dent oral Epidemiology* 2003; 31: 90-9

ANEXO 1.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

ORAL HEALTH IMPAC PROFILE

(OHIP-14)

NOMBRE:

EDAD:

SEXO: A. Hombre B. Mujer

1.- ¿Ha tenido problemas pronunciando alguna palabra por problemas con sus dientes, boca o prótesis?

A. Nunca B. Casi nunca C. Frecuentemente D. Muy frecuentemente E. Siempre

2.- ¿Ha sentido que su sensación de sabor ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?

A. Nunca B. Casi nunca C. Frecuentemente D. Muy frecuentemente E. siempre

3.-¿Siente dolor en la boca?

A. Nunca B. Casi nunca C. Frecuentemente D. Muy frecuentemente E. Siempre

4.-¿Siente incomodidad para comer por problemas en sus dientes, boca o prótesis?

A. Nunca B. Casi nunca C. Frecuentemente D. Muy frecuentemente E. Siempre

5.- ¿Ha estado preocupado por sus problemas dentales?

A. Nunca B. Casi nunca C. Frecuentemente D. Muy frecuentemente E. Siempre

6.- ¿Se ha sentido tenso/a por problemas con sus dientes, boca o prótesis?

A. Nunca B. Casi nunca C. Frecuentemente D. Muy frecuentemente E. Siempre

7.- ¿Ha tenido que evitar comer algunos alimentos por problemas con sus dientes, boca o prótesis?

A. Nunca B. Casi nunca C. Frecuentemente D. Muy frecuentemente E. Siempre

8.- ¿Ha tenido que interrumpir comidas por problemas con sus dientes, boca o prótesis?

A. Nunca B. Casi nunca C. Frecuentemente D. Muy frecuentemente E. Siempre

9.- ¿Ha encontrado difícil relajarse por problemas con sus dientes, boca o prótesis?

A. Nunca B. Casi nunca C. Frecuentemente D. Muy frecuentemente E. Siempre

10.- ¿Ha estado un poco avergonzado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?

A. Nunca B. Casi nunca C. Frecuentemente D. Muy frecuentemente E. Siempre

11.- ¿Ha estado un poco irritable con otra gente por problemas con sus dientes, boca o prótesis?

A. Nunca B. Casi nunca C. Frecuentemente D. Muy frecuentemente E. Siempre

12.- ¿Ha tenido dificultades haciendo su trabajo habitual por problemas con sus dientes, boca o prótesis?

A. Nunca B. Casi nunca C. Frecuentemente D. Muy frecuentemente E. Siempre

13.- ¿Ha sentido que la vida en general es menos satisfactoria por problemas con sus dientes, boca o prótesis?

A. Nunca B. Casi nunca C. Frecuentemente D. Muy frecuentemente E. Siempre

14.- ¿Ha sido totalmente incapaz de funcionar por problemas con sus dientes, boca o prótesis?

A. Nunca B. Casi nunca C. Frecuentemente D. Muy frecuentemente E. Siempre