



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN
PARA DETERMINAR TIPO DE AFRONTAMIENTO ANTE
PROBLEMAS Y ENFERMEDADES ORALES EN EL
ADULTO MAYOR.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ANDREA SARAI SALAS CORTÉS

TUTOR: Mtra. MARÍA PATRICIA DE LA ASUNCIÓN HENONÍN
PALACIO

ASESORES: Mtra. ERIKA HEREDIA PONCE



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Índice

1. Introducción.....	1
2. Marco Teórico.....	3
2.1. Envejecimiento.....	3
2.2. Demografía del Envejecimiento.....	4
2.3. Envejecimiento Relacionado con salud general y oral.....	6
2.4. Estrategias de Afrontamiento.....	7
2.5. Cuestionario de Afrontamiento desarrollado por Font (1990)	10
3. Antecedentes	11
4. Planteamiento del Problema.....	13
5. Justificación.....	14
6. Objetivos	
6.1 Objetivo General.....	16
6.2 Objetivo específico.....	16
7. Hipótesis.....	16
8. Materiales y Métodos.....	16
8.1 Criterios de Selección.....	17
8.2 Método de Recolección de Datos.....	18
8.3 Método de Registro y Análisis de datos.....	19
9. Resultados.....	21
10. Discusión.....	26
11. Conclusiones.....	29
12. Referencias Bibliográficas	31
13. Anexos	
13.1 Anexo 1 Cuestionario de Afrontamiento Odontológico.....	35
13.2 Anexo 2 Cartel con imágenes	36

Agradecimientos

Gracias a Dios, por la vida, por mi familia y por la oportunidad que me ha dado de salir adelante.

A mi Madre y Padre, por todo su amor, consejos y apoyo incondicional que nunca he dejado de sentir a cada paso que doy en mi vida.

A mis hermanos por su amor y amistad en todo momento.

Eternamente ¡Los amo!

A la Mtra. Ma. Patricia De La Asunción Henonín Palacio y la Mtra. Erika Heredia Ponce, quienes me brindaron su paciencia, guía, tiempo y dedicación a este proyecto. Así como todos los doctores que me han formado a lo largo de la carrera.

A los adultos mayores que asisten a “La Casa de la Divina Providencia”, por permitirme realizar el proyecto; así como compartirme sus experiencias y enseñanzas.

Y por último a la UNAM por permitirme ser parte de esta máxima casa de estudios, ayudándome a formarme como persona y profesionista; y siempre estaré orgullosa de pertenecer a esta universidad.



1. Introducción

El ser humano como todas las especies vivientes experimenta una serie de cambios normales que acompañan el ciclo de vida. La niñez, la juventud, la adultez y la vejez, son etapas evidentes en el proceso de desarrollo humano.¹

Gracias al avance de la medicina, la esperanza de vida está aumentando progresivamente, por lo que los adultos mayores constituyen una proporción cada vez mayor de la población mundial. Se estima que en el 2050 la esperanza de vida será de 82.7 años; 80.6 para hombres y 84.8 para mujeres respectivamente.² Por lo que tendremos en años próximos más viejos sin las políticas y estructuras para atenderlos, con contextos socioeconómicos frágiles, con altos niveles de pobreza, crecientes desigualdades sociales y económicas; y con inequidad en el acceso a los servicios de salud.³

En nuestra sociedad, el envejecimiento tiene situaciones negativas para el anciano; aparecen con frecuencia cambios psicológicos, entre estos la depresión, asociada al abandono que sufre, donde finalmente todo repercute en el aspecto social de la vida de los ancianos. En muchas ocasiones, la familia y el entorno social del paciente geriátrico lo conducen a la toma de decisión de ingresarlo a un asilo o institución; ya sea por convicción propia o por parte de los familiares.⁴

La salud oral durante toda la vida sufre diversas modificaciones en cuanto a los grados de enfermedad, si asociamos esto a la falta de interés del paciente geriátrico por su cuidado como consecuencia de su situación emocional, encontraremos que para el momento de ingreso a una institución, la cavidad oral será el reflejo de la falta de atención; es decir, la cantidad de necesidades estomatológicas en un paciente geriátrico institucionalizado será parte del protocolo de salud requerido en dicho lugar.



Aun cuando los diversos grupos médicos encargados del manejo y control de la salud del paciente no reconocen la necesidad de la salud bucal de los pacientes como parte indispensable para obtener una buena calidad de vida; haciendo imprescindible establecer programas y protocolos para el manejo de la salud integral de pacientes geriátricos, incluyendo el área odontológica, en cualquiera de las instituciones encargadas de la atención en el área de la salud de los ancianos. Como lo establece el *Reporte Anual de Salud Oral*, emitido por la OMS en el 2009, donde reconoce la importancia de implementar programas que detecten necesidades de tratamiento y manejo de la salud oral en pacientes ancianos. ⁴

Por tal motivo que el presente estudio se observa como el paciente geriátrico percibe y afronta sus problemas de salud odontológica, con la finalidad de modificar pensamientos negativos que este pudiese tener, y así cambiar la conceptualización de sus estrategias hacia acciones más positivas.



2. Marco Teórico

2.1 Envejecimiento

El envejecimiento es un conjunto de cambios estructurales y funcionales derivados de la acción del tiempo no solo a nivel orgánico o biológico; sino también a nivel psicosocial e incluso ambiental; es una etapa normal como la niñez o la adultez, en la cual la persona puede desarrollar sus capacidades y destrezas de acuerdo con sus intereses, necesidades y posibilidades, es decir, la vejez también se puede disfrutar. ¹

El envejecimiento humano se caracteriza por las siguientes determinantes:

- a) *Universal*: Afecta a todos los seres vivos, siendo la etapa final de su ciclo vital.
- b) *Progresivo*: Es un proceso acumulativo.
- c) *Dinámico*: Se encuentra en constante cambio y evolución.
- d) *Irreversible*: No se puede detener, ni revertirse.
- e) *Declinante*: Las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte.
- f) *Heterogéneo e Individual*: El proceso del envejecimiento no sigue un patrón establecido, tiene una característica propia en cada individuo.

Lo anteriormente expuesto puede expresarse de dos maneras sobre el organismo: envejecimiento normal y envejecimiento patológico. El primero se refiere a los cambios derivados del propio paso del tiempo, mientras que el segundo se caracteriza por la presencia de enfermedades o discapacidades, además de los cambios propios que conlleva el proceso de envejecimiento. ⁵



En el aspecto psicológico el envejecimiento se manifiesta en dos esferas: la cognoscitiva que afecta la manera de pensar y las capacidades; y la psicoafectiva que incide en la personalidad y el afecto. Estas modificaciones no sobrevienen en forma espontánea sino como resultado de acontecimientos vitales como el duelo y la jubilación. La capacidad de adaptación a las pérdidas y a los cambios que determinan en gran medida el ajuste personal a la edad avanzada. ¹

2.2 Demografía del envejecimiento

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) presenta el perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI del adulto mayor en México, en el cual se describen algunos rasgos demográficos, sociales y económicos de la población de 60 años o más; así como sus condiciones de vida.²

Como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en México durante el siglo XX, la estructura por edad y sexo de la población está sufriendo cambios significativos; entre éstos destaca el inicio del proceso de envejecimiento demográfico que se expresa como un incremento relativo y absoluto de la población en edades avanzadas.²

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.²

Por otra parte, entre 1930 y 2000 la expectativa de vida de la población de 60 años se incrementó en 8.8 años para las mujeres y 7.6 años para los hombres, con lo cual en la actualidad se espera que una mujer de 60 años alcance a vivir hasta los 82 años de edad y un hombre de la misma edad llegue a vivir hasta los 80 años. ⁶



El alfabetismo constituye uno de los fenómenos más importantes, y que ha sufrido las mayores transformaciones en el periodo más reciente, lo que se constata que tres de cada diez personas de 60 años o más no saben leer ni escribir un recado, condición que es casi 50% más alta para las mujeres respecto a los hombres. Conforme avanza la edad, la proporción de personas que tienen estas habilidades se reduce significativamente.²

Así, entre la población de 85 años o más, la tasa de alfabetismo es de 55.6 %, con 61.6% respecto a los hombres y 51.1% para las mujeres. Este representa un factor relevante; ya que el adulto mayor no puede tener acceso a empleos de prestigio y por consecuencia tiene un ingreso económico bajo. En México la población ejerce actividades que van desde las clasificadas como servicios (donde se ubican, por ejemplo, los peluqueros, sastres, boleros, taxistas y meseros); pasando por los que desempeñan servicios administrativos y que se agrupan en la categoría de oficinistas (cajeros, secretarias, gerentes); hasta los que realizan trabajo doméstico (recamareras, cocineras y jardineros, por citar algunos).²

En cuanto al sector salud, los adultos mayores viven de manera diferente al resto de la población, debido a secuelas de las enfermedades y lesiones que han padecido a lo largo de su vida y son el resultado de los distintos niveles en la exposición a riesgos en función de sus actividades y de los espacios donde las realizaron, así como de las responsabilidades y estilos de vida que varían conforme se incrementa la edad.⁶

Las enfermedades del corazón adquieren mayor peso relativo en las generaciones más envejecidas (con lo cual se convierte en la causa de muerte de una de cada cuatro personas de 80 años o más). Del mismo modo, las proporciones de muertes, como consecuencia de las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y de las cerebrovasculares, son mayores cuando aumenta la edad.²



Las instituciones encargadas de la seguridad social son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Las personas de 60 años o más tienen una cobertura de la derechohabencia ligeramente mayor que el resto de la población. Así, 53.7% de la población de 65 a 69 años, es derechohabiente, mientras que entre las personas de 85 años o más este porcentaje se reduce alrededor de 12 puntos porcentuales.⁶

Por lo que se puede concluir que en México el proceso de envejecimiento demográfico se manifiesta en el aumento de la proporción de personas de 60 años o más de edad. Sin embargo, es un reto que tal progreso esté acompañado de mejoras en la calidad de vida. Los cambios en el papel y la estructura de la familia pueden alterar las formas tradicionales de cuidado de las personas de mayor edad, muchas de las cuales concluyeron su vida laboral porque obtuvieron una pensión o porque sus capacidades no les permiten seguir trabajando. Para una elevada proporción, este retiro no va acompañado de seguridad económica, lo que en muchos casos genera una pérdida del reconocimiento y la importancia que esas personas tuvieron en el pasado.²

2.3 Envejecimiento relacionado con la salud general y oral

Tradicionalmente la salud bucal es considerada como parte de la salud integral de los individuos, sin embargo, el personal médico no le da la importancia que amerita y por ende no trabaja en relación estrecha con el odontólogo, desafortunadamente esta situación no se ha modificado en los últimos años. En la actualidad sabemos que es necesario el trabajo en equipo conformado por médico, odontólogo y paciente.⁵

Además del interés que se tiene en el bienestar de la población mexicana y de la necesidad de generar información para el diseño de políticas públicas, el estudio de la salud de los adultos mayores en México representa un interés científico especial.³



Si bien es cierto que en el envejecimiento se presentan una serie de cambios anatómicos y fisiológicos esperados, debe quedar claro, que habrá de diferenciarlos de las manifestaciones clínicas asociadas a diversas alteraciones tanto localizadas como sistémicas y que en el afán de dar atención integral de calidad a los adultos mayores deberán ser del conocimiento del equipo multidisciplinario de atención a la salud. ⁷

De acuerdo con la encuesta sobre el envejecimiento, salud y bienestar (SABE) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁸ en 7 grandes ciudades de América latina y el Caribe incluidas entre ellas México, la prevalencia de enfermedades crónicas varía en la región: 1 de cada 3 personas mayores de 65 años de edad reporta hipertensión; el porcentaje más bajo fue la Ciudad de México (43%). Uno de cada tres presenta Artritis⁷. La incidencia de diabetes es más alta en México y en Bridgetown (22%).

Se puede afirmar que existe una relación estrecha entre las enfermedades de la cavidad bucal y el control de enfermedades sistémicas sobre todo aquellas del tipo crónico-degenerativo, tanto cardiovasculares como metabólicas. ⁷

2.4 Estrategias de Afrontamiento

En la vida de cualquier individuo se presentan hechos inesperados que demandan respuesta, se ha observado que las personas manifiestan diferentes reacciones a hechos similares; tal diferencia radica en el nivel de estrés que este produce en el individuo, sean cuales sean las características físicas objetivas del suceso.⁸

Estas reacciones o formas de brindar solución al problema se han englobado en el concepto de afrontamiento, el cual es definido por Matrovito, como un rasgo o estilo del individuo, para reaccionar de un modo particular, en cierto tipo de situaciones.



Para Sotelo⁸ el afrontamiento es un proceso de revaloración constante, que requiere de esfuerzos para manejar las demandas del entorno, buscando evitar, minimizar o aceptar las situaciones críticas. Por otra parte, Lamas⁹ y Krzemein¹⁰ lo definen como aquellos esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales dirigidos a manejar las demandas internas y externas (ambientales), que ponen a prueba o exceden los recursos de la persona, buscando: reducir, minimizar, tolerar o dominar la situación demandante.

El término afrontamiento fue definido por Lazarus y Folkman, como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. El afrontamiento se convierte entonces en una habilidad que funciona como mediador entre los sucesos estresantes y la respuesta del individuo.¹¹

En cualquier situación de afrontamiento, de acuerdo con Guerrero y Vicente¹² considera aspectos cognitivos, los cuales se traducen en una serie de fases interrelacionadas:

- *Evaluación Automática*. Hace referencia a un patrón de respuestas automáticas (fisiológicas) que valoran en una primera instancia si la situación es o no amenazante para el individuo.
- *Evaluación Primaria*. Se centra en las demandas de la situación y consiste en analizar si este hecho es positivo o no, en evaluar las consecuencias y si es relevante.
- *Evaluación Secundaria*. En este momento el sujeto valora su capacidad y analiza los recursos personales que posee para afrontar el evento que acaba de evaluar.
- *Selección de Respuesta o Afrontamiento*. Finalmente el individuo seleccionará la(s) conducta(s) que llevará a cabo para hacer frente a las demandas percibidas.



El uso de estrategias de afrontamiento depende de la percepción del nivel de exigencia o amenaza y el grado de control de la situación por parte del sujeto. ¹¹

Si bien las estrategias de afrontamiento son muy variadas, la mayoría de los teóricos del afrontamiento concuerdan en clasificar tres modalidades del afrontamiento, según este dirigido a:

- *Afrontamiento Cognitivo*. Se centra en la valoración que hace el individuo del suceso, buscando la forma de que este resulte menos desagradable.
- *Afrontamiento Conductual*. Se Centra en el problema y busca establecer conductas directas para confrontar el suceso y sus consecuencias.
- *Afrontamiento Emocional*. Se centra en regular los aspectos emocionales, a fin de mantener el equilibrio afectivo. ¹¹

El afrontamiento tiene como objetivo resolver el problema, controlar el malestar o adaptarse al contexto, más eficacia y menor riesgo psicobiológico. Si el suceso es apreciado como susceptible de control, se tiende a usar estrategias activas o confrontativas, pero si es percibido no controlable, se tienden a usar estrategias centradas en la emoción o pasivas.

Según Reig y Lyon las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción, se enfocan a regular la respuesta emocional que el problema da lugar. Las de tipo conductual, ya sea directas como la búsqueda de apoyo, búsqueda de la información; o indirectas como el desplazamiento o distracción, y la evitación de la información, las estrategias de tipo cognitivo pueden ser directas, dentro de las cuales está la inhibición emocional, represión, culpabilización. ¹³



Así, se puede observar que las estrategias de afrontamiento son muy variadas, incluso en una misma situación pueden utilizarse con éxito diferentes modos, ya que no existe uno óptimo en todas las ocasiones, sino que esto varía en función de los distintos objetivos de la persona.

2.5 Cuestionario de Afrontamiento desarrollado por Font (1990)

Para establecer perfiles de afrontamiento ante diferentes sucesos y con distintas poblaciones, existen diversos instrumentos que han comprobado su efectividad, como es el caso del Cuestionario de Afrontamiento desarrollado por Font (1990).

Adaptado al español, mediante un proceso de jueces, psicólogos con experiencia en el trabajo de personas ancianas. Consta de 26 reactivos, donde en el primero se le pregunta al anciano cuál es el principal problema o enfermedad que había tenido durante la última semana; los siguientes 25 reactivos enlistan diferentes formas de enfrentar un problema o preocupación, las cuales tienen cinco opciones de respuesta en las que se les asigna una puntuación de 4, a la categoría de *Siempre*, 3, a *Muy seguido*, 2 a *Moderadamente*, 1, a *veces* y 0 puntos, a *Nunca*. Cada ítem es considerado como una estrategia de afrontamiento, y estas se pueden agrupar en tres niveles:

Afrontamiento orientado a la valoración (del ítem 1 al 8), orientado al problema (del ítem 9 al 18) y orientado a la emoción (del ítem 19 al 25). Para obtener el valor de cada nivel, se calcula el promedio de cada uno de éstos, es decir, se hace la sumatoria del número de ítems de cada nivel y posteriormente se divide entre el número de estos; posteriormente se toma el puntaje más alto de cada nivel dándole un 1 al nivel de valoración, un 2 al nivel de problema y un 3 al de emoción, con lo que se obtiene la estrategia de afrontamiento que utilizan con más frecuencia los participantes.¹⁴



3. Antecedentes

A través del tiempo los resultados de algunos estudios confirman una serie de diferencias asociadas a la utilización de estrategias de afrontamiento dirigido a problemas de salud.

Reig menciona que diferentes estudios apuntan que las personas mayores, en comparación con adultos más jóvenes, se comportan de manera más sana, más activos en la prevención de enfermedades y afrontan mejor las consecuencias de éstas y de los problemas de salud. A pesar de que los problemas de salud y la declaración de enfermedades aumentan con los años, las personas mayores continúan siendo competentes y eficaces, manteniendo una adecuada sensación de control y conservando una visión positiva de su autoconcepto.¹³

Por otro lado Guerrero y Vicente, han demostrado que algunos individuos son capaces de afrontar las situaciones sorprendentemente bien, a pesar de una escasa salud física y del agotamiento de su energía. Donde, son de gran importancia las creencias positivas y el auto percibirse positivamente, ya que estos son recursos psicológicos de afrontamiento.¹²

Sotelo menciona que la estrategia preferida por los adultos mayores, fue fijarse en lo positivo, seguida de buscar diversiones relajantes y la finalmente preocuparse, lo cual indica que al enfrentarse a sus problemas buscan el aspecto positivo de estos y se consideran afortunados, también prefieren encomendarse a actividades ocupacionales y recreativas para relajarse, sin embargo se preocupan por su situación y felicidad futura. Las dos primeras estrategias que utilizan los adultos mayores se ubican dentro de un afrontamiento neutro, lo que resulta adecuado; la estrategia de preocuparse esta dentro del afrontamiento negativo, lo cual es desfavorable, ya que puede llevarlos a una actitud negativa.⁸



Por lo que el afrontamiento del estrés en los ancianos se podría mejorar notablemente entrenando a las personas en habilidades de autorregulación, ya que se ha observado que algunos de los factores biológicos implicados en el estrés, están relacionados con los sentimientos y la falta de control de la persona.

Así, cuando se trata de problemas de salud, las personas mayores tienden a utilizar un estilo de afrontamiento que confronta la situación, realizando más prácticas de promoción y prevención de la salud, evitando hábitos nocivos y teniendo un estilo de afrontamiento más vigilante y responsivo; a su vez, son menos proclives a atribuir síntomas de debilidad y de “achaques” a enfermedades. Por último cabe destacar la importancia en el uso de estrategias de afrontamiento funcionales ante las demandas y pérdidas que aparecen en el proceso del envejecimiento, donde los ancianos optimicen sus recursos para un buen funcionamiento psicológico, social y biológico que les permita mejorar su calidad de vida.¹⁵



4. Planteamiento del Problema

El envejecimiento exitoso implica que el individuo sea capaz de integrarse y desenvolverse de manera eficaz tanto en su familia como en la sociedad. Desafortunadamente el adulto mayor se ve expuesto a padecer con mayor frecuencia enfermedades crónicas y discapacidades que afectan la calidad de vida, incrementando la necesidad de atención en los servicios de salud, el uso y consumo de fármacos. La forma en que cada individuo asume y responde a esta condición se convierte en un factor decisivo, ya que como afirma Azipiazu¹¹, la percepción del adulto mayor acerca de su estado de salud y calidad de vida son influidos significativamente por su condición mental y capacidad funcional; y estos factores a su vez están determinados por la interacción de las características del individuo y su entorno; y la Salud Oral del individuo es un elemento más para lograr una mejor Calidad de Vida.

La necesidad de **elaborar un instrumento** que permita al Odontólogo conocer la forma en que los adultos mayores **afroitan** específicamente sus enfermedades orales, es importante, ya que podrá brindar la oportunidad de contribuir como especialistas en el planteamiento de estrategias de intervención más adecuadas para el adulto mayor; contribuyendo eficazmente a la salud oral del individuo, mejorando por ende su calidad de vida.

Por lo anteriormente expuesto se plantea la siguiente pregunta de investigación:
¿Cuál es la confiabilidad de la adaptación del Cuestionario de Afrontamiento de Font (1990); ante problemas y enfermedades orales en el Adulto Mayor?



5. Justificación

Los avances de la medicina han aumentado la esperanza de vida de las personas, por lo que los adultos mayores constituyen una proporción cada vez mayor de la población mundial. Actualmente viven en México 108 millones de adultos mayores, que representan el 9.66% del total de la población (INEGI 2010). No obstante esto podría triplicarse en los próximos 40 años ya que México experimenta un proceso acelerado de transición demográfica hacia el envejecimiento de la población, por lo que generar una nueva cultura es imperante para la sociedad en general, los servicios médicos deben de estar preparados no solo para brindar la atención necesaria, también deben de modificar y ampliar la concepción del “adulto mayor “ con la que se ha venido trabajando, a fin de ofrecer tratamientos y estrategias de solución oportunas y pertinentes; que permitan que el adulto mayor siga siendo parte de su comunidad y no vivir al margen de esta.

Es importante entender que el envejecimiento no es solamente un proceso biológico, fisiológico y psicológico sino un destino social. La sociedad, los científicos, los políticos y los profesionales de la salud deben aprender que la capacidad mental no declina necesariamente a medida que se incrementa la edad. Es posible evitar la declinación si se da una estimulación óptima para el desarrollo mental en la infancia y en la adolescencia y si se ofrecen oportunidades para tal estimulación también en la adultez y en la vejez. Así mismo, puede evitarse la declinación si se da una recuperación de la actividad y de las competencias, inmediatamente después de situaciones de abatimiento, enfermedad o crisis en la vejez. ¹⁶



Por lo anteriormente expuesto, es de gran importancia que el individuo establezca estrategias eficaces de afrontamiento para lidiar con los cambios físicos, psicológicos, familiares, sociales y laborales; ya que de la forma en que los ancianos afronten la situación, dependerá de los recursos de que disponga; de acuerdo con Lazarus y Folkman¹¹, para que el afrontamiento sea efectivo debe haber concordancia entre las opciones de afrontamiento y variables como son los valores, objetivos, creencias y compromisos que condicionan la posición del individuo.

La validación del Cuestionario de Afrontamiento Odontológico que nos permita conocer las características psicométricas para evaluar las estrategias de afrontamiento más utilizadas por el adulto mayor en cuestión a su salud oral; nos brindará la oportunidad de realizar campañas de educación para la Salud Oral con un mayor impacto social, así como también, contribuir a un cambio de actitud para que el adulto mayor mejore su salud oral y calidad de vida.



6. Objetivos

6.1 Objetivo General

Validar el Cuestionario de Afrontamiento Odontológico en un grupo de adultos mayores que asisten a “La Casa de la Divina Providencia”.

6.2 Objetivo Específico

Obtener los valores de consistencia interna del Cuestionario de Afrontamiento Odontológico en un grupo de adultos mayores que asisten a “La Casa de la Divina Providencia”

7. Hipótesis

HA1: El cuestionario de Afrontamiento Odontológico presenta buenas propiedades psicométricas (confiabilidad) al ser aplicada en un grupo de adultos mayores que asisten a “La Casa de la Divina Providencia”

H01: El cuestionario de Afrontamiento Odontológico no presenta buenas propiedades psicométricas (confiabilidad) al ser aplicada en un grupo de adultos mayores que asisten a “La Casa de la Divina Providencia”

8. Materiales y Métodos

Tipo de estudio: Transversal

Universo de estudio: Adultos mayores que asisten a “La Casa de la Divina Providencia”

Tamaño de la muestra: No se contempla tamaño de muestra ya que se incluirá a todos los adultos mayores que asisten a “La Casa de la Divina Providencia” y que deseen participar.

8.1 Criterios de Selección

Criterios de inclusión

- Adultos mayores que deseen participar bajo consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Adultos mayores que asisten a “La Casa de la Divina Providencia” y que no deseen participar.
- Adultos mayores con discapacidades físicas o mentales que les impidan participar.

Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Años cumplidos a la fecha del registro reportado por el individuo.	Se obtuvieron de manera directa por medio de la pregunta: ¿Cuántos años cumplidos tienes? Se registró con números de acuerdo a lo reportado por el entrevistado.
Sexo	Se consideró éste de acuerdo a la diferencia biológica distintiva de hombres y mujeres	Se registró en el cuestionario sociodemográfico como femenino o masculino.
Nivel de Escolaridad	Nivel de estudios concluidos reportados por el individuo.	Se obtuvo mediante la pregunta: ¿Nivel de estudios concluidos? Bachillerato Secundaria Primaria Analfabeta
Presencia de Molestia	Molestia que presenta el paciente ante algún problema con sus dientes, encías o prótesis.	Se obtuvo mediante la pregunta: 1.- ¿Actualmente usted presenta alguna molestia o problema en sus dientes, encía o prótesis?
Afrontamiento	Esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.	Se obtuvo mediante reactivos, los cuales desembocaban en cuatro tipos diferentes de estrategias: 1.- Afrontamiento Activo 2.- Afrontamiento Confrontativo 3.- Afrontamiento de Reapreciación Positiva 4.- Afrontamiento Evitativo
Autosuficiente	Aquel individuo que se basta a sí mismo.	Se obtuvo mediante el reactivo: 1.- ¿Puedo cumplir con las indicaciones que me da el Odontólogo sin ayuda de otros?



8.2 Método de Recolección de Datos

Se realizó la adaptación y validación de una nueva versión Odontológica del Cuestionario de Afrontamiento de Font (1990). No hubo diferencias de importancia con la versión original, solamente se realizó la adaptación de los reactivos a la rama Odontológica.

Para comprobar la comprensibilidad de las preguntas y el vocabulario del instrumento resultante se realizó un estudio piloto con 10 personas mayores de 60 años abordadas al azar. De acuerdo a la versión original, se decidió preguntar a los participantes sobre su experiencia en relación con la salud oral. Los encuestados expresaron tener dificultades al entender algunos de los reactivos; así que se resolvió realizando una nueva readaptación del cuestionario para su mejor entendimiento.

Una segunda prueba piloto se realizó a 20 personas seleccionadas de la misma forma que la primera y que no hubieran participado en la misma. Esta vez los participantes no presentaron problema en la comprensión o vocabulario, por lo que se consideró definitiva la estructura y formulación del nuevo instrumento.

El instrumento final quedó integrado por 20 reactivos, con cinco opciones de respuesta en las que se asignó una puntuación según la categoría:

- 4 a *Siempre*
- 3 a *Muy seguido*
- 2 a *Moderadamente*
- 1 a *veces*
- 0 a *Nunca*

Cada ítem es considerado como una estrategia de afrontamiento, y estas se agruparon en cuatro niveles: Afrontamiento Activo, Afrontamiento Confrontativo, Afrontamiento de Reapreciación Positiva y Afrontamiento Evitativo. Para obtener el valor de cada nivel, se calculó el promedio de cada uno de éstos, se hizo la sumatoria del número de ítems de cada nivel y posteriormente se dividió entre el



número de estos, con lo que se obtuvo la estrategia de afrontamiento que utilizaban con más frecuencia los participantes. (ANEXO 1)

Las entrevistas se realizaron en “La Casa de la Divina Providencia”; llevando a cabo la previa autorización y permiso para dicho procedimiento.

La aplicación del Cuestionario de Afrontamiento Odontológico se realizó de forma indirecta e individual, las preguntas se pronunciaron lenta y claramente y se repitieron las posibles respuestas el número de veces que fuera necesario después de cada pregunta. También se les proporcionó un cartel con las preguntas y posibles respuestas para evitar que las personas olvidaran las opciones (ANEXO 2). Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 15 minutos.

8.3 Método de Registro y Análisis de Datos

La información se recabó en formatos diseñados especialmente para la recolección, posteriormente la información fue capturada y analizada en el paquete estadístico software SPSS versión 22.

La confiabilidad del instrumento fue evaluada mediante su consistencia interna usando el coeficiente Alfa Cronbach que entrega una estimación de la confiabilidad de medición del instrumento asumiendo que los ítems de un mismo constructo debieran correlacionarse.

Como criterio general, George y Mallery¹⁷ sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes alfa de Cronbach:

- Coeficiente alfa $>.9$ es excelente
- Coeficiente alfa $>.8$ es bueno
- Coeficiente alfa $>.7$ es aceptable
- Coeficiente alfa $>.6$ es cuestionable
- Coeficiente alfa $>.5$ es pobre
- Coeficiente alfa $<.5$ es inaceptable



Recursos

Materiales: Copias, Plumas, Marcadores, Cartel con preguntas y respuestas.

Humanos: Entrevistadora

Consideraciones Éticas

De acuerdo con el artículo 17 de la Ley General de Salud en materia de investigación, este proyecto se clasifica dentro de los de riesgo mínimo y los participantes dieron su consentimiento informado debidamente firmado. Además, se le otorgó a cada participante la libertad de negarse a responder a cualquier pregunta o a continuar su participación y se les aseguró la confidencialidad.

9. Resultados

Se encuestaron a 48 adultos mayores de los cuales el 71.1% fueron mujeres y 28.9% hombres; con un rango de edad de 60 años como mínimo y 102 como máximo, teniendo así una edad promedio de 78.07 ± 9.39 ; 77.22 ± 8.33 años para mujeres y 80.15 ± 11.71 para hombres (t -student=2.61, $p=0.11$). Del total de encuestados el mayor porcentaje 51.11% ($n=23$) son analfabetas, el 42.2% ($n=19$) cursaron la primaria y el 6.6% ($n=3$) la secundaria y bachillerato (Tabla 1).

En relación a las respuestas del instrumento encontramos que el 64.4% ($n=29$) de los entrevistados refieren presentar molestias orales, y el 93.3% afirman ser autosuficientes; es decir puede cumplir con las indicaciones que da el Odontólogo sin ayuda de otra persona (Tabla 2).

Tabla 1.

Frecuencia y distribución de las variables sociodemográficas de los adultos mayores que asisten a “La Casa de la Divina Providencia”

Sexo	n	%
Femenino	32	71.1
Masculino	13	28.9
Nivel de Estudios		
Analfabeta	23	51.11
Primaria	19	42.2
Secundaria	2	4.4
Bachillerato	1	2.2
Edad	Media	DE
Femenino	77.22	± 8.33
Masculino	80.15	± 11.71
Total	78.07	± 9.39
t-student=2.61, p=0.11		



Tabla 2.
Frecuencia y distribución de las molestias orales y autosuficiencia de los adultos mayores que asisten a “La Casa de la Divina Providencia”

	Muestra n=45
Presentan molestias Orales (%)	
Si (n= 29)	64.4%
No (n= 16)	35.6%
Autosuficiencia (%)	
Si (n= 42)	93.3%
No (n= 3)	6.7%

En la Tabla 3 se describe la distribución y frecuencia con la que los encuestados respondieron a cada reactivo del Cuestionario de Afrontamiento Odontológico. Como se puede observar en el reactivo 12, reporta que el 51% afirma tener la capacidad de ignorar las molestias odontológicas y continuar con su vida cotidiana al contestar SIEMPRE, en el reactivo 11 el 68% reportó que SIEMPRE puede comer y beber sin dificultad. El considerar que es mejor aprender a vivir con los problemas orales, reactivo 19, resultó ser la respuesta con mayor peso al registrar el 55% de SIEMPRE; al reactivo 14 “me tengo que aislar para ingerir alimentos”, el 82% contestó que NUNCA; y en el reactivo 6 “evito hablar o reír debido a mis problemas orales” el 53% contestó que NUNCA.

Sólo el 44% consideran a las afecciones dentales como una enfermedad, cuando llegan a tener molestias en sus dientes o encías solo el 13% acude al odontólogo, el 60% de la población busca remedios o consejos de otras personas para aliviar sus molestias y el 42% SIEMPRE busca solucionar las molestias por ellos mismos.



Tabla 3. Frecuencia y distribución de los reactivos del Cuestionario de Afrontamiento Odontológico.

Reactivos	Siempre n (%)	Muy seguido n (%)	Moderada- mente n (%)	A veces n (%)	Nunca n (%)
1.- Pienso que alguna de las situaciones mencionadas es una enfermedad	8 (17)	8 (17)	6(13)	11(24)	12(20)
2.- Cuando llego a tener molestias en mis dientes, encías o prótesis ¿acudo con el Odontólogo?	13 (28)	5 (11)	2 (4)	13(28)	12(26)
3.- Prefiero no pensar en mis molestias	11 (24)	16(16)	5 (11)	7 (15)	6 (13)
4.- Considero que los problemas de mis dientes, encías o prótesis, no alteran mi vida cotidiana.	18 (40)	11 (24)	4 (8)	6 (13)	6(13)
5.- Busco remedios o consejos de otras personas para aliviar mi molestia	4 (8)	6 (13)	1 (2)	7 (15)	27(60)
6.- Evito hablar o reír debido a mis problemas orales.	7 (15)	5 (11)	6 (13)	3 (6)	24(53)
7.- Busco solucionar las molestias por mí mismo	19 (42)	10 (22)	5 (11)	3 (6)	8(17)
8.- Cumplo con las indicaciones o recomendaciones que hace mi Odontólogo.	29 (64)	5 (11)	7 (15)	3 (6)	1 (2)
9.- Pienso que las molestias ya pasarán.	7 (15)	14 (31)	7 (15)	7 (15)	10(22)
10.- Pienso que mi condición puede ser peor.	10 (22)	6 (13)	7 (15)	6 (13)	16(35)
11.- Puedo comer y beber sin dificultad.	31 (68)	6 (13)	4 (8)	4 (8)	0
12.- Puedo ignorar las molestias y continuar con mi vida cotidiana.	23 (51)	11 (24)	4 (8)	5 (11)	2(4)
13.- Creo que mis molestias orales pueden empeorar si no las atiendo.	29 (64)	3 (6)	5 (11)	1 (2)	7 (15)
14.- Me tengo que aislar para ingerir alimentos.	1 (2)	0	3 (6)	4 (8)	37(82)
15.- Platico con los demás los problemas que me generan mis molestias orales.	4 (8)	9 (20)	2 (4)	7 (15)	23(51)
16.- Disimulo la preocupación por mi molestia.	18 (40)	8 (17)	2 (4)	8 (17)	9 (20)
17.- Comparto a otros remedios y soluciones para las molestias orales.	5 (11)	4 (8)	5 (11)	5 (11)	26(57)
18.- Me aílo porque me incomoda la condición de mi cavidad oral.	6 (13)	0	2 (4)	4 (8)	33(73)
19.- Considero que es mejor aprender a vivir con esta condición.	25 (55)	4 (8)	5 (11)	2 (4)	9 (20)



Para determinar el tipo de Afrontamiento que utilizan, se obtuvieron los siguientes resultados: los sujetos muestran puntajes similares para más de un tipo de afrontamiento, mantiene puntajes con diferencia de un número entre uno y otro de los tipos de afrontamientos y en algunos casos los puntajes pertenecen a estilos opuestos de afrontamiento; como se puede constatar en la tabla 4, observando la media perteneciente al Afrontamiento Activo y Evitativo.

Tabla 4. Medias de los tipos de Afrontamiento por asistente a la “La Casa de la Divina Providencia”

	Activo	Confrontativo	Positivo	Evitativo
Media	15.88	11.46	15.95	14.24
Número	45	45	45	45
DE	3.73	4.30	3.19	3.81

En la tabla 5 se muestran los valores de la consistencia Interna (Alfa Cronbach) del instrumento, donde se puede observar que los valores fluctúan desde 0.323 hasta 0.609; así mismo, se muestra la consistencia interna por dimensiones, donde la dimensión que presenta mayor fiabilidad es la de Afrontamiento Confrontativo.

En la tabla 6 se puede observar la consistencia interna del instrumento donde el Coeficiente Alfa reportó un valor de 0.534; el cual, de acuerdo a los criterios de George y Mallery¹⁷ se considera como un instrumento de evaluación pobre.



Tabla 5. Consistencia Interna por ítem y dimensión del Cuestionario de afrontamiento Odontológico

Afrontamiento Activo	Alfa Cronbach
1.- Pienso que alguna de las situaciones mencionadas es una enfermedad	0.557
2.- Cuando llego a tener molestias en mis dientes, encías o prótesis ¿Acudo con el Odontólogo?	0.185
5.- Busco remedios o consejos de otras personas para aliviar mi molestia	0.146
8.- Cumplo con las indicaciones o recomendaciones que hace mi Odontólogo	0.222
13.- Creo que mis molestias orales pueden empeorar si no las atiendo	0.131
Afrontamiento Confrontativo	
3.- Prefiero no pensar en mis molestias	0.606
6.- Evito hablar o reír debido a mis problemas orales	0.508
10.- Pienso que mi condición puede ser peor	0.623
14.- Me tengo que aislar para ingerir alimentos	0.559
18.- Me aílo porque me incomoda la condición de mi cavidad oral	0.457
Afrontamiento de Reapreciación Positiva	
4.- Considero que los problemas de mis dientes, encías o prótesis, no alteran mi vida cotidiana	0.141
7.- Busco solucionar las molestias por mí mismo	0.229
11.- Puedo comer y beber sin dificultad	0.039
15.- Platico con los demás los problemas que me generan mis molestias orales	0.064
17.- Comparto a otros remedios y soluciones para las molestias orales	-0.360 ^a
Afrontamiento Evitativo	
9.- Pienso que las molestias ya pasarán	0.479
12.- Puedo ignorar las molestias y continuar con mi vida cotidiana	0.300
16.- Disimulo la preocupación por mi molestia	0.583
19.- Considero que es mejor aprender a vivir con esta condición	0.446

a: El valor es negativo debido a una covarianza promedio negativo entre elementos. Esto viola los supuestos del modelo de fiabilidad.

Tabla 6. Consistencia Interna para cada dimensión del Cuestionario de Afrontamiento Odontológico

Dimensión del Cuestionario	Alfa Cronbach	Alfa Cronbach basada en elementos estandarizados
Tipo de Afrontamiento (no. de ítems)		
Afrontamiento Activo (5)	0.323	0.336
Afrontamiento Confrontativo (5)	0.609	0.636
Afrontamiento de Reapreciación Positiva (5)	0.059	0.073
Afrontamiento Evitativo (4)	0.528	0.555
Cuestionario de Afrontamiento Odontológico (19 ítems)	0.534	0.532



10. Discusión

Se entiende por AFRONTAMIENTO cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de **tipo cognitivo** como de **tipo conductual**, con el fin de enfrentarse a una determinada situación. Generalmente estos hechos o situaciones son inesperadas y demandan respuestas, se ha observado que las personas manifiestan diferentes reacciones a hechos similares; tal diferencia radica en el NIVEL DE ESTRÉS que este produce en el individuo, sean cual sean las características físicas objetivas del suceso.¹¹

Cuando se busca conocer la forma de AFRONTAMIENTO que asume el individuo para responder a alguna situación o condición, ésta debe de GENERAR cierto NIVEL DE ESTRÉS, ya que sólo así se ve en una situación que demanda respuesta¹⁹; pero si esta es percibida por el individuo como una condición “natural”, el nivel de estrés que manifiesta es mínimo, inhibiendo la necesidad de responder a ese suceso o condición.

En base a los resultados obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Afrontamiento Odontológico se reporta que las enfermedades orales son consideradas como molestias y estas no alteran su vida cotidiana, se puede apreciar un nivel de estrés mínimo, el cual no demanda al individuo utilizar algún tipo de afrontamiento; es decir, no requiere una respuesta específica que sea resultado de una valoración sobre los aspectos positivos o negativos de su condición y mucho menos el individuo “tiene” que cuestionarse si cuenta con los recursos internos y/o externos para responder a la situación. Al no experimentar estrés no existen estas valoraciones y no se ven en la necesidad de establecer una estrategia de AFRONTAMIENTO.

La resignación ante los problemas orales parece ser una condición generalizada entre los adultos mayores, ya que los problemas bucodentales son considerados como un deterioro natural resultado del envejecimiento, que a todo mundo le sucede tarde o temprano y que lo mejor es aprender a vivir con ello.



De hecho Sotelo menciona que el adulto mayor opta por el Afrontamiento Neutro, buscando minimizar el carácter amenazante de la situación o condición y adaptándose a esta nueva situación.⁸ Este dato coincide con lo que afirma Adriano²⁰ para este grupo de edad, ellos explican que visitar al dentista en sus diferentes ámbitos NO es una de sus prioridades.

Con respecto al nivel de fiabilidad del instrumento, se considera pobre según los criterios de George y Mallery¹⁷; ya que obtuvo un puntaje de 0.534 de Alfa Crombach. Cabe comentar que la prueba piloto realizada para la adaptación del mismo fueron aplicadas en grupos de adultos mayores con un nivel de estudios alto (bachillerato) y en la población de estudio el 51% es analfabeta; esto hace sospechar cierta falta de seguridad por parte de los participantes al contestar el cuestionario; y está documentado, que el nivel de educación es una variable que debería tratarse como una línea estratégica que actúe sobre la atención y el cuidado, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Es necesario, entonces, concientizar a los profesionales sanitarios del impacto en la salud individual y colectiva, de la alfabetización y adaptar los esquemas tradicionales de educación en salud para conseguir que la comunicación oral, escrita, electrónica e interpersonal entre los consumidores, pacientes, ciudadanos y los proveedores de salud sea más eficiente e integral.²

Llama la atención que el tipo de afrontamiento que obtuvo el nivel más bajo de Consistencia Interna es: Reapreciación Positiva, el cual presupone la habilidad del individuo de modificar la forma en que interpretan y/o valoran los eventos internos y/o externos a los que se enfrentan en todo momento; esto lleva a suponer la poca flexibilidad que muestran los individuos para modificar la concepción que tienen de “su condición”, convirtiéndose en un obstáculo o limitación para este; ya que la posibilidad de plantearse estrategias de mejora son remotas, pues no se ven enfrentados a un “problema” que requiera solución.



Todo lo anterior lleva a reflexionar sobre la forma en la que son concebidas las enfermedades odontológicas; la consideración parece ser que, **“más que una enfermedad que tiene un proceso evolutivo como cualquier otra, es interpretada como una molestia que deja de ser amenazante en cuanto el dolor desaparece, **desarticulada o aislada del resto de su organismo**; y **consideradas parte del proceso natural del envejecimiento**, ya que los propios ancianos subestiman su mala salud bucodental. La frecuencia decreciente de las visitas al odontólogo a medida que avanza la edad se debe, posiblemente, a esta percepción poco realista y a la tendencia a aceptar como normal la mala salud bucodental; ²² situación que no demanda una respuesta específica ya que no genera un nivel de estrés significativo, por lo que tratar de identificar el tipo de afrontamiento ante estas problemáticas parece infructuosa, pues no “existe una condición que así lo demande” (enfermedades odontológicas). Esto aunado a la significativa diferencia que establece el adulto mayor con las enfermedades sistémicas; como lo afirman González y Padilla,¹⁵ en su artículo donde reportan que cuando se trata de problemas de salud general, las personas mayores tienden a utilizar un estilo de afrontamiento que confronta la situación, realizando más prácticas de promoción y prevención de la salud, evitando hábitos nocivos y teniendo un estilo de afrontamiento más vigilante y responsivo; y a su vez, son menos proclives a atribuir síntomas de debilidad y de “achaques” a enfermedades.**

De hecho ya se ha comentado por otros investigadores la necesidad de que las enfermedades bucales sean justamente evaluadas por los individuos, como es el caso de Mariño, quién desde 1994 ya afirmaba que todos deben abordar los problemas actuales con actitud renovadora y fe en que la prevención y educación son el camino para controlar eficazmente los principales trastornos bucodentales que afectan actualmente a la población de edad avanzada y que seguirán afectándola en creciente proporción en el futuro.²² Por otra parte Medina menciona que en algunas ocasiones los diferentes programas de salud bucal no han sido bien planificados o realizados, ya que no han estado enfocados a las para poblaciones.²³



11. Conclusiones

De este estudio se desprenden las siguientes conclusiones:

1. Dentro del perfil sociodemográfico encontramos un grupo de 45 adultos mayores que asisten a “La Casa de la Divina Providencia” y que quisieron participar. El 71.1% fueron mujeres y 28.9% hombres, la edad promedio fue de 78 años. El mayor porcentaje 51.11% es analfabeta, el 42.2% cursaron la primaria y el 6.6% la secundaria y bachillerato.
2. En relación a las respuestas del instrumento el 64.4% presentan molestias orales, y el 93.3% afirman ser autosuficientes para realizar las prácticas de higiene oral.
3. Al estudiar la frecuencia y distribución de las respuestas del Cuestionario de Afrontamiento Odontológico observamos puntajes similares para más de un tipo de afrontamiento y en algunos casos los puntajes pertenecen a estilos opuestos de afrontamiento.
4. En los valores de la consistencia Interna (Alfa Cronbach) del instrumento, se puede observar valores que van de 0.323 hasta 0.609 reportando un valor final de 0.534, el cual se considera como evaluación pobre. Este resultado comprueba la hipótesis H01: El cuestionario de Afrontamiento Odontológico no presenta buenas propiedades psicométricas (confiabilidad) al ser aplicada en un grupo de adultos mayores que asisten a “La Casa de la Divina Providencia”. En investigaciones posteriores se debe considerar reevaluar las características psicométricas de este instrumento, con una población que considere niveles educativos diferentes.



5. Los resultados obtenidos plantean la necesidad de realizar programas de educación para la población en general, donde todos y cada uno de los órganos que componen al ser humano sean considerados como un sistema, interconectado y sabiendo que si uno falla, enfermará a los demás. Estos programas requieren ser resultado de un trabajo interdisciplinario de todos los profesionales de la salud, donde todos y cada uno sea sensible de la importancia de concebir al ser humano como una TOTALIDAD y no como una suma desarticulada de partes (órganos).

6. Las respuestas de los individuos es resultado de sus consideraciones personales (pensamientos) sobre su entorno, y estas son conformadas por su educación, cultura, religión, condición sociales y personalidad; entonces hay que brindarle a la población desde temprana edad la información necesaria desde una óptica integral de lo que es la salud y la importancia de su comportamiento en el mantenimiento o deterioro de esta.



12. Referencias Bibliográficas

- 1) Concha SC, Camargo DM. Asociación entre la capacidad física funcional con la condición bucal en las personas mayores de una institución geriátrica de Bucaramanga. Revista UstaSalud 2013, 12:20-32
- 2) Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Los adultos mayores en México: Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI. Ed. 2005. Disponible en:
http://www.inegi.org.mx/Prod_serv/contenidos/español/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf
- 3) Wong R, Espinoza M, Palloni A. Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: Salud y Envejecimiento. Salud Pública de México, Vol. 49, suplemento 4, 2007.
- 4) Soria EA, Perera R. Importancia de la atención odontogeriatrica en el paciente institucionalizado. Odontología Actual, año 9, núm. 118, Febrero 2013.
- 5) Barraza A, Castillo M. El envejecimiento. La Serena 2006; 5 (4:12-16)
- 6) Consejo Nacional de Población (1988). México demográfico Breviario 1988 México (CONAPO)
- 7) Calleja JA, Mazariegos ML, Lozano ME, Quiroz A, Luna AJ, Sanz C. Odontogeriatrica, Guía de consulta para el médico y odontólogo de primer nivel de atención. Secretaría de Salud México D.F. 2010.
- 8) Sotelo R. (2003) Análisis de los estilos de Afrontamiento de los adultos mayores. Reporte de Investigación México: UNAM – FES Iztacala.
- 9) Lamas RL, Lamas LF, Lamas LC. Educación comunitaria del Adulto Mayor. (2004). Disponible en: <http://www.ilustrados.com>
- 10) Krzemien D. Estilo de Afrontamiento cognitivo frente al Envejecimiento. (2005). Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad>
- 11) Lazarus RS, Folkman S. (1991) Estrés y procesos cognitivos. México: Martínez Roca.



- 12) Guerrero B, Vicente C. (2001) Afrontamiento del estrés. En: Síndrome de "Burnout" o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado. (53-75) España.
- 13) Reig F. (2000) Psicología de la vejez. Comportamiento y adaptación. En Fernández- Ballesteros R. Gerontología Social. (167-200) Madrid: Pirámide.
- 14) Font A. (1990) Estrategias de Afrontamiento, adaptación y Calidad de Vida. II Congreso Oficial de Psicólogos, área 5: Psicología de la salud, libro de comunicaciones. (9-96) Madrid : Publicaciones de COP
- 15) González AL, Padilla A. Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de la Ciudad de México. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)
- 16) Reyes C, Triana A, Matos P, Acosta S. (2002) Salud en la tercera edad y calidad de vida. Disponible en: <http://www.geriatrianet.com>
- 17) George D, Mallery P. (2003) SPSS for Windows step by step: A simple Guide and Reference 11.0 update (4ª ed) Boston: Allyn & Bacon
- 18) Welch S, Comer J. Quantitative methods for public administration: techniques and applications Brooks/Cole Pub. Co., 1988
- 19) Vázquez C, Crespo M, Ring M. Estrategias de Afrontamiento. Modelo psicológico del estrés cap. 31
- 20) Adriano MP, Caudillo T, Gurrola B. Perfil Epidemiológico bucal de la población adulta mayor de la delegación Milpa Alta (México) y la percepción que tienen de su boca. Salud Pública, julio 2008 vol.17 no. 32
- 21) Falcón M, Ruiz A. Alfabetización en Salud: Concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en Salud. *Revista de Comunicación y Salud* vol. 2, nº 2, pp. 1-2, 2012
- 22) Mariño R. La Salud Bucodental de los ancianos: realidad, mitos y posibilidades. Bol oficina Sanit Panam 116(5); 1994



- 23) Medina C, Maupomé G, Avila L, Pérez R, Pelcastre B, Pontigo A. Políticas de Salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. Rev Biomed 2006; 17:269-286.
- 24) Vivaldi F, Barra E. Bienestar Psicológico Apoyo Social percibido y percepción de salud en Adultos Mayores. Terapia Psicológica 2012, vol. 30 no. 2, 23-29
- 25) Lazaruz RS (2000) Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. Bilbao: Desclée de Brouwer
- 26) American Dental Association. Cambios con la edad. Disponible en:
<http://www.ada.org/3359.aspx>
- 27) Osawa J. Estomatología Geriátrica 1ª ed. México Editorial Trillas, 1994



ANEXOS



13.1 Anexo 1 Cuestionario de Afrontamiento Odontológico

Nombre: _____ Edad: _____

Nivel de Estudios: _____

Sexo:

M

F

Cuestionario de Afrontamiento Odontológico

Actualmente usted presenta alguna molestia o problema con sus dientes, prótesis o encías: SI NO

Menciones a cuales se refiere: _____

Considerando lo anterior mencionado proporcione la respuesta que considere adecuada para cada una de las siguientes situaciones; no hay respuestas correctas o erróneas. Las respuestas pueden ser siempre, muy seguido, moderadamente, a veces o nunca.

REACTIVOS	SIEMPRE	MUY SEGUIDO	MODERADAMENTE	A VECES	NUNCA
1.- Pienso que alguna de las situaciones mencionadas es una enfermedad					
2.- Cuando llego a tener molestias en mis dientes, encías o prótesis ¿acudo con el Odontólogo?					
3.- Prefiero no pensar en mis molestias					
4.- Considero que los problemas de mis dientes, encías o prótesis, no alteran mi vida cotidiana					
5.- Busco remedios o consejos de otras personas para aliviar mi molestia					
6.- Evito hablar o reír debido a mis problemas orales					
7.- Busco solucionar las molestias por mí mismo					
8.- Cumplo con las indicaciones o recomendaciones que hace mi Odontólogo					
9.- Pienso que las molestias ya pasarán					
10.- Pienso que mi condición puede ser peor					
11.- Puedo comer y beber sin dificultad					
12.- Puedo ignorar las molestias y continuar con mi vida cotidiana					
13.- Creo que mis molestias orales pueden empeorar si no las atiendo					
14.- Me tengo que aislar para ingerir alimentos					
15.- Platico con los demás los problemas que me generan mis molestias orales					
16.- Disimulo la preocupación por mi molestia					
17.- Comparto a otros remedios y soluciones para las molestias orales					
18.- Me aílo porque me incomoda la condición de mi cavidad oral					
19.- Considero que es mejor aprender a vivir con esta condición					
20.- Puedo cumplir con las indicaciones que me da el Odontólogo sin ayuda de otros					

13.2 Anexo 2 Cartel con imágenes



Cuestionario



1.- Pienso que alguna de las situaciones mencionadas es una enfermedad	11.- Puedo comer y beber sin dificultad
2.- Cuando llego a tener molestias en mis dientes, encías o prótesis ¿acudo con el Odontólogo?	12.- Puedo ignorar las molestias y continuar con mi vida cotidiana
3.- Prefiero no pensar en mis molestias	13.- Creo que mis molestias orales pueden empeorar si no las atiendo
4.- Considero que los problemas de mis dientes, encías o prótesis, no alteran mi vida cotidiana	14.- Me tengo que aislar para ingerir alimentos
5.- Busco remedios o consejos de otras personas para aliviar mi molestia	15.- Platico con los demás los problemas que me generan mis molestias orales
6.- Evito hablar o reír debido a mis problemas orales	16.- Disimulo la preocupación por mi molestia
7.- Busco solucionar las molestias por mí mismo	17.- Comparto a otros remedios y soluciones para las molestias orales
8.- Cumplo con las indicaciones o recomendaciones que hace mi Odontólogo	18.- Me aislo porque me incomoda la condición de mi cavidad oral
9.- Pienso que las molestias ya pasarán	19.- Considero que es mejor aprender a vivir con esta condición
10.- Pienso que mi condición puede ser peor	20.- Puedo cumplir con las indicaciones que me da el Odontólogo sin ayuda



Siempre

Muy Seguido

Moderadamente

A veces

Nunca