

130



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**ACTITUDES DEL PACIENTE GERIÁTRICO
EN LA PRÁCTICA DE LA
SALUD BUCODENTAL
-RESIDENCIA DE DÍA ANAXÁGORAS-**

T E S I 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 N:

**REYNA MARÍA LÓPEZ RAMOS
ROSA MARÍA LUCAS GONZÁLEZ**

Nancy Jacques

DIRECTORA: C.D. NANCY JACQUES MEDINA
ASESORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ



MÉXICO, D.F.

ENERO 2000

274008



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.

DEDICATORIAS

A DIOS:

Porque gracias a ti Señor, puedo lograr uno de los más grandes sueños de mi vida, y porque siempre estuviste a mi lado.

A MIS PADRES:

Patricia Ramos Ruiz

Emilio López Osorio

Por mi existencia, valores morales y formación profesional porque sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su vida para formarme, por lo que soy, y por todo el tiempo que les robe pensando en mí... Mil gracias.

A MIS HERMANOS:

Neo, Juanis, Roge

Por toda la ayuda incondicional que me han brindado, porque sin ella, no lo habría logrado y porque este logro también es de ustedes. Gracias también por haber confiado en mí.

MARCELO:

Gracias por compartir conmigo la culminación de este logro, por los desvelos que a mi lado pasaste, por el apoyo, la comprensión y sobre todo por creer en mí.

A MIS AMIGOS:

Nohemí, Rosy, Mary y Edgar. Gracias por su amistad y por todo lo que compartimos durante nuestra carrera.

REYNA

DEDICATORIAS

A DIOS:

Que el amor que has puesto
dentro de mi alma tenga su
salida luminosa en cada una
de mis obras que son tuyas

A MIS PADRES:

Ma Luisa y Felipe

Con todo mi cariño y agradecimiento por su apoyo, comprensión y seguridad que me brindaron para terminar con éxito mis estudios.

A MIS HERMANOS:

Angela, Noelia, Sonia, Felipe, Ma. Luisa y Noé

Dedico a ustedes este trabajo como un pequeño aficiente para que se superen en la vida y luchan hasta alcanzar las metas que se propongan.

A mis amigos y compañeros de carrera que en su momento me ayudaron de manera incondicional y desinteresada, especialmente a Nohemí, Maribel y Edgar.

A REYNA:

Por el tiempo que permanecemos juntas durante la carrera y en la elaboración del presente trabajo.

A ALFREDO:

Con todo mi amor, por la ternura con que me estuviste alentando para seguir adelante y que esto que termino sea el inicio de un futuro fructífero.

ROSA

AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Por darnos la oportunidad de ser una pequeña parte de su enorme grandeza

A LA C.D. NANCY JACQUES MEDINA, DIRECTORA DE TESINA

por su dirección y revisión que hizo de esta tesina y por compartir con nosotros parte de sus conocimientos

A LA C.D. MA. ELENA NIETO CRUZ, ASESORA DE TESINA

por su asesoría durante el presente trabajo

A LAS AUTORIDADES DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SENECTUD (INSEN)

Por permitir la realización de esta investigación en sus instalaciones.

A LA PSICÓLOGA MA. DE LOURDES BOLAÑOS

Por la asesoría en la interpretación de resultados.

A LA LIC. IRMA ESCAMILLA

Por su apoyo durante la elaboración de esta tesina.

A NOÉ LUCAS GONZÁLEZ:

Por su ayuda desinteresada en la captura del presente trabajo.

APRENDIENDO A ENVEJECER

**CUIDARAS TU PRESENTACIÓN
TODOS LOS DÍAS**

**CULTIVARAS EL OPTIMISMO
SOBRE TODAS LAS COSAS.**

**NO TE ENCERRARÁS EN TU
CASA NI EN TU HABITACIÓN.**

**TRATARAS DE SER ÚTIL A TI
MISMO Y A LOS DEMÁS.**

**AMARÁS AL EJERCICIO FÍSICO
COMO A TI MISMO.**

**TRABAJARÁS CON TUS MANOS
Y TU MENTE.**

**EVITARAS ACTITUDES Y
GESTOS DE VIEJO
DERRUMBADO.**

**MANTENDRÁS VIVAS Y
CORDIALES LAS RELACIONES
HUMANAS.**

**NO HABLARAS DE TU VEJEZ NI
TE QUEJARAS DE TUS
ACHAQUES.**

**NO PENSARÁS QUE TODO EL
TIEMPO PASADO FUE MEJOR.**

JOAQUÍN ANTONIO PEÑALOZA

ÍNDICE

1. Introducción	
2. Antecedentes	1
2.1 Aspectos generales del adulto mayor.....	4
2.2 Biología del envejecimiento	6
2.3 Enfermedades y trastornos del adulto mayor	7
2.4 Patologías más frecuentes en cavidad bucal del adulto mayor....	10
2.5 Psicología del adulto mayor.....	13
2.6 Trastornos psíquicos menores en el adulto mayor.....	16
2.7 Higiene dental en el adulto mayor	18
3. Gerontología en México	21
4. Generalidades del Instituto Nacional de la Senectud (INSEN).....	24
4.1 Programas y servicios proporcionados por el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN)	24
5. Planteamiento del problema	26
6. Justificación	26
7. Objetivos	27
7.1 Objetivo general.....	27
7.2 Objetivos específicos	27
8. Metodología	27
8.1 Material y métodos.....	27
8.2 Tipo de estudio	28
8.3 Población de estudio y muestra.....	28
8.4 Criterios de inclusión y exclusión	28
8.5 Variables de estudio	29
8.6 Recursos.....	29
8.7 Análisis de la información	30

9. Resultados	31
10. Conclusiones	34
11. Bibliografía	35
12. Anexos	37

1. INTRODUCCIÓN

Debido a los cambios demográficos, la proporción del grupo de personas adultas mayores aumenta día con día, actualmente se estima que la población de adultos mayores es de aproximadamente 1 por cada 10 personas en el mundo. ⁽¹⁾

En lo que se refiere a México en el año de 1970 había en la República Mexicana 2,709,208 personas mayores de sesenta años mientras que en 1995 existían 4,988,158 personas. ⁽²⁾

De acuerdo con el INEGI para el año 2000, el grupo de personas de 60 años o más será del 6%, cantidad que oscilará entre los 6 y 7 millones de mexicanos,⁽³⁾ mientras que para el año 2025 el porcentaje de mujeres adultas mayores, en países desarrollados alcanzará el 27% de la población femenina, mientras que los hombres adultos mayores, llegarán al 22% de la población masculina. La población de mujeres mayores de sesenta años se duplicará en América Latina y dos de cada tres personas de sesenta años o más vivirán en regiones subdesarrolladas. ⁽⁴⁾

Al aumentar el porcentaje de adultos mayores se incrementa la demanda de servicios de salud, a ellos destinados, incluyendo los servicios odontológicos, ⁽⁴⁾ aunque existe cierta información que sugiere que la población de adultos mayores tiende a usar los servicios dentales menos que otros grupos en la ciudad de México, desafortunadamente no se ha determinado que factores obran como causantes o coadyuvantes de esta situación. ⁽⁵⁾

Ante tales cuestionamientos nos propusimos realizar la presente investigación con el objeto de dar a conocer aspectos relacionados con el conocimiento y actitudes sobre salud bucodental, así como presencia y mantenimiento de aparatos prótesis.

La aplicación de encuestas es con el fin de conocer que factores han originado esta influencia.

Así también al término del trabajo se proporcionarán los resultados al Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) con el fin de que sea el inicio para futuras investigaciones.

2. ANTECEDENTES

Los avances en medicina han prolongado la expectativa de vida para la población en general, por lo que no es posible determinar con exactitud a que edad se es adulto mayor. En los países desarrollados se prefiere dar este término a los sesenta y cinco años mientras que en los subdesarrollados se considera a los sesenta años, ya que a esta edad se coincide con la terminación de la etapa de madurez. Sin embargo, el sentirse adulto mayor puede venir antes o después de lo que la edad cronológica lo indica ya que depende de la personalidad del individuo y su capacidad psicosocial entre otros, de tal manera que la salud del adulto mayor es un reflejo de las condiciones en que ha desarrollado y que se encuentra relacionada con factores socioeconómicos, culturales, ambientales y estilos de vida. ⁽³⁾

Al no otorgarse el reconocimiento que merece un individuo que ha sido productivo toda su vida, ocurre un derrumbe psicológico que en algunas personas puede ser grave, y que frecuentemente se observa en los jubilados que han perdido interés por la vida y gran parte de su posición económica y social. ⁽⁶⁾

En lo que respecta a su alimentación el paciente adulto mayor presenta deficiencias de uno o más nutrimentos importantes, por ejemplo: hierro, calcio, tiamina, magnesio, fluoruro, ácido fólico, zinc y fósforo. ⁽⁷⁾

A la fecha no se han realizado evaluaciones sistemáticas de las necesidades de salud bucal del adulto mayor y son pocos los estudios nacionales que han incluido ciertos datos sobre el tema. Sin embargo en los que se han

realizado se ha encontrado que más del 90% de los adultos mayores han tenido experiencia de caries coronal y la caries dental en esta población generalmente involucra las superficies radiculares o se presenta como una lesión secundaria alrededor de restauraciones previas. Como consecuencia de la recesión gingival, las superficies radiculares son más susceptibles a la destrucción mecánica, que el esmalte, debido a la estructura y composición química de la dentina y el cemento. La prevalencia de caries radicular en los ancianos es más alta que en los grupos de edad menor, varía entre 13% y 89% según la metodología que se haya utilizado, y está positivamente asociada con el número de superficie en riesgo. ⁽¹⁾

Por otro lado, las personas de edad media y mayores tienen una mejor educación y un cuidado más constante de su salud y menor creencia en mitos de que la edad inevitablemente significa pérdida de dientes, disminución de la salud y pérdida de la memoria, aún cuando existen reservas acerca del cuidado que debe darse a los tejidos orales tanto por los pacientes como por los odontólogos. ⁽⁴⁾

Con lo anterior se sabe que el estado de salud del paciente adulto mayor suele presentar problemas complejos que se acompañan del consumo de múltiples medicamentos, ⁽¹⁾ lo cual tiene repercusiones importantes en la calidad de vida de este grupo de personas.

Debido a la poca información sobre el estado de salud bucodental de las personas adulto mayores, se dificulta la elaboración de programas preventivos y de atención específica para estas personas, sin embargo su atención debe ser inter y multidisciplinaria, lo que a su vez constituye un problema de salud pública y un reto para la odontología en sus diferentes niveles de atención. ⁽⁸⁾

En lo que se refiere a la patología bucal, se encuentra representada por procesos crónicos, donde factores negativos acumulados por muchos años, actúan sobre un organismo en regresión, lo que favorece su progresión a estadios de mayor gravedad. ⁽⁸⁾

Así que las personas de edad media y mayores tienen una mejor educación, cuidado más constante de su salud y menor creencia en mitos de que la edad significa pérdida de dientes, disminución en la salud y pérdida de la memoria, aún cuando existen reservas acerca del cuidado que debe darse a los tejidos orales tanto por los pacientes como por los odontólogos. ⁽⁹⁾

2.1 ASPECTOS GENERALES DEL ADULTO MAYOR

El término gerontología proviene del griego (*gerón*: anciano; *logos*: tratado). Y designa a la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento en todos sus aspectos: biológicos, funcionales, psicológicos y sociales. En 1909, Nascher incorporó el término geriatría al vocablo médico, con el fin de que designara en la edad avanzada una función semejante a la que el vocablo pediatría cumple en la infancia.

El envejecimiento no sólo implica cambios estructurales y biológicos, sino que también aparecen notables cambios en su actitud, conducta y firmeza. Estos factores tienen una influencia decisiva en el diagnóstico y tratamiento de muchos problemas clínicos. En general, los individuos de edad avanzada pueden ejercer satisfactoriamente trabajos que requieren experiencia, pero pierden eficacia cuando éstos requieren una reorientación o cuando tienen que resolver problemas intelectuales.

La capacidad perceptiva se deteriora con el paso del tiempo y puede atribuirse a la decreciente función de los órganos de los sentidos.

Los individuos de edad avanzada tienen en muchos aspectos un modelo de conducta más lento, y la motivación para ciertos tipos de tareas parece disminuir con la edad. ⁽¹⁰⁾

Así mismo pronto se observa una disminución de la capacidad de rendimiento de los sentidos, sobre todo de los sentidos sociales, de la vista y del oído.

La sordera contribuye al aislamiento, disminuye también la capacidad de rendimiento de los músculos, tanto respecto a la fuerza, a la duración y al ritmo como a la finura de la coordinación de los movimientos. ⁽¹¹⁾

De esta manera los procesos de envejecimiento producen efectos diversos sobre los distintos sistemas del cuerpo en el mismo individuo y parece ser común que las funciones fisiológicas sufran un retardo gradual que empieza a los 30 años de edad el cual prosigue hasta la muerte.

Es así que a los 65 años esta pérdida representa un porcentaje del 30%, de tal manera que la talla total del cuerpo de un hombre puede llegar a disminuir unos 10 a 12 cm hasta los 70 años de edad. ⁽¹³⁾

2.2 BIOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO

Un organismo manifiesta envejecimiento cuando decrece su vitalidad y cuando proporcionalmente aumenta su vulnerabilidad. Por tanto, el organismo viejo se diferencia del joven mediante el enlentecimiento de unas funciones y la desaparición de otras, lo mismo que por la elevada incidencia de enfermedades ⁽¹²⁾ .

Los cambios que caracterizan a la vejez pueden considerarse como la continuación del deterioro que se inicia durante la madurez, es así que a medida que el individuo envejece, tiene mayores dificultades para adaptarse a los cambios, o sea, es menos capaz de conservar y mantener su homeostasis ⁽¹¹⁾ .

En esta etapa disminuye la capacidad de rendimiento de los músculos tanto respecto a la fuerza, a la duración y al ritmo como a la finura de la coordinación de los movimientos. La marcha se vuelve insegura y las manos tiemblan ⁽¹²⁾ .

Mucho antes que se manifiesten los síntomas de la vejez se pierde en la mujer la capacidad de la reproducción de las gónadas. En el hombre, el apagamiento de las funciones sexuales se realiza comúnmente con más lentitud. Un síntoma muy notable de la vejez es el empeoramiento de los rendimientos mnémicos que se manifiesta en la falta de memoria y en la capacidad de aprendizaje.

El órgano que más precozmente manifiesta signos de envejecimiento es la piel, el que lo hace con mayor posterioridad, es el cerebro. De tal manera que el envejecimiento es un proceso irreversible que finaliza cuando sucede la muerte ⁽¹⁰⁾ .

2.3 ENFERMEDADES Y TRASTORNOS DEL ADULTO MAYOR.

Las enfermedades bucales del adulto mayor pueden considerarse como parte de la degeneración general de los tejidos que se produce al envejecer. De esta manera el efecto del envejecimiento suele ser más pronunciado en el sistema estomatognático que en cualquier otro lugar del cuerpo. El estudio debe brindar atención tanto en la reducción y deterioro de la función, en los cambios del medio ambiente externo y en las limitaciones impuestas por éste como en las alteraciones de la nutrición y digestión. En particular, las enfermedades bucales pueden atribuirse a recurrentes e irreparables daños que con el tiempo sufren las estructuras bucales, así que la aparición y progreso de la mayoría de las enfermedades bucales en el adulto mayor es una interacción entre cambios degenerativos producidos por la edad y variables patológicas tales como la infección, trauma, etc.

El sistema estomatognático del anciano se caracteriza por las siguientes condiciones:

1. Atrición dental
2. Pérdida de dientes
3. Atrofia del hueso alveolar y basal
4. Cambios en la mucosa oral
5. Cambios en la lengua

La apariencia de la boca en el envejecimiento depende de cambios debidos a:

1. Desgaste cotidiano (atrición y abrasión)
2. Funcionamiento alterado (Atrofia de la cresta alveolar, desviación de dientes, elongación dentaria.

3. **Acumulación de efectos** (De muchos ataques patológicos, caries y periodontitis).

4. **Cambios de la conducta** (higiene, en la nutrición, descenso de la capacidad, cambios en las condiciones de vida).

5. **Envejecimiento general.**

1. **Atrición dental.** El tejido de esmalte y la dentina sufren ciertos cambios escleróticos, por efecto de la creciente mineralización y el depósito de elementos químicos. A pesar de su mayor dureza, el uso cotidiano de una dentición natural produce una progresiva atrición dental.

2. **Pérdida de dientes.** Se consideran a la caries y periodontitis como el resultado final de la pérdida de dientes, en donde la mayoría de las extracciones, comienzan en épocas tempranas de la vida, de esta manera, la caries produce mucho mayor pérdida que la enfermedad periodontal.

3. **Atrofia del hueso alveolar y basal:** La atrofia senil del hueso alveolar y la erupción continua son consideradas como factores del envejecimiento normal. El cambio más evidente que aparece con la pérdida de dientes es la transformación y la resorción del proceso alveolar.

4. **Cambios en las mucosas orales.** Las mucosas bucales pueden atrofiarse y hacerse frágiles, adquiriendo un aspecto brillante y cerúleo. También las encías muestran estos cambios, junto con una pérdida de punteado. Entre los cambios observados en la mucosa bucal del adulto mayor se encuentra la hiperqueratosis: Que se presenta clínicamente como una placa blanca sobre la mucosa bucal que no puede eliminarse con un

algodón o con presión de los dedos, presentándose con más frecuencia en hombres que en mujeres.

Otro aspecto importante es la deficiencia de nutrición en donde es característica la lengua lisa y atrófica, así como la queilitis angular. También son comunes sensaciones de quemazón debidas a la deficiencia de hierro y complejo B vitamínico.

5. Trastornos en la lengua.- La lengua es una de las fuentes de información diagnóstica más valiosa en el adulto mayor. Son frecuentes los cambios en el aspecto, sensación y movimientos de la lengua.

A) Lengua surcada. Es habitual en los adultos mayores y en algunos casos puede estar combinada con una glositis. Con la reducción del flujo salival y una higiene pobre, la queratina se acumula en la superficie de las papilas filiformes. Esto prepara un buen medio ambiente a la acumulación de bacterias, desechos y sustancias colorantes.

B) Lengua fisurada. Suele considerarse como resultado de una glositis de larga duración y de la cicatrización y es irreversible. Las grietas son bastante profundas y tienden a recoger desechos alimenticios.

C) Glosopirosis. Es un síntoma muy común entre las personas de edad, a menudo se registra una sensación de quemazón en la lengua, los síntomas pueden tener relación con irritación local, deficiencias nutritivas o enfermedades sistémicas tales como: diabetes, anemia perniciosa. En ausencia de signos clínicos debe sospecharse presiones y tensiones psicológicas. ⁽¹³⁾

2.4 PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN CAVIDAD BUCAL DEL ADULTO MAYOR

Patología más frecuente.

A. Xerostomía o boca seca. Causa frecuente de molestias masticatorias y dentales en el anciano suele ser síntoma de enfermedad sistémica (diabetes, uremia, síndrome de Sjögren, deshidratación, procesos inflamatorios crónicos) o efecto secundario a gran cantidad de fármacos (antidepresivos, especialmente las fenotiacinas, antihipertensivos, anticolinérgicos, diuréticos y antihistamínicos). El evitar alimentos secos, alcohol y tabaco, favorecer la higiene bucal y estimular la salivación con limón o goma de mascar.

B. Estomatitis. Las más frecuentes son dos:

1. **Por la prótesis.** Inflamación del paladar duro de apariencia granular, que puede terminar en candidiasis.

2. **Medicamentosa.** Por antibióticos y sedantes. La mucosa oral y lingual están enrojecidas y el paciente se queja de ardor.

C. Candidiasis. La *Candida albicans* está presente en el 50% de la flora oral normal de los adultos. Pero sólo cuando aparecen factores predisponentes, se produce la candidiasis. De ellos, la terapia prolongada con antibióticos es el principal. También son factores favorecedores malnutrición, diabetes, corticoides e inmunosupresores, déficit de hierro, prótesis dentarias y deficiente higiene oral.

El tratamiento debe ser preventivo y con antimicóticos.

D. Hiperplasias de aspecto tumoral. Son muy frecuentes.

1. **Diapneusia.** De aspecto sésil en las zonas de la arcada donde falta una pieza dentaria.

2. **Granuloma piógeno.** Masa rojiza que suele sangrar, más frecuentemente en labios y paladar blando.

3. **Epulis.** Lesiones sobre la encía causadas por factores irritativos crónicos, habitualmente prótesis mal ajustadas.

E. Lesiones precancerosas.

1. **Liquen plano.** Son placas o filamentos blancos, presentes con preferencia en el surco mandibular, repliegue bucal y bordes alveolares.

2. **Lengua atrófica.** Como parte del síndrome de Plummer-Winson por déficit de hierro. Se manifiesta por sensación urente y dificultad para deglución, junto con una lengua despapilada, lisa y pálida o muy roja.

3. **Leucoplasia.** Suele manifestarse como múltiples manchas blancas en la mucosa oral y que no se desprenden con el rascado. Puede confundirse con el liquen plano. Las irritaciones mecánicas, alcohol, tabaco y malnutrición son factores etiológicos. Si al suprimirlos no desaparece, debe ser extirpada o hacer seguimiento periódico con biopsias.

4. **Eritroplasia.** Tiene aspecto abultado, color rojo intenso y sensación de terciopelo al tacto. Debe extirparse y hacerse luego un seguimiento periódico.

F. Cáncer bucal.

1. **Incidencia.** Aunque en nuestro medio suele representar sólo el 5% de los tumores malignos, su incidencia en el anciano es mayor, siendo la edad media de presentación la sexta década de la vida.

2. Tipo y localización. El 90% son epidermoides o espinocelulares. El labio y la lengua, seguidos a distancia por el suelo de la boca, encías y paladar, son los lugares más frecuentes de asentamiento.

3. Formas clínicas. Ulcerosa (bordes duros y piel infiltrada), exofítica o vegetante y mixta. La existencia de adenopatías cervicales orienta al diagnóstico.

4. Pronóstico. Dependerá del momento del diagnóstico y de la localización. La Sociedad Americana del Cáncer publicó que la supervivencia a los 5 años era de un 50% si el cáncer bucal se diagnosticaba con un tamaño menor de 1 cm, pero descendía al 17% si era mayor de 3 cm. Los cánceres bucales localizados en el labio son de mejor pronóstico por ser lentos en metastatizar, pero los de lengua y suelo de la boca metastatizan precozmente.

5. Prevención y diagnóstico precoz. Índice sobre una serie de factores predisponentes: alcohol, tabaco, dieta pobre en vitaminas y minerales, higiene dental y dentaduras defectuosas. Hay datos que demuestran cómo revisiones odontológicas realizadas poco antes del diagnóstico no habían detectado la lesión. Por ello es pertinente sistematizar dichas exploraciones y ser minuciosos en ellas.

6. Tratamiento. Se valorarán las posibilidades de cirugía, radioterapia y quimioterapia. (14)

2.5 PSICOLOGÍA DEL ADULTO MAYOR

El envejecimiento patológico de un individuo es la consecuencia de la acción del tiempo vivido y percibido por él, sobre su personalidad. Para conocer bien la personalidad de un anciano es preciso valorar su efectividad, pulsiones, voluntad, deseos, inteligencia y motivaciones, así como su soporte biológico, morfología situación funcional y patología somática acumulada a lo largo de su vida.

El tiempo de vida de la persona adulta mayor, generalmente en situación de jubilada o pensionista es cada vez más largo, es por ello que las situaciones psicosociales y la propia personalidad del adulto mayor puede cambiar desde que entra en esta etapa hasta que alcanza la vejez avanzada, según su estado de salud, autonomía y crisis que puedan afectarle ⁽¹⁴⁾.

Uno de los cambios más importantes que tiene lugar en los últimos años de la vida, al mismo tiempo que define legal y convencionalmente la entrada en la vejez al llegar a los sesenta años es la transición de trabajador a jubilado, ya que con algunas variaciones según la profesión de las personas que han desempeñado una actividad laboral cesan en la vida activa y pasan a depender económicamente de sus ahorros personales o de alguna pensión o equivalente.

En lo que respecta a las relaciones sociales se empobrecen respecto del periodo anterior y se reducen los contactos interpersonales en cantidad y sobre todo en intensidad.

En la inmensa mayoría de los casos lo que los jubilados echan de menos principalmente la falta de recursos económicos.

El temor del jubilado a que le falte dinero para mantener su nivel de vida anterior, se convierte en un problema que puede generar alteraciones psicológicas, sobre todo si la pensión no resulta suficiente y adecuada a su categoría personal.

Otro aspecto importante en esta etapa es la dependencia y la soledad lo que le convierte en un ser débil y vulnerable, incapaz de tomar decisiones importantes y teniendo que estar permanentemente en una posición inferior.

En lo que se refiere a la autoestima es otro aspecto importante, ya que se interioriza la categoría social a la que pertenece la persona jubilada y los valores culturales que la caracteriza: "sentirse viejos", mayores y cansados, a pesar de que en muchos casos esas personas se encuentran biológica y psicológicamente en buen estado ⁽¹⁵⁾.

El proceso de desligamiento, descrito por Cumming y Henry, en virtud del cual el individuo añoso abandona actividades o rompe lazos sociales de convivencia, voluntariamente o forzado por los rechazos que percibe, no se da en todos los individuos, ni en los que ocurre a la misma edad cronológica, ni por las mismas causas.

Hay personas mayores a las que el hecho de envejecer los motiva a descubrir nuevos roles en la vida o les impulsa a buscar nuevos medios para conservar su rol y no perder su status o razón de estar en el mundo social que conocen.

En lo que respecta a las formas de conducta, al igual que los jóvenes se reúnen en grupos para convivir en tiempo libre o de ocio, las personas adultas mayores lo hacen también en razón a tener intereses comunes y una

subcultura compartida, es por esto que concurren voluntariamente a sus clubes o centros sociales y se incorporan a diversas actividades.

Como a cualquier otra edad, en la senectud, el hombre se ve sometido a conflictos o situaciones que le provocan crisis personales ante las cuales sufre inicialmente sensación de perplejidad o choque a la que debe buscar una salida o forma de adaptación para seguir viviendo.

2.6 TRASTORNOS PSÍQUICOS MENORES EN EL ADULTO MAYOR.

La morbilidad psiquiátrica es elevada en geriatría se calcula que alrededor de un tercio de la población mayor de 65 años padece un tipo de trastorno psiquiátrico. De éstos, algunos cuadros como las demencias seniles y los estados confusionales aparecen como procesos íntimamente ligados al envejecimiento cerebral.

Con base en la etiología, clínica o rasgos estructurales de la personalidad se ha propuesto la siguiente clasificación:

a) Delirio

El 50% de estos trastornos sobrevienen en personas mentalmente bien conservadas, aparecen bruscamente y evolucionan hacia la resolución en varios días o semanas, planteando con frecuencia problemas diagnósticos comparables con los que presenta demencia senil o la apariencia melancólica graves.

b) Depresión

Este trastorno afectivo es el más común en el adulto mayor y se presenta de manera directa o encubierta por quejas de tipo funcional o hipocondríaco. Se estima que aproximadamente un 23% de las personas mayores de 65 años requieren tratamiento psiquiátrico.

El mayor porcentaje de síndromes depresivos corresponde a depresiones neuróticas y reactivas, que son más frecuentes en las mujeres y se observan en viudas, separadas o divorciadas.

c) Ansiedad

Se caracteriza por un estado de alerta similar a la producida por un peligro inminente para la integridad del individuo. Este estado subjetivo de temor indefinido, aprensión e inseguridad se acompaña de un estado de hipervigilancia y un conjunto de cambios fisiológicos periféricos y mediatizados por el sistema nervioso central.

En geriatría a menudo se presentan de forma secundaria a procesos orgánicos.

d) Obsesión

Los trastornos obsesivo compulsivos pueden presentarse inicialmente como una acentuación de rasgos neuróticos obsesivos preexistentes. En ocasiones, una sintomatología obsesiva con ritualización puede ser prodrómica de una descompensación psicótica o producirse como un intento de mantener el control ante el inicio de un deterioro psicoorgánico.

e) Demencias

Este concepto se define como la pérdida de habilidades intelectuales y la suficiente gravedad como para interferir en el funcionamiento ocupacional o social, acompañada de pérdida de memoria y otras alteraciones corticales que afectan la elaboración de juicios abstractos, sin variación del estado de conciencia. ⁽¹⁴⁾

a) Higiene bucodental

Entre las técnicas de cepillado más importante se encuentra la técnica de barrido ya que pueden enseñar a estas personas a que puedan realizar su autolimpieza y también aplicarla directamente a la higiene bucal de ancianos postrados.

Es importante indicarles que incluyan el cepillado de la lengua en la rutina diaria, y que además de remover los microorganismos del dorso de la lengua, aumenta la sensación del gusto ⁽¹⁶⁾.

b) Cuidado y mantención de prótesis.

Las prótesis removibles deben mantenerse limpias de restos de comida y de depósitos de sarro, la limpieza diaria de la prótesis debe realizarse con un cepillo especial, de cerdas blandas y de forma apropiada.

Para limpiarlos se retiran de la boca y se sostienen firmemente para que no se caigan y se fracturen.

También se puede limpiar la prótesis con una solución de una cucharadita (15 ml) de hipoclorito de sodio, en 100 ml de agua.

c) detección precoz de cáncer del sistema bucal.

Lo siguiente deberá alertarnos, a través de un examen rutinario, efectuado una vez al mes:

- Cualquier punto, mancha o viceración dolorosa o no de labios, lengua u otra zona de la boca que no desaparezca o cicatrice dentro de quince días.

- Cualquier zona escamosa en los tejidos de la boca.
- Hinchazón persistente de labios, encía u otra zona de la boca, se acompañado o no de dolor.
- Hemorragias o sangramientos de la boca sin causa aparente.
- Afonía persistente, sin causa aparente.
- Dolor de la garganta o dificultad al tragar. ⁽¹⁶⁾

3. GERONTOLOGÍA EN MÉXICO

La gerontología en México es aún muy reciente, si consideramos que existen Antecedentes de asistencia a la vejez desde 1861.

Año en el que se crea la Dirección General de Fondo de Beneficencia, y en el año 1914 surge la Gerontología Social Asistencial la cual ha sido definida por Edward Sthiglitz como: una ciencia que se ocupa del hombre, como organismo social que existe en un ambiente social. Y según Clark Tibbits la gerontología social se refiere a las características sociales, circunstancias, estado y ocupación de los individuos, así como la influencia del ambiente, cultura y cambios sociales sobre la conducta y situación en la sociedad.

El término gerontología social incluye un contenido de planeación de asistencia social al anciano y las instituciones y centros que prestan este servicio social son: albergues, casas de reposo, hospital de día, residencias diurnas, clubes de la tercera edad, centros culturales denominados unidades o centros gerontológicos.

Los asilos, llamados actualmente albergues o residencias constituyen la única posibilidad geriátrica hay 150 en todo el país.

Los albergues son privados o están a cargo de instituciones eclesiásticas entre ellos se encuentra la casa de reposo para ancianos Nacional Monte de Piedad. El Instituto Nacional de la Senectud cuenta con 8 albergues en el D.F., 5 residencias diurnas y varios clubes de la tercera edad. Entre otras referencias existen talleres protegidos, organizados por una institución de asistencia privada denominada los 60 ancianos que producen. Esta

institución proporciona trabajo y ayuda social a personas mayores de 60 años para estimularlos y mantenerlos en la vida útil.

Los artículos que se fabrican son juguetes, ropa para niños, mezclilla, artículos de paño, piel, etc.

Posteriormente se han fundado varias asociaciones que se han preocupado por algunos aspectos de la gerontología como son:

DIVE: Dignificación de la Vejez

DIF: Desarrollo Integral de la Familia

Esta última incluye el compromiso a la población anciana, mediante diferentes servicios; como son:

1. Programas prioritarios. En los que se prestan servicios especializados de asistencia social a las personas de edad avanzada en:

- a) Casas hogar para ancianos
- b) Centros de desarrollo para la comunidad
- c) Centros familiares.

2. Programas gerontológicos de asistencia social que se centran especialmente en cuatro aspectos:

- a) Modificación de actitudes de la sociedad ante la vejez
- b) Aprovechamiento de la experiencia acumulada y de su capacidad laboral.
- c) Problemas de salud y necesidades de atención médica que tienen las personas de edad avanzada debido a sus limitaciones físicas económica y sociales.

d) La utilización del tiempo libre y acceso a actividades educativas culturales, recreativas y turísticas a fin de conversar el interés de la persona en el medio que le rodea.

Años más tarde, en noviembre de 1980, se celebraron en México el Segundo Congreso Nacional de Gerontología y Geriatría, las primeras jornadas latinoamericanas de Gerontología y el primer Curso Internacional de Geriatría. En ese mismo año se verificó la reunión para la asamblea mundial del envejecimiento.

Dos años después se celebró el Tercer Congreso Nacional de Gerontología y Geriatría, se presentó también un programa a la división de estudios de posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, con la propuesta de especialización en Gerontología y Geriatría. Dicha propuesta se fundamenta en lo siguiente:

Existe un número creciente de ancianos en México. Quienes son tratados sin tomar en cuenta las características particulares de su organismo, de sus trastornos, de su terapéuta, etc.

También es importante destacar que en México y en el resto del mundo existen organismos, grupos y asociaciones que trabajan por el bien de las personas mayores de 60 años; y reuniones, congresos, simposios, foros, etc., para dar a conocer los avances de la geriatría y la gerontología en diferentes países.

Uno de los pocos centros culturales que organizan actividades dirigidas a ancianos y en general a todo el grupo familiar es el Centro Comunitario Culhuacán (CCC).⁽¹¹⁾

4. GENERALIDADES DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SENECTUD (INSEN)

4.1 PROGRAMAS Y SERVICIOS PROPORCIONADOS POR EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SENECTUD.

Fue creado el 22 de agosto de 1979 por el Presidente de la República, Lic. José López Portillo, su objetivo es proteger, ayudar, atender y orientar a la vejez mexicana así como estudiar sus problemas para lograr las soluciones adecuadas.

Entre los servicios que proporciona el Instituto Nacional de la Senectud se encuentran:

A) PROGRAMA ECONÓMICO

- **TARJETA INSEN.** Para tal fin el Instituto otorga una credencial de afiliación a personas mayores de 60 años, cuya presentación, además de brindarles un medio de identificación, les permite obtener descuentos en transportes, farmacias, ópticas y diversos centros comerciales entre otros beneficios.

B) PROMOCIÓN DEL EMPLEO:

- Bolsa de trabajo.

C) PROGRAMA DE DESARROLLO SOCIAL:

- Procuraduría de la Defensa del Anciano.
- Desarrollo comunitario.
- Cultura física.

- Servicios psicológicos.
- Servicios socioculturales.
- Servicios educativos.
- Educación para la salud.

D) PROGRAMA DE ASISTENCIA SOCIAL

- Albergues.
- Residencias de día. Son un lugar de permanencia durante el día en donde la población senecta para desarrollar actividades productivas y constructivas, fueron creadas para atender a algunos senectos que aún se desenvuelven en el seno familiar y cuyos familiares están dispuestos a que continúen viviendo con ellos, en un ambiente de cordialidad pero que no cuentan con el tiempo suficiente para cuidados permanentemente. Los senectos aprovechan su tiempo libre a través de actividades que estimulen sus capacidades y habilidades. El tipo de asistencia que proporciona la residencia es alimentación y atención médica.
- Unidades de Consulta Externa. El objetivo de este servicio es ayudar a las personas de la tercera edad carente de recursos para poder pagar los gastos de un médico general o especialista, ya que este servicio se proporciona en forma gratuita o con una cuota mínima.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Es reconocida la poca información existente tanto internacionalmente como en nuestro país, sobre el estado de salud bucodental de la población adulto mayor, así como las actitudes, conocimientos y prácticas de higiene bucodental que llevan a cabo. Por esta razón es importante realizar estudios con este grupo de población y obtener datos que nos ayuden a comprender la problemática que les aqueja.

6. JUSTIFICACIÓN

Tomando en cuenta que en México la esperanza de vida ha aumentado y por consiguiente el porcentaje de adultos mayores que demandan servicios de salud y la atención odontológica ha crecido, es prioritario obtener datos epidemiológicos de salud bucal y profesionales eficientes en el tratamiento de enfermedades bucodentales que aquejan a esta población.

Por lo mismo nos propusimos realizar la presente investigación con el fin de conocer el nivel de conocimientos y las actitudes que tiene el adulto mayor sobre la práctica de su salud bucal.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Es reconocida la poca información existente tanto internacionalmente como en nuestro país, sobre el estado de salud bucodental de la población adulto mayor, así como las actitudes, conocimientos y prácticas de higiene bucodental que llevan a cabo. Por esta razón es importante realizar estudios con este grupo de población y obtener datos que nos ayuden a comprender la problemática que les aqueja.

6. JUSTIFICACIÓN

Tomando en cuenta que en México la esperanza de vida ha aumentado y por consiguiente el porcentaje de adultos mayores que demandan servicios de salud y la atención odontológica ha crecido, es prioritario obtener datos epidemiológicos de salud bucal y profesionales eficientes en el tratamiento de enfermedades bucodentales que aquejan a esta población.

Por lo mismo nos propusimos realizar la presente investigación con el fin de conocer el nivel de conocimientos y las actitudes que tiene el adulto mayor sobre la práctica de su salud bucal.

7. OBJETIVOS.

7.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la importancia del conocimiento del paciente adulto mayor sobre las prácticas de salud bucodental.

7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las características socio-demográficas del adulto mayor que acude al INSEN.
- Determinar el nivel del conocimiento que tiene el paciente adulto mayor sobre las prácticas de salud bucodental.
- Conocer las actitudes que presenta el adulto mayor hacia la salud bucodental.

8. METODOLOGÍA

8.1. MATERIAL Y MÉTODOS

La presente investigación se realizó en la Residencia de día llamada "ANAXÁGORAS" perteneciente al INSTITUTO NACIONAL DE LA SENECTUD, con personas de ambos sexos que acuden a éste lugar y a los cuales se les aplicó un cuestionario de 29 preguntas (10 con la escala de Likert) con el fin de saber el conocimiento, actitud y práctica de la salud bucodental.

7. OBJETIVOS.

7.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la importancia del conocimiento del paciente adulto mayor sobre las prácticas de salud bucodental.

7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las características socio-demográficas del adulto mayor que acude al INSEN.
- Determinar el nivel del conocimiento que tiene el paciente adulto mayor sobre las prácticas de salud bucodental.
- Conocer las actitudes que presenta el adulto mayor hacia la salud bucodental.

8. METODOLOGÍA

8.1. MATERIAL Y MÉTODOS

La presente investigación se realizó en la Residencia de día llamada "ANAXÁGORAS" perteneciente al INSTITUTO NACIONAL DE LA SENECTUD, con personas de ambos sexos que acuden a éste lugar y a los cuales se les aplicó un cuestionario de 29 preguntas (10 con la escala de Likert) con el fin de saber el conocimiento, actitud y práctica de la salud bucodental.

8.2. TIPO DE ESTUDIO.

- OBSERVACIONAL
- DESCRIPTIVO
- TRANSVERSAL
- PROSPECTIVO

8.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA

Adulto mayor de ambos sexos que acude a la residencia de día llamada "ANAXÁGORAS" perteneciente al Instituto Nacional de la Senectud.

Muestra: 25 adultos mayores ambos sexos que acuden a la residencia de día llamada "Anaxágoras" perteneciente al Instituto Nacional de la Senectud, con consentimiento de los participantes.

8.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

INCLUSIÓN:

- Personas de 60 años en adelante de ambos sexos que acuden a la Residencia de día llamada "ANAXÁGORAS" y que deseen participar en éste estudio.

EXCLUSIÓN:

- Personas menores a la edad establecida.
- Personas que no deseen participar en la investigación.

8.5 VARIABLES DE ESTUDIO

Variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, sostenimiento económico, con quien vive, Derechohabiente de Institución Médica, padecimiento actual, frecuencia y duración de hábito del tabaquismo y de alcohol.

Prácticas de salud bucodental: frecuencia de cepillado y con que lo realiza, utilización de aparatos prótesis y mantenimiento de los mismos, nivel de conocimiento y actitudes (escala de Likert).

8.6 RECURSOS

A) HUMANOS:

2 Encuestadores (alumnas tesistas)

1 tutor (Cirujano dentista)

1 Asesor (Cirujano dentista)

1 Psicóloga

B) MATERIALES:

25 Encuestas impresas

25 Lápices

25 bolígrafos

120 Fotocopias de artículos de revistas y libros

1 Computadora Pentium II

1 Impresora de Inyección de tinta

1 Impresora láser

C) FÍSICOS:

Instalaciones del INSEN

Instalaciones de la Universidad Latinoamericana

Bibliotecas:

- **Asociación Dental Mexicana**
- **Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa**
- **Centro Médico Siglo XXI**
- **GEMA (Geriatría y Gerontología de México)**

8.7 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para tal fin se utilizó la hoja de cálculo Excel, versión 7.0

9. RESULTADOS

La investigación estuvo constituida por personas adultas mayores con una edad que fluctuó entre los 60 y 92 años (gráfica no. 1), en ésta participaron personas de ambos sexos; el 44% masculino y 56% femenino (gráfica no. 2).

Se encontró que 68% son casados, 16% son viudos, 8% solteros y 4% divorciados y en unión libre (gráfica no. 3), el nivel de escolaridad que predominó fue el de primaria con el 56%, seguido del de secundaria con un 20% (gráfica no. 5).

La ocupación más frecuente (40%) fue el hogar y empleada doméstica, seguido de jubilados (32%), comerciantes (24%) y obreros con el 4% (gráfica no. 5). El 32% de los encuestados reciben pensión, el 24% realiza trabajo eventual y el 20% recibe ayuda de hijos, el 48% vive con su pareja, el 28% vive solo y con hijos vive el 24%.

Sólo 44% de la población es derechohabiente a alguna institución de salud y el 56% no cuenta con este tipo de servicios (gráfica no. 6)

Con relación al hábito tabáquico encontramos que el 56% de la población no fuma y el 36% lo realiza ocasionalmente en cuanto a la frecuencia de bebidas alcohólicas, el 69% bebe ocasionalmente y el 36% no acostumbra beber.

Respecto a las prácticas de salud bucodental encontramos que el 40% de la población acostumbra lavarse una vez al día los dientes, 32% 3 veces al día

y el 28% 2 veces al día, utilizando en su mayoría (88%) cepillo y pasta dental para realizarlo (gráfica no. 7).

Encontramos que el 56% de los ancianos no utilizaba aparato prótesis, sólo el 8% utilizaba placas totales y el 36% utilizaba prótesis removible (gráfica no. 8), de los que utilizaban aparatos prótesis el 24% acostumbraba lavarlos con agua, cepillo y pasta, y el 28% de las personas que utilizaban prótesis tenían más de 3 años con ella.

En relación a la frecuencia con que acostumbran visitar al dentista se encontró que el 84% acude cuando tienen dolor y el 12% una vez al año y sólo 4% cada 6 meses (gráfica no. 9).

Para este estudio también se realizaron 10 preguntas y se utilizó la escala de Likert esto fue para facilidad de los encuestados.

El 40% de los entrevistados están en desacuerdo y 60% en total desacuerdo, en cuanto a la higiene bucodental, esto nos muestra una actitud negativa hacia los hábitos de higiene dental (gráfica no. 10).

De las personas entrevistadas el mayor número (56%) están en desacuerdo con respecto a la pregunta que se refiere al NO lavado de la dentadura y/o dientes durante el día mostrando actitud ambivalente, no siendo significativo el porcentaje (gráfica no. 11).

De 25 personas entrevistadas el 80% están en desacuerdo con la pregunta número 22, mostrando actitud positiva, ya que el no lavarse los dientes si produce mal aliento (gráfica no. 12).

El 64% de las personas están en desacuerdo al decir que una boca sucia no permite percibir los sabores. Esto muestra que la actitud de ellos es positiva al tratar de disfrutar el alimento (gráfica no. 13).

El 80% de las personas desconocen los cuidados higiénicos que deben tener para evitar el mal aliento (gráfica no. 14).

En lo que se refiere al sangrado de encías provocado por el cepillado dental, el 36% de los entrevistados están de acuerdo y el mismo porcentaje en desacuerdo por lo que habría de dar orientación al grupo. Esto es falta de conocimiento por lo que no podemos evaluar la actitud (gráfico no. 15).

El 32% está a favor y el 48% en desacuerdo, ya que el sarro es anormal cuando se tiene una buena higiene (gráfica no. 16).

En la pregunta número 27 el 60% afirma que no se deben retirar las placas dentales por las noches, así como evitar lavarlas con agua y jabón y el 36% está en desacuerdo mostrando una actitud negativa hacia su persona e higiene (gráfica no. 17).

La población entrevistada no tiene conocimiento de la importancia que tiene la dentadura, es decir, sin infecciones ya que estas producen trastornos digestivos. La actitud que demuestran es negativa por la falta de interés que tienen hacia su salud (80%) (gráfica no. 18).

El 56% de entrevistados están en desacuerdo con la pregunta y el 40% no están de acuerdo, esto indica que a un poco más de la mitad de los entrevistados les interesa cambiar físicamente y por consiguiente en actitud tenderá a ser positiva (gráfica no. 19).

10. CONCLUSIONES

Es importante mencionar que en el grupo de personas adultas mayores encuestadas existió una participación total en las respuestas, de esta manera se verificó que a la residencia que asistimos acuden personas con nivel escolar de primaria hasta licenciatura y su sostenimiento económico es variable en cada una de las personas.

Otro aspecto importante es comentar que de las personas encuestadas la mayoría (56%) no utiliza ningún tipo de prótesis y que su higiene no es del todo satisfactoria, sin embargo, conservan la mayoría de las piezas dentales.

También se observa que la mayoría de este grupo de personas sólo acuden con el cirujano dentista cuando siente dolor dental.

Con base en lo anterior, cabe mencionar que aún cuando se contó con un tiempo corto, se obtuvieron datos sobre el nivel de conocimientos y actitudes que tienen las personas adulto mayor hacia la higiene de su cavidad bucal.

Al analizar las respuestas que proporcionaron los 25 encuestados podemos concluir que los adultos mayores están en desacuerdo con el hecho de lavarse los dientes después de los alimentos ya que usan prótesis ó placas totales y es molesto realizarlo tres veces al día. Existe carencia en cuanto a conocimiento de la higiene bucal así como los trastornos que ocasiona a nivel digestivo desde el mal aliento hasta infecciones gastrointestinales.

Desgraciadamente la gente toma la edad como sinónimo para dejar de atenderse tanto en su salud como en su físico.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Borges Yañez S.A. Prevalencia de caries coronal y radicular en una población anciana de la ciudad de México F.O. 1999 9 (3): 25-32
2. Irigoyen Consuelo Ma. E. y col. Caries dental y enfermedad periodontal en un grupo de personas de 60 o más años de edad de la Ciudad de México. ADH 1999. 2 (8): 64-69.
3. Montemayor F. B.G. y col. El odontólogo y la salud dental en la tercera edad. P.O. 1999: 38-47.
4. Modesto Ramírez L. Modalidades terapéuticas odontológicas recibidas por el paciente anciano ADM. 1997 2 (4): 102-109.
5. Borges Yañez S.A. Características sociodemográficas y condiciones generales en un grupo de pacientes mayores de 60 años, en una clínica universitaria. F.O. UNAM 1991 (12): 20-28.
6. Fuentes Servín P. y col. Reacción psicológica de 100 personas de la tercera edad ante un tratamiento odontológico P.O. 15 (5): 51-53.
7. Robles, C., García S. El envejecimiento y sus repercusiones odontológicas. P.O. 17 (9): 20-23.
8. González López B.S. y col. Prevalencia de patología bucal y de estructuras relacionadas en pacientes geriátrico de la región I del Estado de México. ADM 1995 3 (6): 130-137.

9. Angeles Medina F. La investigación en la salud bucal de los pacientes geriátricos. P.O. 14 (5): 2-3.
10. Katz D. **PSICOLOGÍA DE LAS EDADES**. Ediciones Morata S.A. Madrid 1983: 123-130.
11. Franks, T.S.A. Hedegard BJORN, 1976. Ed. Labor S.A. Barcelona.
12. Salgado A. **MANUAL DE GERIATRÍA**. Ed. Salvat, México. 1996. 19-23.
13. Yozawa Degucho J. **ESTOMATOLOGÍA GERIÁTRICA**, 1999 Ed. Trillas. 239-264.
14. Buendía, J. **ENVEJECIMIENTO Y PSICOLOGÍA DE LA SALUD**. Facultad de Psicología, Universidad de Murcia, México-España. 1999. 69-99.
15. Clemente Carrión A. **PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO ADULTO**. Narcea S.A. Ediciones Madrid 1996. 107-111.
16. Mella S. y Quintana M. Programa de prevención para senescentes.
17. López A. y col. Diccionario Enciclopédico Universal "Aula", España 1997.
18. Howard D.C. Warrea Editor. Diccionario de Psicología. Fondo de Cultura Económica.
19. Hernández Samporio R. **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**. 2a ed. Edit. Interamericana, S.A. C.V. 1991.

12. ANEXOS

GLOSARIO

- Abrasión:** Desgaste de una sustancia o estructura (piel o dientes).
- Actitud:** Postura o posición del cuerpo
- Adenopatía:** Aumento de tamaño de las glándulas, en particular de los ganglios linfáticos.
- Antibiótico:** Sustancia química producida por el microorganismo que tiene la facultad de inhibir el desarrollo o matar otros microorganismos.
- Antimicótico:** Que mata los hongos o impide su crecimiento o reproducción.
- Anticolinérgico:** Que bloquea el paso de los impulsos por los nervios parasimpáticos.
- Antihipertensivo:** Que contrarresta la elevada presión arterial.
- Antihistamínico:** Que contrarresta el efecto de la histamina.
- Afonía:** Falta de voz.
- Atrofia:** Disminución de las dimensiones de células, tejidos, órganos o partes.
- Aprensión:** Temor infundado.
- Ansiedad:** Sentimiento de aprensión, incertidumbre y temor sin estímulo manifiesto.
- Conocimiento:** Noción, idea, información.
- Depresión:** Disminución o descenso de la actividad funcional estado patológico caracterizado por una tristeza profunda e inmotivada.
- Demencia:** Locura.
- Delirio:** Acción de delirar, perturbación mental causada por una enfermedad.
- Diurético:** Que aumenta la excreción de orina.
- Disfunción:** Perturbación, anomalía de la función de un órgano (cerebral).
- Epulis:** Cualquier tumor de la encía.

Envejecimiento: Cambio negativo de la sustancia viviente como función del tiempo.

Fenotiacina: Compuesto verdoso insípido preparado por fusión de difenilamina con azufre.

Gónada: Glándula reproductora de gametos, ovario o testículos.

Granular: Que presenta granulaciones o granos que se caracterizan por ellos.

Granuloma: Masa nódulo (de tipo tumoral) de tejido de granulación.

Hiperplasia: Multiplicación o aumento anormal en el número de células normales con disposición normal en un tejido.

Homeostasia: Tendencia a la estabilidad en estados corporales normales (medio interno del organismo).

Inmunosupresor: Agente que induce a inmunosupresión.

Inminente: Próximo a suceder.

Laxante: Medicamento purgante.

Libido: Manifestación del instinto sexual.

Morbilidad: Proporción de enfermos, proporción entre las personas enfermas y las sanas en una comunidad.

Obsesión: Idea fija que se apodera del espíritu.

Perplejo: Dudoso, irresoluto.

Resorción: Acción y efecto de absorber de nuevo, pérdida de una sustancia por medios fisiológicos o patológicos.

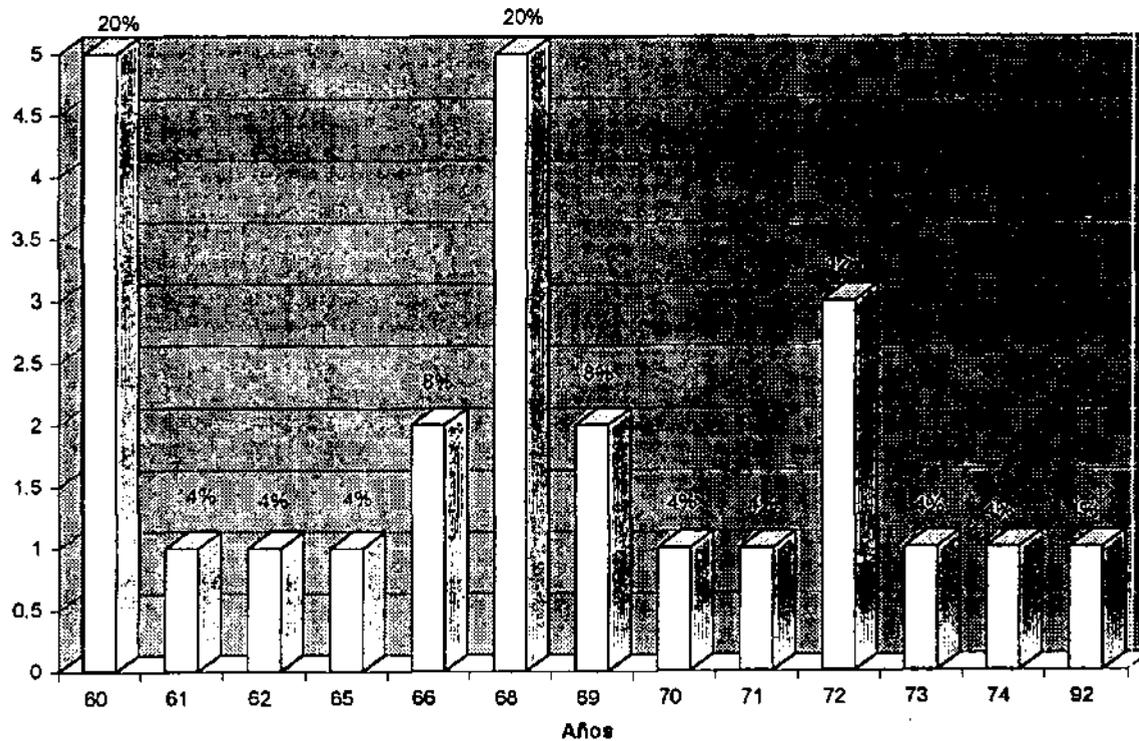
Sedante: Que alivia la actividad y la excitación.

Senil: Perteneciente o relativo a la vejez, que presenta senectud.

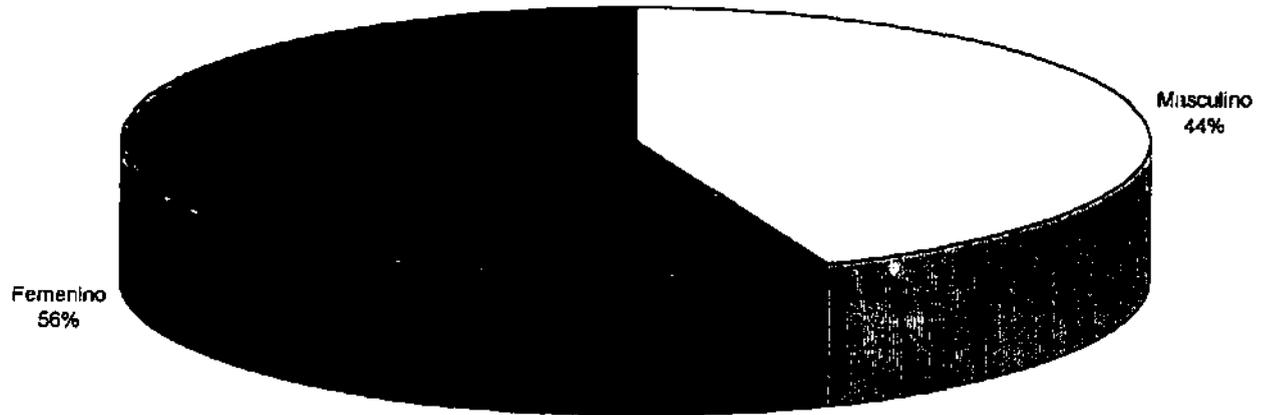
Senilidad: Vejez; deterioro físico y mental que acompaña a la vejez.

Temor: Respuesta emocional normal.

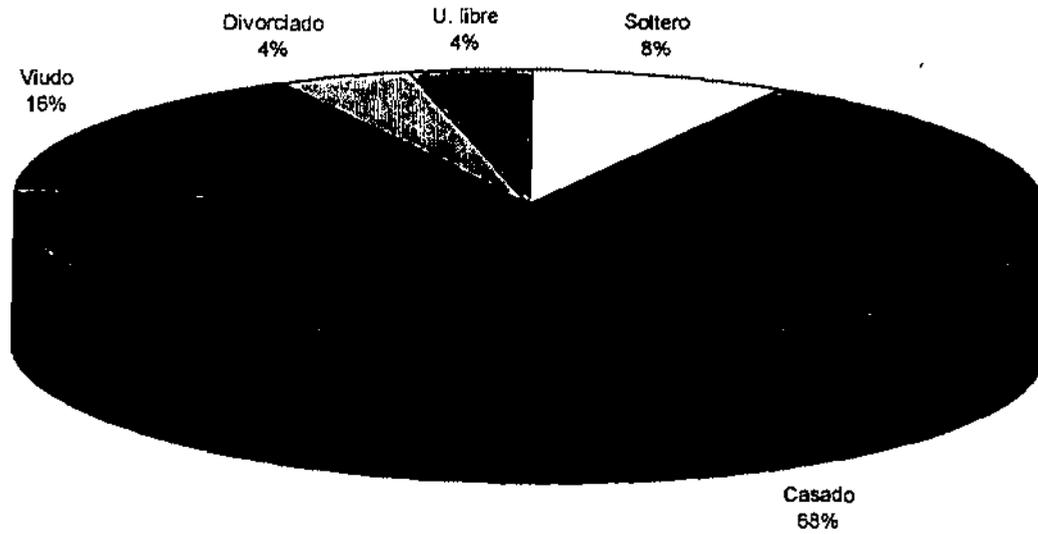
Gráfica 1. Distribución de edad de la muestra



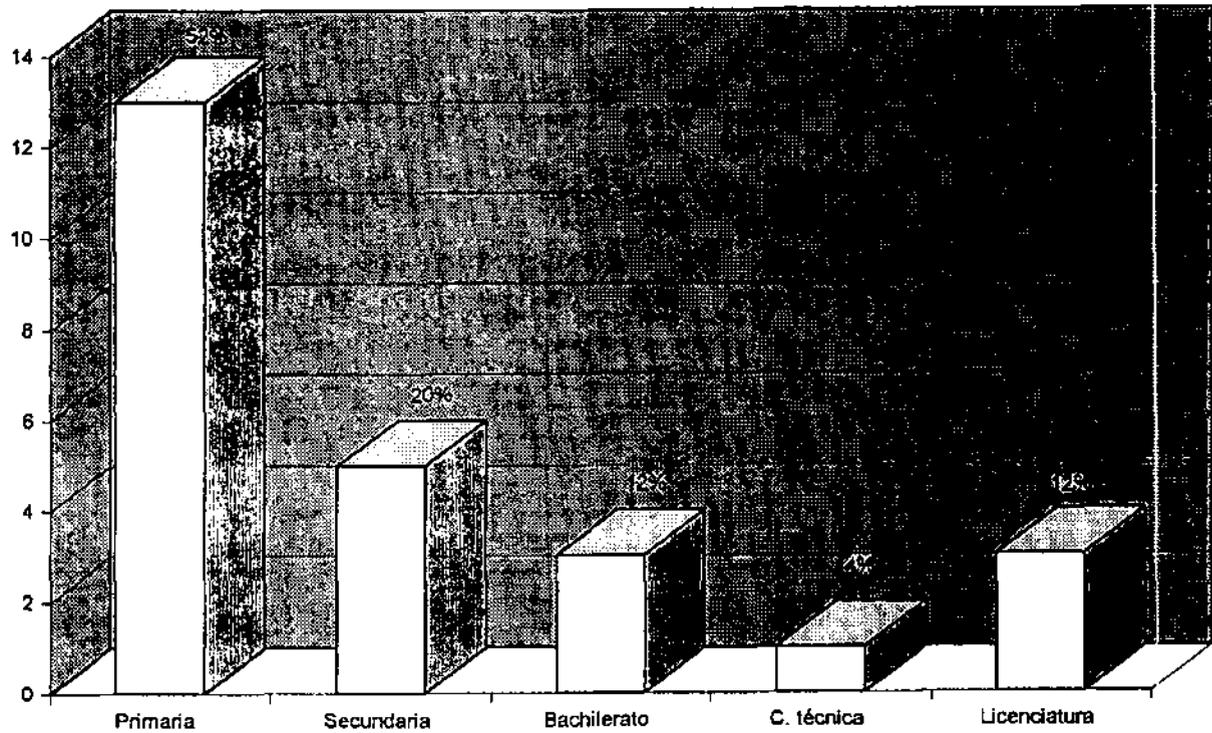
Gráfica 2. Proporción de sexos



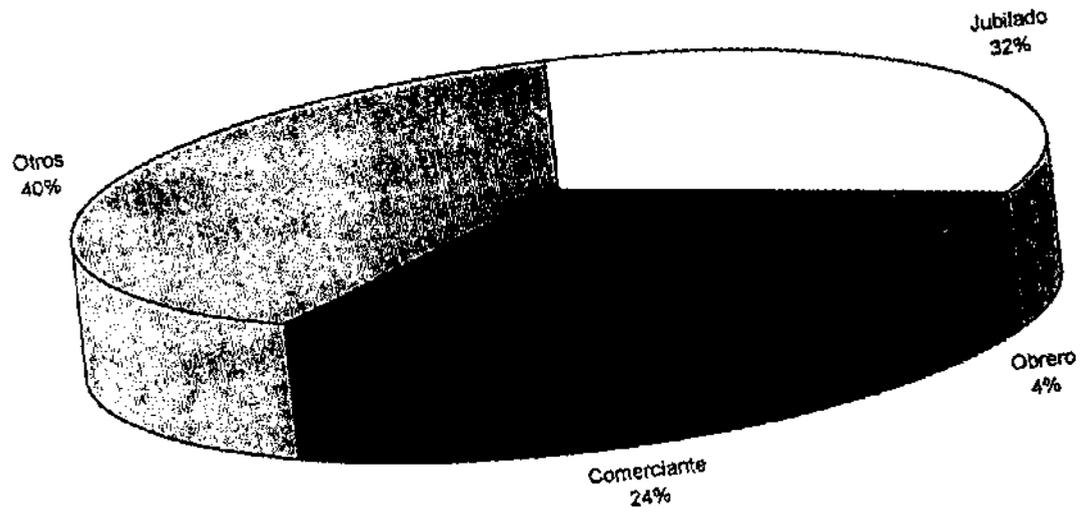
Gráfica 3. Estado civil



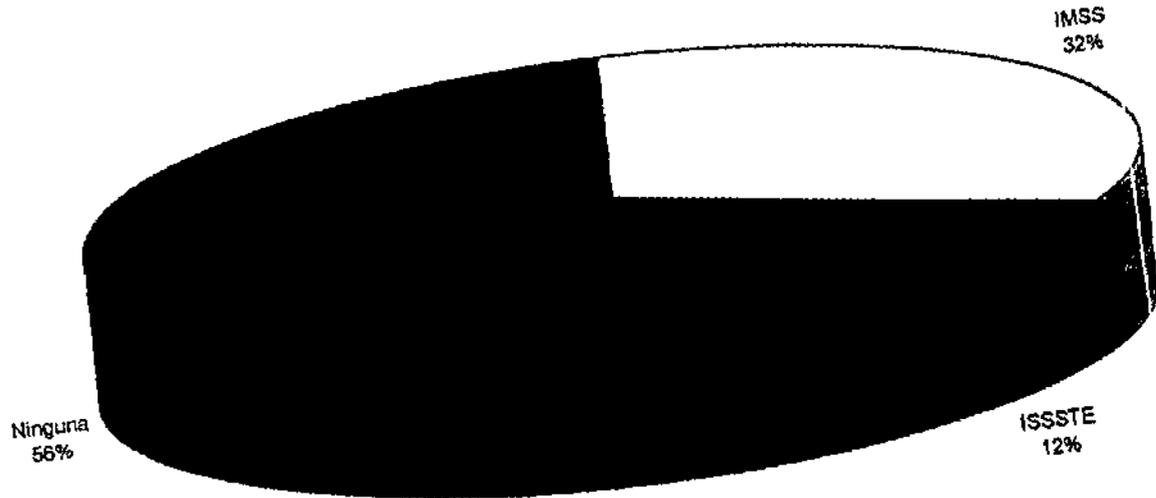
Gráfica 4. Escolaridad



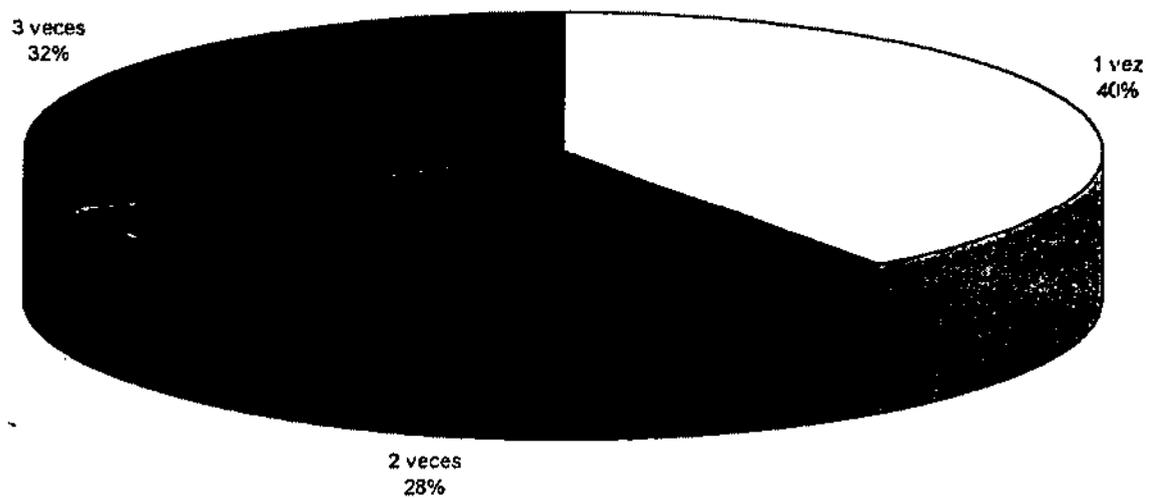
Gráfica 5. Ocupación



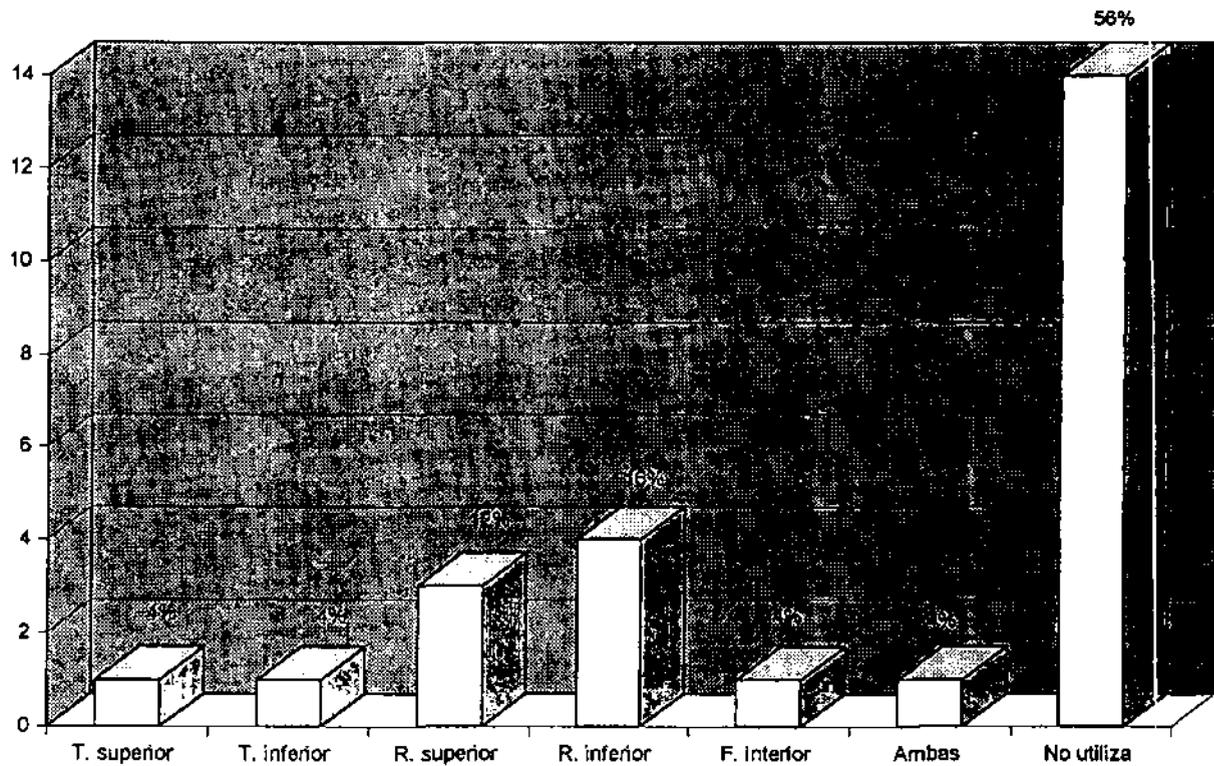
Gráfica 6. Proporción de derechohabientes



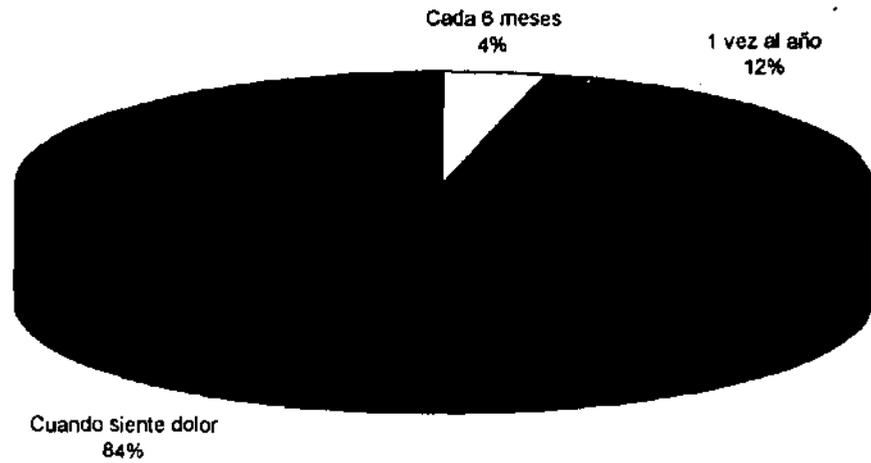
Gráfica 7. Frecuencia de lavado de dientes por día



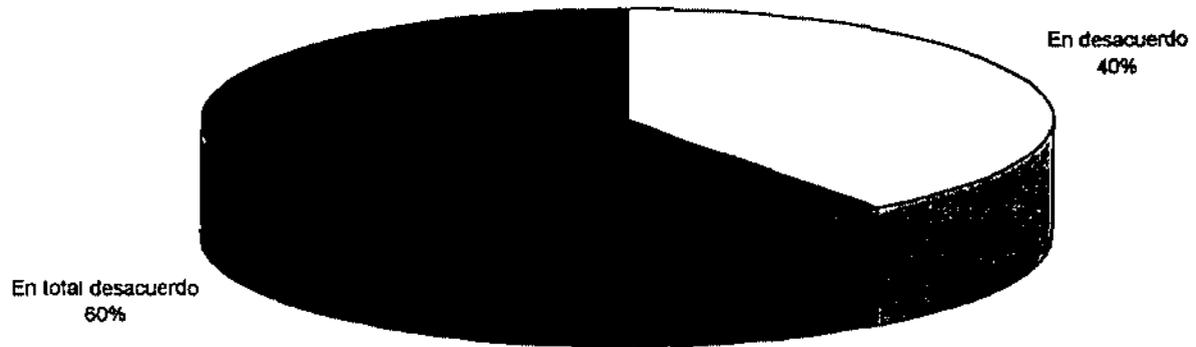
Gráfica 8. Tipo de prótesis utilizada



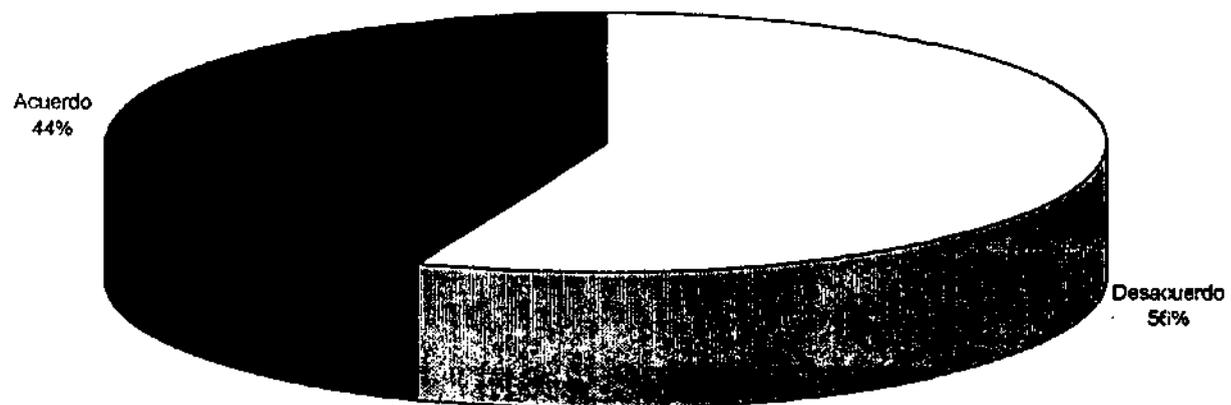
Gráfica 9. Frecuencia con la que visita al dentista



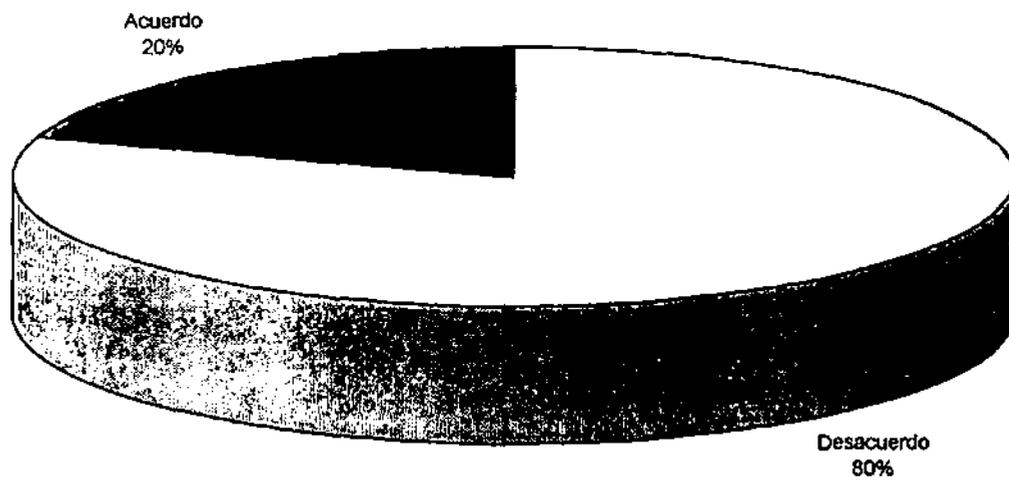
Gráfica 10. El cepillado dental debe hacerse después de cada comida



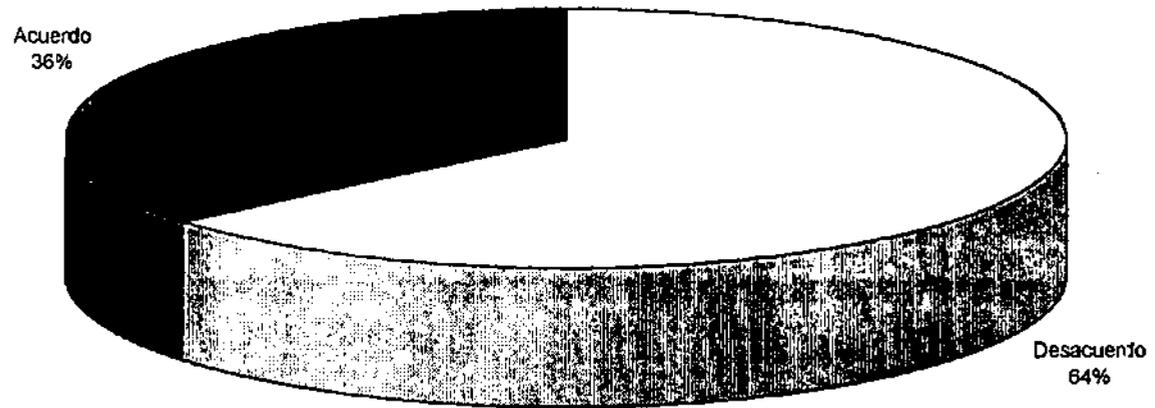
Gráfica 11. No es necesario lavar los dientes y dentadura durante el día



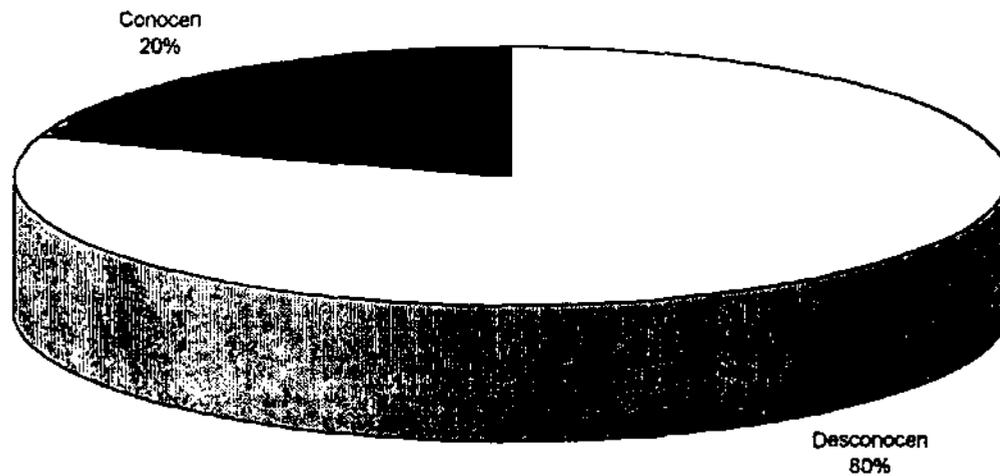
Gráfica 12. El no lavarse los dientes produce mal aliento



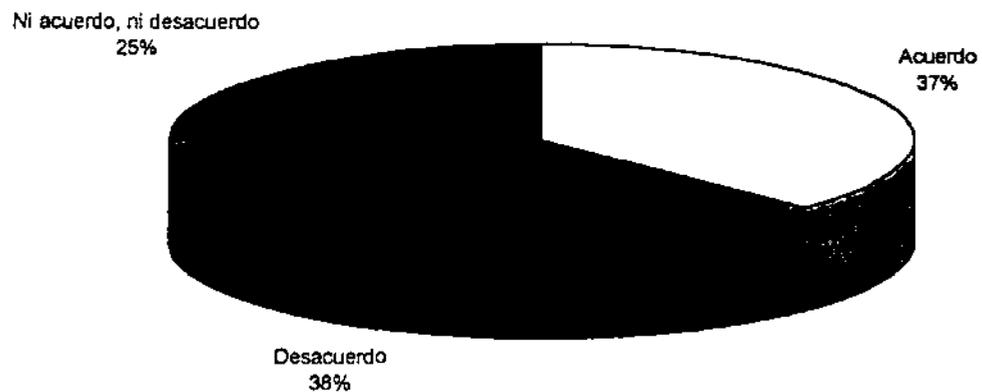
Gráfica 13. Una boca sucia permite percibir los sabores de la comida



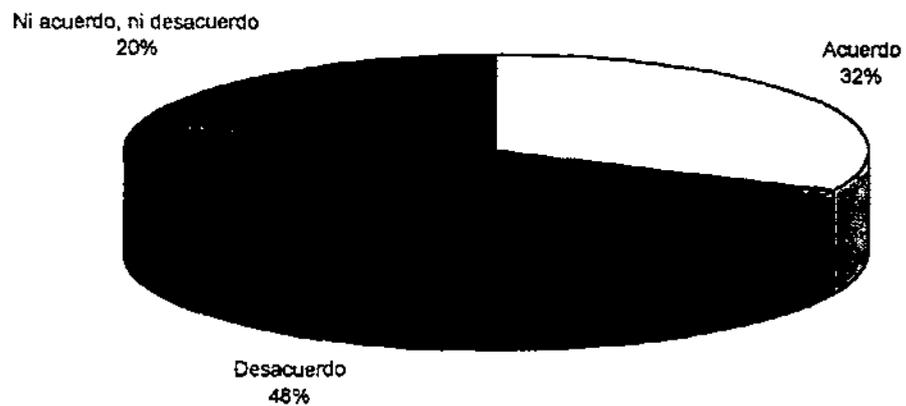
Gráfica 14. La higiene dental previenen el mal aliento e inflamación de encías



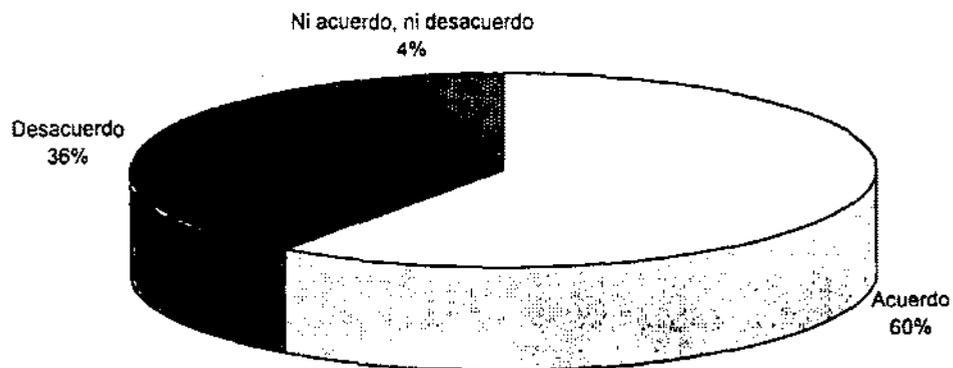
Gráfica 15. El sangrado de encías se produce con el cepillado



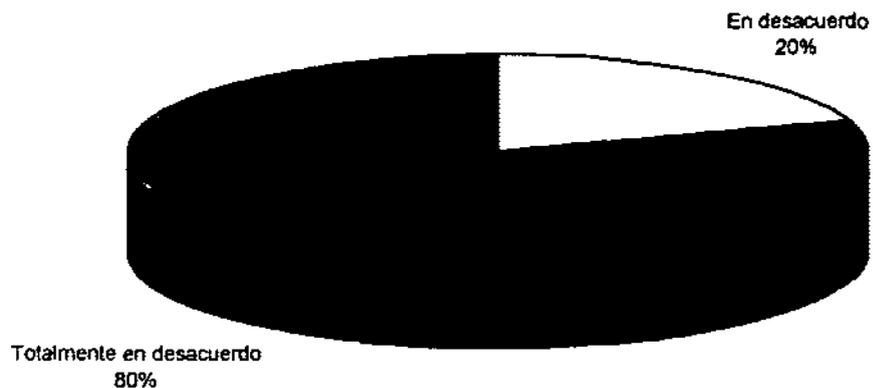
Gráfica 16. El sarro en la boca no es normal cuando existe una higiene adecuada



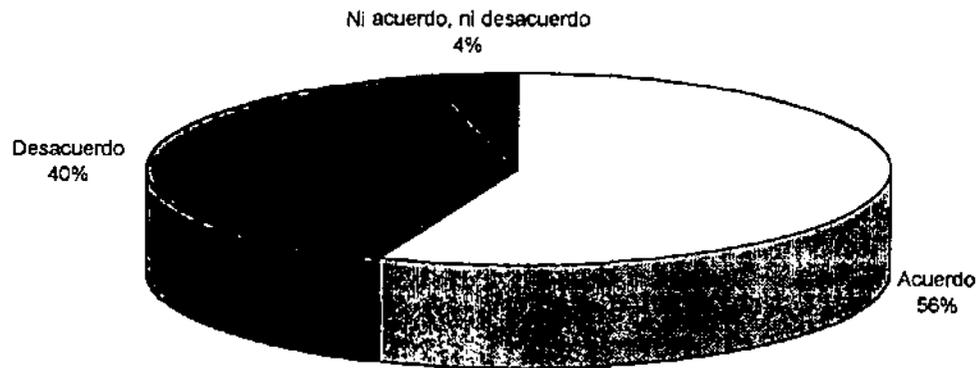
Gráfica 17. Las prótesis no deben retirarse por las noches ni lavarlas con agua y jabón.



Gráfica 18. Los dientes en la boca son necesarios para una buena apariencia y una buena digestión



Gráfica 19. Al adulto mayor no le interesa conserva una boca sana



Universidad Nacional Autónoma de México.

Facultad de Odontología.

Seminario de Odontología Comunitaria.

Cuestionario.

Datos generales.

Nombre _____

Dirección _____ Teléfono _____

1. - Edad

Instrucciones.- Conteste las siguientes preguntas, poniendo la letra de la respuesta en la casilla.

2. - Sexo

a) Masculino b) Femenino

3. - Estado civil

a) Soltero b) Casado c) Viudo d) Unión libre
e) Divorciado

4. - Escolaridad

a) Primaria b) Secundaria c) Bachillerato d) Carrera técnica
e) otra, especifique _____

5. - Ocupación

a) Jubilado b) Obrero c) Empleado federal d) Comerciante
e) otros, especifique _____

6. - Sostenimiento económico

a) Pensión b) Ayuda de hijos c) Ayuda de familiares
d) Trabajo eventual e) otros, especifique _____

14. - ¿Qué utiliza usted para lavar sus dientes? [] [] []

- a) únicamente agua b) agua y cepillo dental c) agua, cepillo dental
d) cepillado y huso de hilo dental y pasta

Higiene en prótesis dental

15. - ¿Si utiliza usted alguna prótesis dental?, especifique de que tipo [] [] []

- a) total superior b) total inferior c) ambas d) removible superior
e) removible inferior f) ambas g) fija superior h) fija inferior i) ambas
j) no utiliza.

16. - ¿Si utiliza usted alguna prótesis dental?, indique en que momento la retira de su boca.

- a) por la noche b) por la mañana c) para comer d) para lavarla
e) nunca []

17. - ¿Con qué acostumbra lavar su prótesis o dentadura? []

- a) con agua y cepillo b) con agua, cepillo y pasta dental c) con limpiador
d) otros, especifique _____ especial

18. - ¿Cuánto tiempo lleva usted utilizando prótesis? []

- a) menos de un año b) de 1 a 3 años c) más de 3 años

19.-¿Con qué frecuencia acostumbra asistir al dentista? []

- a) Cada 6 meses b) 1 vez al año c) Cuando siente
d) Nunca dolor dental.

Instrucciones. - De las siguientes afirmaciones, indique que tan de acuerdo esta usted con cada una.

20. - El cepillado dental debe hacerse después de cada comida []

- 5 muy de acuerdo 4 de acuerdo 3 ni de acuerdo
2 en desacuerdo 1 muy en desacuerdo ni en desacuerdo

21. - No es necesario lavar los dientes y las dentaduras durante el día. []

- | | | |
|------------------|---------------------|------------------|
| 1 muy de acuerdo | 2 de acuerdo | 3 ni de acuerdo |
| 4 en desacuerdo | 5 muy en desacuerdo | ni en desacuerdo |

22. - El no lavarse los dientes produce mal aliento. []

- | | | |
|------------------|---------------------|------------------|
| 5 muy de acuerdo | 4 de acuerdo | 3 ni de acuerdo |
| 2 en desacuerdo | 1 muy en desacuerdo | ni en desacuerdo |

23. - Una boca sucia permite percibir los sabores de la comida. []

- | | | |
|------------------|---------------------|------------------|
| 1 muy de acuerdo | 2 de acuerdo | 3 ni de acuerdo |
| 4 en desacuerdo | 5 muy en desacuerdo | ni en desacuerdo |

24. - La higiene dental previene el mal aliento y la inflamación de las encías. []

- | | | |
|------------------|---------------------|------------------|
| 5 muy de acuerdo | 4 de acuerdo | 3 ni de acuerdo |
| 2 en desacuerdo | 1 muy en desacuerdo | ni en desacuerdo |

25. - El sangrado de encías se provoca con el cepillado dental. []

- | | | |
|------------------|---------------------|------------------|
| 1 muy de acuerdo | 2 de acuerdo | 3 ni de acuerdo |
| 4 en desacuerdo | 5 muy en desacuerdo | ni en desacuerdo |

26. - El sarro en la boca No es normal cuando existe una higiene adecuada. []

- | | | |
|------------------|---------------------|------------------|
| 5 muy de acuerdo | 4 de acuerdo | 3 ni de acuerdo |
| 2 en desacuerdo | 1 muy en desacuerdo | ni en desacuerdo |

27. - Las prótesis no deben retirarse por las noches ni lavarlas con agua y jabón. []

- | | | |
|------------------|---------------------|------------------|
| 1 muy de acuerdo | 2 de acuerdo | 3 ni de acuerdo |
| 4 en desacuerdo | 5 muy en desacuerdo | ni en desacuerdo |

28. - Los dientes en la boca son necesarios para una buena apariencia así como también son parte importante para tener una buena digestión. []

- | | | |
|------------------|---------------------|------------------|
| 5 muy de acuerdo | 4 de acuerdo | 3 ni de acuerdo |
| 2 en desacuerdo | 1 muy en desacuerdo | ni en desacuerdo |

29. - Al adulto mayor no le interesa conservar una boca sana. []

- | | | |
|------------------|---------------------|-------------------|
| 1 muy de acuerdo | 2 de acuerdo | 3 ni de acuerdo |
| 4 en desacuerdo | 5 muy en desacuerdo | ni en desacuerdo. |

CARTA DE CONSENTIMIENTO.

México D.F. a _____ de noviembre de 1999
yo _____ Autorizo a las:
C. D. Rosa María Lucas González y Reyna María López Ramos, para
utilizar la información solicitada, con fines académicos únicamente, así como
a tomar diapositivas, en donde no se transgreda mi identidad.

Firma del paciente.

Investigador.